



**VIOLENCIA DE PAREJA EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS SEGÚN EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

Autoras:

Romi Aravena Retamal

Laura Castro Pérez

Alison Palacios Herrera

Viviana Retamal Díaz

Aracelly Sáez Hernández

Maite Santibáñez Segovia

Danitza Satriani Álvarez

Fabiana Valdivia Soto

Docente Guía:

Dra. Angélica Mosqueda Díaz

Valparaíso, Chile, Diciembre 2017



I. Nuestros más sinceros Agradecimientos:

A nuestra Docente guía, la Sra. Angélica Mosqueda Díaz, por su gran dedicación, disposición, apoyo y orientación en este proceso, además de su experiencia profesional en el área de la investigación.

A los estudiantes de las Carreras del Área de Educación de la Universidad de Valparaíso: Educación Parvularia, Pedagogía en Filosofía, Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales, Pedagogía en Música, Licenciatura en Matemáticas, Licenciatura en Ciencias, Licenciatura en Física y a sus respectivas autoridades por su gran disposición, lo que facilitó que se llevara a cabo esta investigación.

A la Carrera de Tecnología Médica y su Secretaria Académica por brindarnos su tiempo y disposición para realizar la prueba piloto de esta investigación.

Al Centro de Atención Psicológica y Salud Integral (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso, por brindar ayuda psicológica a los estudiantes que requieran solicitarla, posterior al estudio.

A Ronny Pérez y Alexandra Ponce, estadísticos que se encargaron de realizar un excelente trabajo con el análisis de los datos de la investigación y plasmarlos perfectamente.

A nuestras familias por su apoyo y compañía incondicional que nos entregan a diario.

Esperamos con ansias que los resultados obtenidos sean un aporte, no tan sólo para los jóvenes involucrados en la investigación, sino que también para la comunidad universitaria, para la sociedad y sobre todo para los futuros enfermeros que trabajen en el ámbito de la salud de estudiantes universitarios.

II. ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 2: MARCO REFERENCIAL	6
2.1 MARCO EMPÍRICO	7
2.1.1 Prevalencia de la violencia de pareja en estudiantes universitarios	7
2.1.2 Características que influyen en la violencia de pareja en estudiantes universitarios	14
2.2 MARCO TEÓRICO	17
2.2.1 Concepto y tipos de violencia de pareja	17
2.2.2 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y su aplicación a la violencia de pareja en universitarios	21
2.2.3 Definición y operacionalización de las variables	27
CAPÍTULO 3: MATERIAL Y MÉTODOS	33
3.1 Diseño de investigación	34
3.2 Población en estudio	34
3.3 Selección de la muestra	34
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	37
3.5 Descripción de los instrumentos	37
3.6 Plan piloto	40
3.7 Procedimiento de recolección de datos	41
3.8 Procesamiento y análisis de datos	41
3.9 Consideraciones éticas	42
CAPÍTULO 4: RESULTADOS	44
4.1 Caracterización de la muestra	45
4.2 Prevalencia y Nivel de ser receptor de violencia de pareja por los participantes del estudio	49

4.3 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores demográficos	51
4.4 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores psicosociales	52
4.5 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores de salud	54
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	56
5.1 DISCUSIÓN	57
5.1.1 Prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja	57
5.1.2 Nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja	59
5.1.3 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables demográficas	61
5.1.4 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables psicosociales	62
5.1.5 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables de salud	64
5.2 CONCLUSIONES	68
5.3 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	69
5.4 SUGERENCIAS	70
CAPÍTULO 6: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

II. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel internacional	9
Tabla 2. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel latinoamericano	11
Tabla 3. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel nacional	12
Tabla 4. Distribución de la muestra según carrera	36
Tabla 5. Características demográficas de los estudiantes pertenecientes a las carreras del área de educación de la Universidad de Valparaíso, 2017	45
Tabla 6. Características psicosociales de los estudiantes participantes del estudio	46
Tabla 7. Características de salud: Consumo de alcohol de los estudiantes participantes del estudio	47
Tabla 8. Características del consumo de drogas de los estudiantes participantes del estudio	48
Tabla 9. Prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja global y por dimensión	49
Tabla 10. Nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja global y por dimensión	50
Tabla 11. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y violencia familiar	53
Tabla 12. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y consumo de alcohol	54
Tabla 13. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y consumo de drogas	55

III. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y edad	51
Gráfico 2. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y autoestima	52
Gráfico 3. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y apoyo social	53

IV. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cálculo teórico de la muestra	35
Figura 2. Diagrama Modelo de Promoción de Salud aplicado a la percepción de violencia de pareja por los participantes del estudio	67

V. ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos	83
ANEXO 2. Autorización CUVINO	93
ANEXO 3. Acta de Consentimiento informado	94
ANEXO 4. Cartas de autorización de las unidades académicas participantes: Educación Parvularia, Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales, Pedagogía en Música, Pedagogía en Filosofía, Licenciatura en Matemáticas, Licenciatura en Física, Licenciatura en Ciencias	97
ANEXO 5. Acta de Evaluación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina	103
ANEXO 6. Carta tipo resultados	105
ANEXO 7. Carta compromiso de confidencialidad investigadoras	107

VI. RESUMEN

Introducción. La violencia de pareja surge en las relaciones íntimas e incluye diferente tipos de conductas de abuso, los que se analizarán desde el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. El objetivo de esta investigación fue describir la percepción de ser receptor de violencia de pareja y su relación con algunos factores demográficos, psicosociales y de salud en estudiantes universitarios de Carreras del Área de Educación de la Universidad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.

Material y método. Estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional, se utilizó muestreo estratificado por carrera, curso y sexo, compuesto por 252 estudiantes de todas las Carreras del Área de Educación. Se empleó un instrumento constituido por: Cuestionario de caracterización demográfica y de violencia familiar, Cuestionario de Violencia entre Novios, Escala de autoestima, Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Se utilizó análisis descriptivo univariado con frecuencias absolutas y relativas, medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis bivariado se aplicó coeficiente de correlación tau-b de Kendall y de Spearman.

Resultados. El 86,5% de los estudiantes perciben algún nivel de violencia en sus relaciones de pareja, alcanzando una media de 13,2 puntos (DE 16,0). Se encontró relación significativa e inversa con autoestima (-0,40, $p < 0,05$) y apoyo social (-0,46, $p < 0,05$), relación directa con violencia familiar (recibida 0,16, $p < 0,05$; observada 0,18, $p < 0,05$), también se demostró una relación directa con consumo de alcohol (0,27, $p < 0,05$) y en el mismo sentido con la mayoría de las drogas. No se encontró relación con edad y no se pudo establecer relación con sexo.

Conclusiones. Los estudiantes de todas las Carreras del Área de Educación presentan una prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja muy alta, aunque en niveles relativamente bajos y se encuentran relacionados con variables psicosociales y de salud presentes en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, el que puede ser utilizado para su valoración.

Palabras claves: Violencia de pareja, estudiantes, enfermería, teoría de enfermería (DeCS).

VII. ABSTRACT

Introduction. Dating violence arises in intimate relationships and includes different types of abusive behaviors, which will be analyzed from the Nola Pender Health Promotion Model. The objective of this research was to describe the perception of being a recipient of partner violence and its relationship with some demographic, psychosocial and health factors in university students of careers in the area of Education of the University of Valparaíso, in the second semester of 2017.

Material and method. Quantitative study, with descriptive and correlational analysis, stratified sampling was used by career, course and sex, composed of 252 students of all the Careers of the Area of Education. An instrument was used consisting of: Demographic characterization and family violence questionnaire, Boyfriends violence questionnaire, Self-esteem scale, Multidimensional Scale of Social Support Perceived and Alcohol, tobacco and other substances consumption detection test. A univariate descriptive analysis with absolute and relative frequencies, measures of central tendency and dispersion was used. For the bivariate analysis, the tau-b of Kendall correlation coefficient and Spearman was applied.

Results. 86.5% of students perceive some level of violence in their relationships, reaching an average of 13,2 points (SD 16,0). A significant and inverse relationship was found with self-esteem (-0,40, $p < 0,05$) and social support (-0,46, $p < 0,05$), direct relationship with family violence (received 0,16, $p < 0,05$; observed 0,18, $p < 0,05$), a direct relationship was also shown with alcohol consumption (0,27, $p < 0,05$) and in the same sense with most the drugs. No relationship was found with age and no relationship could be established with sex.

Conclusions. The students of all the Careers of the Area of Education present / display a prevalence of perception to be receiver of violence of couple very high, although in relatively low levels and they are related to psychosocial and health variables present in the Model of Promotion of the Health of Nola Pender, the one that can be used for your valuation.

Keywords: Intimate partner violence, students, nursing, nursing theory (DeCS).



CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es definida como aquella que surge dentro de las relaciones íntimas, actuales o pasadas y que incluye conductas de abuso como el maltrato físico, psicológico, sexual y comportamientos de tipo controlador, intimidación o amenazas coercitivas (1). Diversos autores, a nivel internacional y nacional, han estudiado este fenómeno desde diferentes perspectivas, con especial consideración hacia la violencia que ocurre en parejas convivientes estables como eje central de investigación. Sin embargo, la literatura especializada plantea que la incidencia de violencia de parejas de jóvenes no convivientes, podría ser incluso más elevada que la observada en parejas que cohabitan de manera estable (2,3), evidenciándose escasas investigaciones respecto al fenómeno en esta población comparado con la adulta.

Algunos estudios que desarrollan la problemática de violencia de pareja en jóvenes no convivientes, establecen que la victimización aumenta exponencialmente durante el transcurso del período universitario (3). Esta información es coincidente con lo señalado por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) quienes han encontrado una proporcionalidad directa entre la edad y los actos de violencia, estableciendo cifras alarmantes en el tramo de 20 a 24 años (4), edades que corresponden a las más frecuentemente observadas en estudiantes de educación superior.

Asimismo, se ha reportado que en universitarios se presenta una mayor cantidad de formas de victimización, como el castigo emocional y la violencia de tipo sexual (3). Además, expertos han informado que existe una invisibilización del fenómeno de la violencia de pareja en la población de jóvenes, lo que dificulta el abordaje e intervención oportuna, ya que estos no son capaces de distinguir algunas conductas como violentas (5).

De acuerdo a la información presentada, la violencia de pareja es un tema poco abordado y normalizado para la mayoría de los jóvenes, con un aumento progresivo en los últimos años (5). Estas situaciones hacen relevante conocer la envergadura de este fenómeno a nivel local y como una forma de mejorar su visualización la presente investigación se focalizará en los estudiantes del área de educación, ya que ellos han demostrado conocer y considerar la importancia del tema debido a la incorporación de esta problemática en los programas de formación de pregrado, lo cual sensibiliza y facilita la observación del problema (5).

Tan importante como determinar la prevalencia de este fenómeno es establecer relaciones con algunas variables que lo caractericen, permitiendo focalizar intervenciones en aquellos grupos que presenten mayores condiciones de susceptibilidad. Así, la literatura especializada muestra mayor influencia de algunos factores demográficos, psicosociales y de salud.

Entre los factores demográficos, el sexo (6) es señalado como un diferenciador del tipo de violencia vivenciado. También la edad, es un factor que al incrementarse se ha relacionado con un aumento de las situaciones de violencia (3,7).

Desde el punto de vista de las características psicosociales, la autoestima y el apoyo social han demostrado, que su disminución contribuye con la violencia de pareja (8). De igual forma la violencia familiar, recibida u observada, ha demostrado relación con los malos tratos en el noviazgo (9,10).

En cuanto a las características de salud, el aumento en el consumo de alcohol y drogas ha demostrado aumentar los episodios de violencia de pareja (9,11).

Debido a la frecuencia en la que estas características aparecen como factores relacionados con

la violencia de pareja en la literatura científica revisada, se decidió su incorporación en esta investigación.

Ahora bien, para enfermería como disciplina responsable de la gestión del cuidado, es de gran importancia aportar con estudios que ayuden a identificar e intervenir de manera oportuna este problema. Para ello es importante poner énfasis en la promoción de la salud, ya que reporta mayores beneficios en salud (12). Con todo lo anterior, se propone utilizar el “Modelo de Promoción de la Salud” de Nola J. Pender, que aporta elementos que permiten valorar integralmente este fenómeno. Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias e ideas que tienen las personas sobre la salud, los cuales inducen a determinados comportamientos que se relacionan con la toma de decisiones y con conductas favorecedoras de la salud (13), aspectos relevantes de analizar en las relaciones de pareja ya que pueden influir en la generación de violencia.

En base a lo expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿La percepción de ser receptor de violencia de pareja se relaciona con algunos factores demográficos, psicosociales y de salud en estudiantes universitarios de carreras del área de Educación de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre 2017?

Objetivo General: Describir la percepción de ser receptor de violencia de pareja y su relación con algunos factores demográficos, psicosociales y de salud en estudiantes universitarios de carreras del área de Educación de la Universidad de Valparaíso, en el segundo semestre del año 2017.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la prevalencia y nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja en los participantes del estudio.
2. Determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores demográficos.
3. Determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores psicosociales.
4. Determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores de salud.

CAPÍTULO 2:
MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO EMPÍRICO

Para realizar esta investigación, se realizó un amplio levantamiento bibliográfico sobre violencia de pareja en jóvenes universitarios, para ello se revisaron diversas bases de datos, incluyendo Web Of Science (WOS), Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo, Redalyc y Google Académico. Se utilizaron los descriptores “Violencia de pareja” y “Estudiantes” para las bases de datos en idioma español e “Intimate partner violence” y “Students” para aquellas que utilizan el idioma inglés.

Con la finalidad de depurar la información localizada, se utilizaron los siguientes filtros: artículos originales en idioma español, inglés y portugués, de los últimos cinco años, ampliándose a un tiempo de diez años en caso que la información rescatada fuera escasa, situación ocurrida en la base de datos BVS.

Además, para ampliar la búsqueda a nivel nacional, se utilizó información de Organismos del Estado correspondientes al Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) y al Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG). Ambas organizaciones incluyen en sus investigaciones, el rango etario donde se encuentran la mayor parte de los universitarios.

Al realizar un análisis de los títulos encontrados, se seleccionaron 31 textos que manejan la temática de la violencia de pareja entre jóvenes universitarios. La información se organizó en dos partes, una orientada a establecer la prevalencia de ser receptor de violencia de pareja y, la otra, respecto a las características que puedan influir en la incidencia de este fenómeno.

2.1.1 Prevalencia de la violencia de pareja en estudiantes universitarios

En la última década, la violencia de pareja en jóvenes se ha transformado en un problema social, ya sea por la magnitud con la que se está presentando, por las consecuencias físicas y

psicológicas que provoca en las personas que la experimentan, como por el riesgo que este comportamiento se transforme en un modelo estable de conducta, dificultando la vida familiar y conyugal a futuro (5,14).

La violencia en el noviazgo ha sido menos estudiada que la violencia conyugal, lo que se ha relacionado con la dificultad de los jóvenes para reconocer que son víctimas de maltrato. Así, frecuentemente las conductas violentas son consideradas como expresiones de afecto o incluso como conductas lúdicas (15) y, por lo tanto, prestan menos atención a las señales de alerta que pueden estar apareciendo en sus relaciones (16).

Pese a lo señalado, se encontraron investigaciones que han estudiado la prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios, a continuación, se presentarán los hallazgos a nivel internacional.

Tabla 1. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel internacional

País	Año	Instrumento	Participantes	Prevalencia	Tipo de violencia
Estados Unidos (17)	2017	Cyber Psychological Abuse Scale y Conflict Tactics Scale(CTS2)	Universitarios estadounidenses	Hombres: 73,0% Mujeres: 77,0%	Violencia psicológica cibernética
India (18)	2017	CTS2	Universidades, Pune y en Calcuta	69,9%	Violencia psicológica
				26,0%	Violencia sexual
				42,5%	Violencia física
África, América Asia (19)	2016	Partner violence victimization	Universitarios de pregrado	16,3%	Violencia física y/o sexual
España (20)	2015	Conflict of Adolescent Dating Relationship Inventory (CADRI)	Universidad de Salamanca	90,5%	Violencia psicológica
				Hombres: 46,7% Mujeres: 58,1%	Violencia sexual
				Hombres: 21,0% Mujeres: 19,0%	Violencia física
España (21)	2014	Cuestionario de violencia entre novios (CUVINO)	Provincias de Huelva, Sevilla, Coruña, Pontevedra y Asturias	44,6%	Violencia psicológica
				Hombres: 29,8% Mujeres: 37,7%	Violencia sexual
España (22)	2013	CUVINO	Estudiantes de Enfermería, Universidad de Oviedo	Mujeres: 85,8%	Violencia general
Estados Unidos (8)	2013	CTS2	Mujeres de universidades históricamente negras	Mujeres: 64,7%	Violencia general
Portugal (23)	2012	Relaciones amorosas en universitarios	Universidad autónoma de Lisboa	27,0%	Violencia psicológica
				5,1%	Violencia física

La tabla 1 muestra la existencia de diversos tipos de instrumentos utilizados para investigar este problema, lo que podría influir en la diversidad de cifras encontradas, sin embargo, es importante destacar que, pese a estas diferencias, se puede observar que la violencia de pareja es una problemática relevante, que se presenta en países de diversas culturas y grados de desarrollo a nivel mundial.

Entre los tipos de violencia, la psicológica es la que presenta los niveles más elevados, afectando en promedio a un 48,7% de los estudiantes, seguida por la violencia sexual con un 25,0% y la violencia física con un 19,5%. Estas cifras son coincidentes con otro estudio internacional más antiguo, pero que se ha convertido en un clásico por ser la investigación multicéntrica más grande realizada en la temática, se efectuó en el año 2004, en 31 universidades de 16 países (5 en Asia y el Medio Oriente, 2 en Australia y Nueva Zelanda, 6 en Europa, 2 en América Latina, 16 en América del Norte), obtuvo que entre un 17% y 45% de los estudiantes universitarios habían sido atacados físicamente por su novio o novia en el último año (24).

Estos resultados señalan que, independiente de la cultura, la violencia de pareja es una situación vivenciada con una alta frecuencia por estudiantes universitarios de diversas partes del mundo.

A continuación, se presenta un resumen de las investigaciones encontradas a nivel latinoamericano, ofreciendo un panorama global de la violencia de pareja en estudiantes universitarios.

Tabla 2. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel latinoamericano

País	Año	Instrumento	Participantes	Prevalencia	Tipo de violencia
México (25)	2015	Propio de investigación	Universidad privada del Norte de México	Mujeres: 64,0% Hombres: 58,0%	Violencia Psicológica
				Mujeres: 1,0% Hombres: 4,0%	Violencia Física
				Mujeres: 19,0% Hombres: 19,0%	Violencia general
Argentina (26)	2015	CTS2	Universidad pública de Córdoba	Mujeres: 27,2% Hombres: 29,5%	Violencia física
Venezuela (27)	2013	CTS Modificado	Universidad de Los Andes en Mérida, Venezuela	99,0 %	Violencia psicológica
				52,2%	Violencia física leve
				3,1%	Violencia física grave
Colombia (28)	2009	Lista de chequeo de experiencias de maltrato en la pareja	Universidad pública colombiana	82,6% Hombres: 83,9% Mujeres: 81,9%	Violencia general

En la tabla 2 se puede observar que, a nivel latinoamericano también es la violencia psicológica la que presenta la mayor frecuencia, llegando a un promedio del 80%, seguido de la violencia física con un promedio de 39%, cifras considerablemente más altas que las reportadas a nivel internacional.

Otro aspecto importante a destacar es que las cifras de hombres y mujeres que se perciben

como receptores de violencia de pareja son bastante similares, lo que indica una bidireccionalidad en la violencia de pareja en esta población (11), lo que ha sido considerado una característica de la violencia de pareja entre jóvenes.

A nivel nacional también se han rescatado estudios que abordan este fenómeno, en la siguiente tabla se presentan las investigaciones más recientes.

Tabla 3. Prevalencia de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios a nivel nacional

Lugar	Año	Instrumento	Población estudiada	Prevalencia	Tipo de violencia
Cuatro centros de educación superior de Osorno (29)	2015	Lista de chequeo de experiencias de maltrato en pareja	Estudiantes de todas las carreras	85,3%	Violencia General
				85,0%	Violencia Psicológica
				23,1%	Violencia Física
				13,3%	Violencia Sexual
Todas las regiones del país (7)	2015	Cuestionario propio	Jóvenes entre 15 y 29 años	13,0%	Violencia Psicológica
				6,3%	Violencia Física
				1,0%	Violencia Sexual
Todas las regiones del país (30)	2012	Cuestionario propio	Jóvenes entre 15 y 29 años	16,3%	Violencia General
Universidad Arturo Prat Región de la Araucanía (11)	2012	Cuestionario propio	Estudiantes de las carreras de pregrado	71,7%	Violencia General
				41,0%	Violencia Psicológica
				16,1%	Violencia Física

En la tabla 3 se puede apreciar que a nivel nacional existe en promedio una prevalencia de 57,8% de ser receptor de violencia general.

La violencia psicológica sigue la misma tendencia observada por investigaciones extranjeras, alcanzando la mayor prevalencia, con un promedio de 46,3%, seguida de la violencia física con un 15,2% y, por último, la violencia sexual, la cual mostró una prevalencia del 7,2%.

Una información relevante de analizar es que la prevalencia de violencia percibida por jóvenes de 15 a 29 años (que incluye población general de este rango etario) es a lo menos 10 puntos porcentuales más baja que la mostrada en investigaciones realizadas con estudiantes de educación superior, diferencia que podría explicarse por una mayor sensibilización frente al tema otorgada en los niveles más altos de educación.

En tanto, a nivel regional los estudios realizados en jóvenes universitarios son escasos, se rescató solo una investigación realizada en tres universidades tradicionales de la Región de Valparaíso (Universidad Católica de Valparaíso, Universidad de Valparaíso y Universidad de Playa Ancha) en el año 1997, donde el instrumento utilizado fue una encuesta social. Esta investigación mostró una prevalencia de 51,0% para agresiones psicológicas y un 24,0% para violencia física. Además, este estudio reportó que un 47,0% de los universitarios habían sentido alguna vez temor que su pareja tuviera una reacción violenta, un 50,0% de los estudiantes que vivieron violencia de pareja nunca se lo contaron a nadie y más de un 80% de los universitarios que fueron agredidos físicamente no percibieron estos incidentes como violencia (31).

Por todo lo expuesto, resulta relevante realizar una investigación que permita establecer un diagnóstico de la situación de violencia en este grupo de estudiantes, ya que conocer la magnitud de este fenómeno permitirá dar prioridad al diseño de intervenciones para prevenir o identificar precozmente este problema.

2.1.2 Características que influyen en la violencia de pareja en estudiantes universitarios

La revisión bibliográfica también evidenció una serie de características demográficas, psicosociales y de salud que han mostrado influencia sobre la violencia de pareja, para esta investigación se seleccionaron aquellas más relevantes.

- **Características Demográficas:**

Sexo: Hace algunos años existía una caracterización del agresor que se creía obvia, donde los hombres estarían más socializados para agredir físicamente y las mujeres para usar agresiones indirectas como la verbal. Esta certeza no es tan clara en el caso de los jóvenes, ya que se ha encontrado paridad de sexos en los acontecimientos agresivos durante el noviazgo (6). Esta situación ha sido informada por expertos, quienes han destacado que en algunas investigaciones se indica con mayor frecuencia a las mujeres como receptoras de violencia, mientras que otras muestran a los hombres como los más afectados y varias apuntan a la existencia de una alta bidireccionalidad (15). Estas evidencias concuerdan con lo reportado por investigaciones cualitativas, donde los mismos estudiantes señalan que la violencia de pareja asume características bidireccionales entre los jóvenes (5).

Teorías que han intentado explicar este fenómeno, indican que las parejas jóvenes no se identifican con los parámetros de la violencia de género ni del maltrato, en sus vertientes típicas de agresores y/o víctimas (16). Y, en consecuencia, la dinámica de la violencia en el noviazgo, a diferencia de la violencia de parejas adultas se caracterizaría por ser bidireccional o cruzada, esto porque las relaciones se dan en un mayor equilibrio de poder, al no existir dependencia económica ni cohabitación (11).

Ahora bien, cuando se analiza la percepción de violencia según tipo, se han observado algunas diferencias entre hombres y mujeres, aunque se han explicado más por el contexto en que se

desarrolla la conducta que por diferencia de género (5,15). Así, por ejemplo, la violencia psicológica y sexual ha sido reportada en mayor proporción por mujeres (29) y, en el caso de la violencia física, los resultados revelan poca diferencia entre ambos sexos (26).

Edad: Existen investigaciones nacionales e internacionales que señalan que a mayor edad existe una mayor percepción de haber experimentado situaciones de violencia de pareja, especialmente en la violencia psicológica y física (3,7).

- **Características Psicosociales:**

Autoestima: Esta variable influye en la violencia de pareja desde dos perspectivas, por un lado, se ha establecido que la baja autoestima contribuye en la génesis y mantención de la violencia percibida por los jóvenes (8) y, por otro lado, investigaciones señalan que la violencia de pareja genera una disminución de la autoestima (27).

Apoyo social: Experimentar situaciones de violencia de pareja ha sido asociado con un menor número de apoyos sociales (8). Por el contrario, tener relaciones familiares caracterizadas por el afecto, la confianza y el apoyo, propician el desarrollo de relaciones de pareja más positivas y sin violencia (32).

Violencia familiar: Diversos estudios han señalado que existe relación entre haber presenciado violencia entre los padres y los malos tratos en el noviazgo (9,10). Se plantea que las experiencias de violencia en la familia de origen, constituye un modelo de aprendizaje y de respaldo cultural para que los individuos se conviertan en víctima o victimarios de violencia de pareja (33).

Las personas que han presenciado mayor conflicto interparental, ven con más naturalidad la agresión en las relaciones románticas, tienen mayores dificultades para manejar la ira y creen que la violencia es común en las relaciones de pareja de sus pares (34). Otro señala que aquellos que presenciaron violencia conyugal en su infancia justifican más el uso de violencia en el noviazgo, lo que refuerza la idea que dicha observación legitimaría el uso de la violencia con las propias parejas desde la adolescencia (35).

- **Características de Salud:**

Consumo de alcohol: Las evidencias señalan que a mayor consumo de alcohol se observará mayor violencia de pareja, esta asociación se fundamentaría en el hecho que el consumo de alcohol altera la percepción de los patrones de interacción y comunicación en la pareja, por lo que es más probable que surjan comportamientos violentos. Por otra parte, el consumo de alcohol altera el juicio de realidad, impidiendo reconocer situaciones de peligro y disminuyendo las conductas de autoprotección, lo que facilita la probabilidad de ser víctima de violencia, especialmente física y sexual (9,11).

Consumo de drogas: Cuando el consumo es de moderado a severo, especialmente en el uso de drogas duras como la metanfetamina (36) y cocaína (37), se ha categorizado como un factor de riesgo en la victimización de violencia de pareja, ya que produce alteración de la percepción aumentando el riesgo de victimización al igual que el consumo de alcohol (9,11).

Todas estas características se incluyeron en la presente investigación debido a su frecuencia en la literatura especializada para establecer su relación con la variable violencia de pareja en la población de estudiantes del área de educación.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 Concepto y tipos de violencia de pareja

La violencia de pareja es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquella que surge dentro de las relaciones íntimas actuales o pasadas y que incluye conductas de abuso como el maltrato físico, psicológico, sexual y comportamientos de tipo controlador, intimidación o amenazas coercitivas (1). Esta situación que se ha convertido en un problema social, reconocido a nivel mundial por la magnitud del fenómeno y por las consecuencias físicas y psicológicas que acarrea, tales como trastornos depresivos, deterioro de la autoestima, inseguridad, sentimientos de culpa, aislamiento, bajo rendimiento académico e incremento del riesgo de abuso de sustancias (5).

En la actualidad, se pueden apreciar diferentes formas en que la violencia de pareja se ha instalado en la sociedad, existiendo una variedad de clasificaciones. En general, todas las clasificaciones confluyen en cuatro áreas: violencia física, violencia sexual, violencia económica y violencia psicológica. Para esta última, algunos autores han propuesto subcategorías como: violencia por desapego, coerción, humillación, género, instrumental y castigo emocional (38).

A continuación, se presenta una breve descripción de los principales tipos de violencia de pareja:

- **Violencia Física:** Corresponde a agresiones directas como golpes, empujones, heridas, o de forma indirecta, a través del daño a objetos con significación emocional para la víctima (38). Esta forma de maltrato no es la más frecuente, pero es la más visible y notoria. En ella, el agresor, de manera intencional y recurrente busca controlar, sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la pareja (39).

- **Violencia Sexual:** También llamada abuso sexual, tiene como su expresión más extrema la violación, pero también incluye la burla, la humillación o el abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro. Además, en esta clasificación se encuentra la celotipia y todo tipo de acciones, chantajes, manipulaciones o amenazas para lograr actos o prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor. También se incluyen las relaciones sexuales frente a terceros y la utilización de objetos sexuales sin el consentimiento de la pareja. Todas estas formas de violencia sexual buscan el control, la manipulación y el dominio del otro (39).
- **Violencia Económica:** Se caracteriza por el control al acceso, manejo y gasto del dinero por parte de la pareja. En forma de violencia también se ubica el no permitir trabajar cuando puede y quiere hacerlo, por lo que se fuerza a la otra persona a depender económicamente del agresor, además, involucra ejercer control sobre los recursos financieros de la víctima o explotarla económicamente (40).
- **Violencia Psicológica:** Se caracteriza por el uso de gritos, amenazas de daño, negación de la relación y control de los vínculos familiares y sociales de la pareja, celos y posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes; así como también acusaciones sin fundamento, atribución de culpas por todo lo que pasa; ignorar, no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la pareja, las mentiras y el rompimiento de promesas (38). Este tipo de violencia, dependiendo de sus características se le ha subclasificado en:
 - **Violencia por Desapego:** Se refiere a comportamientos relacionados con una actitud de indiferencia y descortesía hacia la pareja y sus sentimientos (38).

- **Violencia por Coerción:** En este tipo de violencia se observan comportamientos muy explícitos, como amenazar con suicidarse si el/la novio/a deja la relación, la manipulación a través de mentiras, poner a prueba el amor de la pareja a través de trampas para comprobar si le engaña, hablar sobre relaciones que imagina tiene su pareja y utilizar tácticas que van desde el uso de la fuerza, la amenaza de violencia o la intoxicación, hasta fórmulas más sutiles como la manipulación emocional (38,41).
- **Violencia de Género:** Se refiere a conductas de burla y sentimientos sexistas de superioridad. La parte agresora, en la mayoría de los casos, actúa movida por el deseo de poder y dominación y es frecuentemente influenciada por los estereotipos de género. Detrás de ello, hay sentimientos de inseguridad y poca autoestima que se intenta suplir a través de la dominación de quien el individuo considera inferior o incapaz de hacerle frente. También es posible que el agresor presente una autoestima exagerada con tintes narcisistas, por lo que considera los propios derechos por encima del resto (39).
- **Violencia por Humillación:** Se refiere a comportamientos de críticas personales dirigidas contra la autoestima y orgullo personal de la pareja, falta de interés, negación de apoyo y conductas tendientes a rebajar la estimación de una persona (38).
- **Violencia Instrumental:** Esta violencia consiste en actos intencionales, planificados y premeditados de violencia, utilizados como medio para resolver conflictos, controlar el comportamiento de los demás o conseguir beneficios o recompensas, ya se trate de recursos, dominio o estatus social. Estos beneficios son valorados por los agresores por encima del daño que puedan ocasionar a las víctimas, lo que no

supone por parte del agresor una necesidad primaria de causar daño a dichas víctimas. Este tipo de violencia se relaciona con la tendencia a pensar que la agresión es una manera efectiva de obtener beneficios por lo que es altamente valorada y justificada por los agresores (42), se caracteriza por comportamientos fríos, más o menos calculados, llevados a cabo sin que exista ningún tipo de provocación (43).

- **Violencia por castigo emocional:** También conocida como chantaje emocional, se trata de demostraciones de enfado ficticias, que resultan poco adaptativas y no convenientes en una relación de pareja (38,44).

El daño causado a la salud de las personas expuestas a la violencia de pareja va mucho más allá del daño físico o trastornos de salud mental como depresión y ansiedad. También se ha comprobado su contribución en la aparición de enfermedades crónicas como cánceres, enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares y VIH/SIDA, pues las víctimas de la violencia a menudo tratan de hacer frente a sus experiencias traumáticas adoptando comportamientos de riesgo, como consumir tabaco, alcohol y drogas, así como con prácticas sexuales de riesgo. En ese sentido también, la violencia puede provocar una muerte temprana o alteraciones graves y permanentes para la salud de quien la vivencia (45).

Enfermería como disciplina encargada de la gestión del cuidado con enfoque integral, se ocupa de la promoción, prevención, mantención, recuperación y rehabilitación de la salud. Sin embargo, la promoción y prevención tienen una relación costo-efectividad superior, por eso deben ser especialmente consideradas (12) y para el fenómeno de la violencia de pareja el enfoque de promoción de la salud parece el más conveniente.

2.2.2 Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y su aplicación a la violencia de pareja en universitarios

La OMS define la promoción de la salud como una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individual, mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación, permitiendo que las personas tengan un mayor control sobre su propia salud (46).

Según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, estos son (13):

- El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud.
- La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que están viviendo.
- Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez.

Desde enfermería existe un modelo teórico planteado por Nola J. Pender, llamado Modelo de Promoción de la Salud (MPS) y que puede aportar elementos importantes para valorar la violencia de pareja.

El principal objetivo de este modelo se centra en comprender los determinantes asociados al comportamiento de salud de las personas, lo que ha sido utilizado para valorar otras situaciones

de salud (13,47-50), permitiéndole al profesional de enfermería proponer un sistema de prevención y promoción de salud según el perfil de cada individuo (51).

Esta investigación propone utilizar el MPS para comprender las conductas promotoras de la salud y las motivaciones que llevan a realizarlas, aplicadas a la violencia de pareja en jóvenes. El MPS permite estimar el fenómeno de violencia de pareja en todas sus áreas y podría facilitar la utilización de estrategias de prevención para ayudar a las víctimas a detectar y detener el abuso. Ello representa un gran aporte, no sólo para enfermería, sino para cualquier programa de prevención y promoción de salud en este grupo etario.

El MPS consta de tres grandes pilares desarrollados en términos de factores cognitivo-perceptuales. Éstos, representan los "mecanismos motivacionales primarios" de las actividades relacionadas con la promoción de la salud. A continuación, se analizan estos tres pilares y se aplican al fenómeno de la violencia de pareja (51).

Primer pilar: Características y Experiencias individuales

Este primer pilar abarca dos conceptos: conductas previas y factores personales, los cuales se describen en los siguientes párrafos (47):

- **Conductas Previas:** Corresponden a la frecuencia de la conducta de promoción de salud, como relaciones de pareja saludable en experiencias del pasado (51), también puede ser el comportamiento ejecutado anteriormente que incide directa o indirectamente en el compromiso con la conducta de promoción de salud (47). Para el caso de la violencia de pareja se asocia a actos previos de violencia en cualquiera de sus niveles (52), ya sea que hayan sido observados, padecidos o ejecutados, generalmente por parte de los padres o cuidadores (34,35).

- **Factores Personales:** Son factores predictivos de una cierta conducta y están marcados por la naturaleza de la consideración de la meta de una conducta (51) y buscan establecer una caracterización de la persona, a modo de generar una visión global, por ejemplo, características de los receptores de violencia.

Dentro de los factores personales se encuentran:

- **Factor biológico:** Incluye variables como la edad, sexo, índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad y el equilibrio (51). Algunos de estos factores son fundamentales al analizar la violencia de pareja en jóvenes universitarios, por ejemplo, se ha demostrado que en la medida que aumenta la edad se incrementa la incidencia de violencia (3,7,30) y según el sexo de la víctima de violencia, es más propensa a ciertos tipos de violencia (11,15,26,29).
- **Factor psicológico:** Incluye variables como la autoestima, la automotivación, la competencia emocional, el estado de salud percibido y la definición de salud (51). Aplicado a la violencia de pareja, el nivel de autoestima que presenta la víctima, ha sido relacionado a ser receptor de violencia de pareja (53).
- **Factor sociocultural:** Incluyen características como la raza, la etnia, la aculturación, la formación y el estado socioeconómico (51). La aculturación resulta un factor fundamental al analizar la violencia de pareja, ya que las experiencias de violencia en la familia de origen y en otros entornos importantes para el individuo, como la escuela y comunidad, así como el conocimiento del ejercicio de actos agresivos entre pares conocidos, constituyen modelos de aprendizaje y de respaldo cultural para que dichos adolescentes se conviertan en víctimas o victimarios de violencia hacia su pareja (33).

Segundo pilar: Cogniciones y Afectos relativos a la conducta específica.

El segundo pilar es el central del modelo, ya que, los diversos componentes enunciados se relacionan e influyen en la adopción de un compromiso para un plan de acción, concepto perteneciente al tercer pilar. Los componentes de este pilar se relacionan con los conocimientos y afectos como sentimientos, emociones y creencias, específicos de la conducta, comprende seis conceptos (47) que se presentan a continuación.

- **Beneficios percibidos de la acción:** Se refiere a los resultados positivos anticipados que se producirán de la conducta de salud (51). En este caso los beneficios varían según el tipo de violencia, en cuanto a la violencia física, el beneficio obtenido es evitar lesiones que van de las excoriaciones y contusiones hasta la muerte. En cuanto a la violencia psicológica, el beneficio obtenido es evitar problemas de salud mental que van desde problemas de autoestima hasta las autolesiones o el suicidio, pasando por la exacerbación de síntomas físicos y psicósomáticos (52).
- **Barreras percibidas a la acción:** Son bloqueos anticipados, imaginados o reales y costos personales de la adopción de una conducta determinada (51). Estas barreras percibidas se subdividen en dos: barreras internas, que para la violencia de pareja podría ser la dependencia emocional de la pareja, el sentimiento de soledad y antecedentes de morbilidad psiquiátrica, asociada a la dependencia y/o abuso de drogas y alcohol (51). Por otro lado, están las barreras externas, como la cohabitacionalidad de la pareja, que implique la distribución de gastos y por consecuencia el riesgo a perder dicha estabilidad socioeconómica (51).
- **Autoeficacia percibida:** Es la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud que favorezca la mitigación del problema (51). Elemento importante a considerar ya que evidencias señalan la importancia de que las víctimas valoren sus fortalezas y metas y tomen el control de sus vidas, lo que significa un

reconocimiento de la autoeficacia percibida, esto permite a las víctimas pedir ayuda profesional y alcanzar relaciones de pareja saludables (54).

- **Afecto relacionado con la actividad:** Se asocia a sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí (51). En la situación de violencia de pareja, es posible encontrar sentimientos negativos asociados a la etapa previa a la conducta de promoción de salud como miedo, inseguridad, sentimientos de culpa, baja autoestima, depresión (5). También se pueden observar sentimientos positivos asociados al alcanzar la conducta de promoción de salud posterior a una relación de violencia de pareja, como el empoderamiento, alivio y felicidad (54).
- **Influencias Interpersonales:** Estrechamente relacionado a los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes que el entorno más próximo adopta e incluyen normas, apoyo social y modelación, es decir, aprendizaje indirecto de la observación de los demás (51). En el caso de la violencia de pareja podemos encontrar la normalización de la agresión y ciertas conductas de personas significativas, asociada, por ejemplo, a los antecedentes de violencia de padres o familiares próximos, recibida u observada (30).
- **Influencias situacionales:** Son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que puedan facilitar o impedir la conducta (51), por ejemplo, en la violencia de pareja podría ser la diferencia en el ingreso económico individual de la pareja o la dinámica e involucramiento de la red de apoyo (51).

Tercer pilar: Resultado Conductual.

Corresponde al resultado final esperado, es decir, la conducta promotora de salud y se compone de los dos siguientes conceptos (47):

- **Demandas y Preferencias contrapuestas inmediatas:** Las demandas contrapuestas son aquellas conductas sobre las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen características del entorno como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia (51). En la situación de violencia de pareja se encuentran: estabilidad económica, comorbilidad psiquiátrica y que la pareja le ponga trabas para reunirse con personas o que presente reacciones violentas.

Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas sobre las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado, una manzana o algo para picar (51). Para el caso de violencia de pareja se encuentran como preferencias contrapuestas positiva el buscar apoyo en personas significativas y como aspecto negativo, el decidir continuar en una relación no saludable y el uso de drogas y alcohol.

- **Compromiso con un plan de acción:** Refleja la intención y la identificación de una estrategia planificada, lleva a la implantación de una conducta de salud, es el precedente para el resultado final deseado, es decir, para la conducta promotora de la salud (51).

En el caso de violencia de pareja, el compromiso con un plan de acción para adoptar la conducta de promoción de salud sería, establecer “relaciones de pareja saludable”, para ello, la relación de violencia de pareja, debe ser evaluada por profesionales competentes en el área, mediante una monitorización continua que establezca su motivación para el cambio, estos mismos profesionales son quienes elaborarán un plan de acción en conjunto con la víctima y de forma personalizada según sus necesidades (55).

- **Conducta promotora de salud:** Es el punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva (51). Al aplicar las conductas promotoras de salud en la violencia de

pareja se encuentran los siguientes ejemplos; evaluar el trato interpersonal con la pareja en términos de límites, la valoración personal dentro de la relación y el diálogo en la resolución de conflictos.

Según lo expuesto, el MPS señala cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud (47). Toda la perspectiva propuesta por Pender se integrará más adelante en un esquema donde se aplica el Modelo de Promoción de la Salud a la violencia de pareja para analizar y ver como se reflejan en la presente investigación.

2.2.3 Definición y operacionalización de las variables

A continuación, se establece la definición de cada variable contemplada en esta investigación, desde un ámbito conceptual y operacional, es decir, explicando cómo se medirá.

Definición conceptual	Definición operacional
Variable principal	
<p>Percepción de ser receptor de violencia de pareja: Sensación interior, hecha por los sentidos, acerca de las personas que reciben, por parte de su pareja, abusos como el maltrato físico, psicológico, sexual, comportamientos de tipo controlador, intimidación o amenazas coercitivas (56).</p>	<p>Se midió a través del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO). Se compone de 42 ítems, distribuidos en 8 dimensiones: desapego, humillación, sexual, coerción, físico, género, castigo emocional e instrumental. Un puntaje total 0 significa que nunca ha percibido ser receptor/a de violencia por parte de la pareja, en tanto que puntuaciones en el rango de 1-168 indican presencia de victimización,</p>

	<p>donde, a mayor puntaje, mayor frecuencia de violencia recibida, tanto para la escala global como para las dimensiones (52).</p> <p>Esta variable se midió desde dos puntos de vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia, estableciendo la proporción de estudiantes con puntuaciones ≥ 1. • Nivel, determinado por el puntaje obtenido en la escala.
Variables Demográficas	
<p>Sexo: Diferencias biológicas entre mujer y hombre determinadas genéticamente. Se aplica siempre y cuando se trate de características naturales e inmodificables (57).</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de una pregunta en el cuestionario de caracterización, donde el encuestado marca con una X indicando su sexo con dos opciones de respuesta: hombre o mujer.</p>
<p>Edad: Tiempo que ha vivido una persona (56).</p>	<p>Se midió por medio de la aplicación de una pregunta en el cuestionario de caracterización, donde el encuestado registra su fecha de nacimiento. Posteriormente, se calculó en años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta la aplicación del instrumento.</p>

Variables Psicosociales	
<p>Autoestima: Es la parte evaluativa del autoconcepto, el juicio que hace una persona acerca de su propia valía (58).</p>	<p>Esta variable se midió a través de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se compone de 10 ítems que describen afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella. El puntaje fluctúa entre 10 y 40, donde un mayor puntaje se traduce como mayor autoestima (59).</p> <p>Para la caracterización de la muestra se clasificó en 3 niveles (59):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Autoestima Baja: Menos de 25 puntos. ● Autoestima Media: Entre 26 y 29 puntos. ● Autoestima Elevada: Entre 30 y 40 puntos.
<p>Violencia familiar: Abuso físico deliberado, reiterado con alguna frecuencia, que puede ser de tipo verbal u otro, por parte de uno o más miembros de la familia, en contra de otros miembros del hogar (60).</p>	<p>Esta variable se midió por medio de dos preguntas cerradas del cuestionario elaborado por los autores, donde el encuestado marcó de forma dicotómica con una X indicando “Sí” o “No”, respecto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Haber sido receptor de violencia familiar. ● Haber presenciado violencia familiar.

<p>Apoyo social: Conjunto de aportes que se reciben de las relaciones establecidas con otros (61).</p>	<p>Esta variable se midió por medio de la aplicación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social percibido, compuesta por 12 ítems con respuesta tipo Likert. Se divide en 3 subescalas, las cuales indican apoyo otorgado por los pares, por la familia y por la pareja u otra persona significativa. La suma del puntaje total indica apoyo social percibido general donde mayor puntaje señala mayor apoyo social (62).</p> <p>Para efectos de caracterización se clasifican en 3 categorías (62):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo apoyo: 12 a 24 puntos de la escala total. • Moderado apoyo: 25 a 36 puntos de la escala total. • Alto apoyo: 37 a 48 puntos de la escala total.
<p>VARIABLES DE SALUD</p>	
<p>Consumo de alcohol: Es la ingesta de alcohol, sustancia psicoactiva causante de problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, actos de violencia o suicidio. El consumo nocivo de alcohol</p>	<p>Esta variable se midió por la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). El instrumento indaga respecto a la frecuencia y patrones de consumo de alcohol y arroja como resultados</p>

<p>también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos (63).</p>	<p>el nivel de riesgo asociado al consumo. Consta de 8 preguntas que exploran el uso de alcohol a lo largo de la vida, uso durante los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo de presentar problemas en el futuro, posibilidad de dependencia. Los mayores puntajes señalan riesgos más altos (64).</p> <p>Para efectos de caracterización, las puntuaciones finales para consumo de alcohol son clasificadas en tres niveles de riesgo (64):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo Bajo: 0-10 ● Riesgo Moderado: 11-26 ● Riesgo Alto: 27 o más.
<p>Consumo de drogas: Autoadministración de cualquier sustancia psicoactiva natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo (65).</p>	<p>Al igual que en la variable consumo de alcohol, el consumo de drogas se midió con el cuestionario ASSIST.</p> <p>El instrumento indaga respecto a la frecuencia y patrones de consumo de sustancias y arroja como resultados el nivel de riesgo asociado al consumo. Consta de 8 preguntas que exploran el uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias durante los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo de presentar problemas en el futuro,</p>

	<p>posibilidad de dependencia y uso de drogas por vía intravenosa. A mayores puntuaciones finales para cada sustancia (tabaco, marihuana, cocaína, anfetaminas u otro tipo de estimulantes, inhalantes, tranquilizantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos u otros), señala mayor consumo de riesgo.</p> <p>Para efecto de caracterización son clasificadas en tres niveles de riesgo (65):</p> <ul style="list-style-type: none">● Riesgo Bajo: 0-3● Riesgo Moderado: 4-26● Riesgo Alto: 27 o más.
--	--

CAPÍTULO 3:
MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Diseño de investigación

Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal, con análisis de tipo descriptivo y correlacional.

3.2 Población en estudio

En esta investigación la población está constituida por 733 estudiantes de pregrado, matriculados en alguna de las siete carreras del área de educación en la Universidad de Valparaíso (Educación Parvularia, Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales, Pedagogía en Música, Pedagogía en Filosofía, Licenciatura en Matemática, Licenciatura en Física, Licenciatura en Ciencias), durante el segundo semestre 2017.

Esta población ha sido seleccionada, ya que estudios indican que las carreras del área de educación estarían más sensibilizadas con el tema, aspecto que podría mejorar el diagnóstico de frecuencia de este fenómeno, puesto que, conocen su importancia debido a la incorporación de esta problemática como contenido en los programas de formación de pregrado, facilitando la visualización del problema (5).

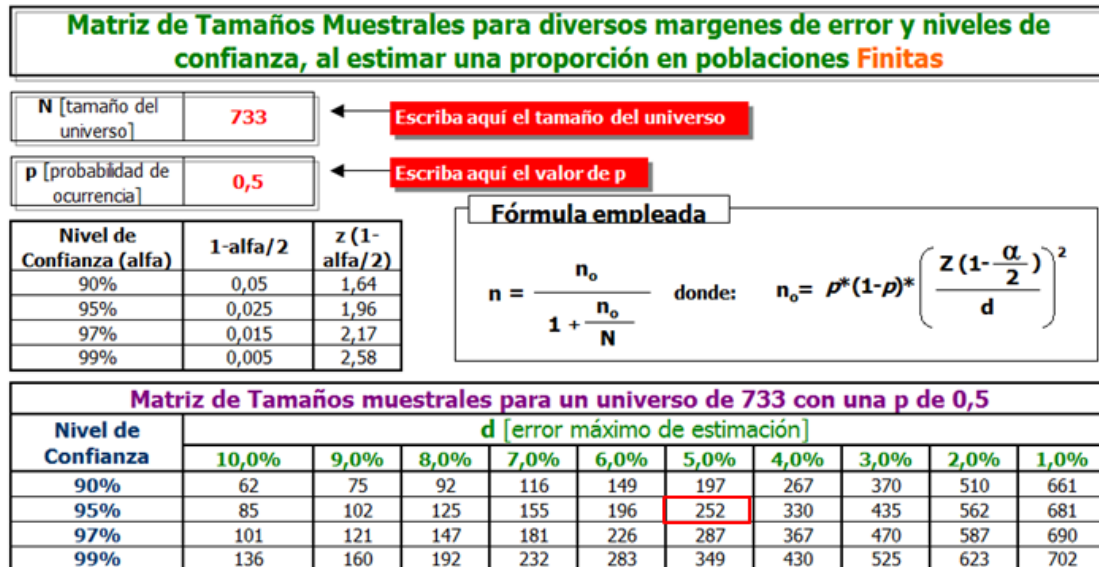
3.3 Selección de la muestra

A continuación, se detalla el procedimiento para calcular el tamaño de la muestra, el tipo de muestra escogido y el procedimiento para seleccionar a los participantes del estudio.

3.3.1 Cálculo de tamaño

El cálculo del tamaño muestral, como se observa en la figura 2, se realizó en base a un nivel de confianza del 95%, considerando un error máximo estimado del 5% y una prevalencia estimada del fenómeno del 50%, obteniendo un tamaño muestral de 252 estudiantes.

Figura 1. Cálculo teórico de la muestra



3.3.2 Tipo de muestra

La muestra fue de tipo probabilística estratificada, utilizando tres criterios para establecer los estratos:

- Carrera a la que pertenecen los estudiantes.
- Niveles que cursan, los cuales van de 1° a 5° año en todas las carreras en estudio.
- Sexo (hombre o mujer).

Tabla 4. Distribución de la muestra según carrera

Carrera	Población	Porcentaje	Muestra
Educación Parvularia	148	20,19	51
Pedagogía en Matemática	71	9,68	24
Pedagogía en Filosofía	80	10,91	28
Ped. en Historia y Ciencias Sociales	173	23,60	59
Pedagogía en Música	95	12,96	33
Licenciatura en Ciencias	73	9,96	25
Licenciatura en Física	93	12,68	32
Total	733	100	252

La tabla 4 señala cómo se realizó la distribución de la muestra total, proporcionalmente al tamaño de cada carrera. Posteriormente, se distribuyó el número de estudiantes de cada carrera, de forma proporcional a cada curso. De igual modo, en cada curso, se distribuyó la muestra entre hombres y mujeres. Con lo que finalmente se obtuvo un número proporcional de estudiantes de acuerdo a los diferentes estratos establecidos.

3.3.3 Selección de las unidades muestrales

Las unidades muestrales fueron establecidas por medio de una selección sistemática de la lista de matriculados de cada curso, en las diferentes carreras. En los casos en que los estudiantes declinaron participar, se utilizó una lista de estudiantes de reemplazo para su relevo, seleccionada de igual forma.

3.4 Criterios de inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

- Alumno regular.
- Con edades entre 18 y 25 años.
- Jornada diurna.
- Haber tenido alguna relación de pareja desde los 17 años de edad.
- Estado civil soltero.

Criterios de exclusión:

- Jornada vespertina.
- Menores de 18 años y mayores de 25.
- No haber tenido alguna relación de pareja desde los 17 años de edad.
- Estudiantes de intercambio.
- Estado civil casado.

3.5 Descripción de los instrumentos

Para la obtención de los datos requeridos y cumplir los objetivos de la presente investigación, se utilizó un instrumento compuesto por cinco partes (Anexo 1):

Parte 1: Cuestionario constituido por cuatro preguntas, dos de ellas referidas a características demográficas (edad y sexo) y dos relacionadas con la percepción de violencia familiar (recibida y observada, que corresponden a variables psicosociales) el cual fue elaborado por las autoras de la presente investigación.

Parte 2: Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO), corresponde a una escala que evalúa

la victimización de violencia en relaciones afectivas de pareja. Se compone de 42 ítems distribuidos en 8 dimensiones (desapego, humillación, sexual, coerción, físico, basado en género, castigo emocional e instrumental). Las respuestas son evaluadas en una escala tipo Likert que va desde “nunca” (0 puntos) a “casi siempre” (4 puntos), obteniendo un puntaje final que va desde 0 a 168 puntos, donde los puntajes más altos señalan mayores niveles de violencia (66).

Fue creado en el año 2007 en España por Rodríguez-Franco, Antuña, Rodríguez-Díaz, Herrero y Nieves (66). Validado en Chile en el año 2014 por Zulic, Zitko, Castaño, Lepe, Borgeaud y Salinas, quienes lograron demostrar su validez como instrumento global y obtuvieron un Alfa de Cronbach de 0,95 (67), lo que indica una buena confiabilidad (68).

Parte 3: Escala de autoestima de Rosenberg, se compone de 10 ítems que describen afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella misma, tiene 5 reactivos direccionados positivamente (ítems 1, 2, 4, 6, 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9, 10). Se trata de una escala tipo Likert, que va desde “muy de acuerdo” (4 puntos) a “muy en desacuerdo” (1 punto). Para analizar los datos obtenidos se debe invertir el puntaje de los ítems presentados de forma negativa. Así, el puntaje final obtenido va de 10 a 40, donde los valores más altos indican mayor autoestima (69).

Esta escala unidimensional fue creada en el año 1965, en Estados Unidos, por el sociólogo Morris Rosenberg (69). Fue validada en Chile el año 2009 por Rojas-Barahona, Zegers y Förster, quienes encontraron un Alfa de Cronbach 0,75 (59), lo cual se considera aceptable (68).

Parte 4: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSSPS), es una escala tridimensional que mide el apoyo social percibido de tres fuentes: la familia, amigos, pareja u

otra persona significativa. Se compone de 12 ítems con respuestas tipo Likert que van desde “casi nunca” (1 punto) a “siempre o casi siempre” (4 puntos), obteniendo puntajes finales que van desde 12 a 48, donde los valores más altos indican mayor apoyo social percibido (61).

Fue creada en el año 1988, en Estados Unidos, por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley (70). Esta escala fue traducida y adaptada en Chile por Arechavala y Miranda en el año 2002 (62) y validada en la población adolescente chilena por Mosqueda-Díaz, Mendoza-Parra, Jofré-Aravena y Barriga en el año 2015, obteniendo la estructura de tres dimensiones indicada por los autores del instrumento original y un índice de confiabilidad, medido a través de Alfa de Cronbach, de 0,88 (61), lo cual se considera ideal (68).

Parte 5: Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST), es un cuestionario de aplicación breve que evalúa los riesgos para la salud y otros problemas asociados al consumo de sustancias. El instrumento indaga respecto a la frecuencia y patrones de uso de sustancias y arroja como resultados el nivel de riesgo asociado al consumo. Consta de 8 preguntas que exploran 6 áreas: uso de sustancias a lo largo de la vida, uso de sustancias durante los últimos tres meses, problemas relacionados con el consumo, riesgo de presentar problemas en el futuro, posibilidad de dependencia y uso de drogas por vía intravenosa. Las puntuaciones finales, para consumo de alcohol son clasificadas en tres niveles de riesgo: bajo (0-10 puntos), moderado (11-26 puntos) y alto (27 y más puntos); para el consumo de drogas se clasifica en los mismos tres niveles de riesgo, según los siguientes puntajes: bajo (0-3 puntos), moderado (4-26 puntos) y alto (27 y más puntos) (64).

Fue desarrollada en 1997 por un grupo internacional de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo el auspicio de la OMS, fue validado con un estudio multicéntrico realizado en Australia, Brasil, India, Tailandia, Reino Unido, Zimbabue y Estados Unidos (64,71). A nivel

nacional fue validado en el año 2014 por Soto-Brandt, Portilla, Huepe, Rivera, Escobar, Salas, et al. obteniendo un Alpha de Cronbach de 0,91 para el puntaje total (64), lo que implica una muy buena confiabilidad (68).

Es importante señalar que en el caso del CUVINO, el autor entregó la autorización para su uso en esta investigación (Anexo 2). En cuanto las escalas de Autoestima (72), MSSPS (73) y ASSIST (74), son de carácter público para su uso en investigación.

3.6 Plan piloto

Con la finalidad de conocer el grado de comprensión del instrumento de recolección de datos, el tiempo que requiere su aplicación y rescatar algunos aspectos importantes a considerar durante su aplicación, se llevó a cabo un estudio previo o plan piloto.

Esta prueba piloto se realizó en 46 estudiantes de segundo año de la carrera Tecnología Médica de la Universidad de Valparaíso, a inicios del segundo semestre del año 2017. El tiempo promedio para responder fue de 15 minutos, lo que permitió disminuir el tiempo estimado en el proyecto.

En general, los estudiantes mostraron una buena comprensión del instrumento. Sin embargo, existieron dos situaciones que se consideraron importantes a la hora de aplicar los instrumentos, la primera fue al nombrar a voz alzada los criterios de inclusión, lo que generó distracción y comentarios entre los participantes, por lo que se decidió entregar estos requisitos de manera escrita. Como segunda instancia se identificó la existencia de parejas entre los participantes, los que al estar sentados de forma contigua podían interferir en las respuestas, en consecuencia, se procedió a preguntar por la existencia de parejas entre los estudiantes seleccionados de cada curso, previo a la recolección de datos y solicitar que se sentaran en forma separada al momento de responder.

3.7 Procedimiento de recolección de datos

Se coordinó una reunión con los secretarios académicos de cada Escuela o Instituto participante, quienes facilitaron las listas de estudiantes matriculados durante el segundo semestre 2017 y los horarios por cada curso. Luego de seleccionar las muestras en los listados de cada carrera, se concurrió a cada facultad, en donde asisten regularmente los estudiantes y se estableció con los profesores los horarios en que serían aplicados los instrumentos, de acuerdo a su disponibilidad. Con cada curso se procedió a explicar los objetivos de la investigación y a los estudiantes que cumplían con los requisitos de inclusión y exclusión se les entregó el consentimiento informado e instrumento, explicando sus características y cómo debían responder. Los instrumentos fueron contestados por autoreporte de forma individual y escrita, con apoyo de las investigadoras en caso de dudas.

3.8 Procesamiento y Análisis de los datos

Los datos fueron organizados en una base de datos realizada en el programa Microsoft Office Excel 2010 y posteriormente analizados con los Softwares IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20 y R Project versión 3.4.2.

En primera instancia, se realizó un análisis de tipo descriptivo de las variables de la investigación, donde se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. En el caso de las variables numéricas, se aplicaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medida de dispersión (desviación estándar).

Posteriormente, en el análisis bivariado, se utilizó el coeficiente de correlación tau-b de Kendall para medir la relación entre la variable principal (violencia de pareja) y la variable categórica (violencia familiar). Luego, para determinar relaciones entre la variable principal y las variables numéricas (edad, autoestima, apoyo social, consumo de drogas y alcohol), se utilizó el

coeficiente de correlación de Spearman, ya que la distribución de la variable principal fue no normal.

3.9 Consideraciones éticas

Esta investigación fue sometida a la revisión por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Siguiendo con el formato establecido por ese comité, se entregó la información requerida para la evaluación del proyecto de investigación, la que incluía:

- Marco referencial, el cual explicó el problema y su magnitud, se presentó la pregunta de investigación y los objetivos planteados.
- Metodología propuesta, justificación y relevancia para realizar esta investigación. Se presentó el instrumento a aplicar, indicando cada una de sus partes y las escalas de las cuales se conforma, con los datos de sus respectivas validaciones y autorizaciones de uso.
- Flujograma de contención o derivación frente a los riesgos a los que podía ser sometido el estudiante participante de la investigación.
- Mecanismos para mantener la confidencialidad de los participantes y la cadena de custodia de la información.
- Valoración de aspectos éticos.
- Acta de consentimiento informado (Anexo 3).
- Cartas de autorización de las unidades académicas participantes: Educación Parvularia, Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales, Pedagogía en Música, Pedagogía en Filosofía, Licenciatura en Matemática, Licenciatura en Física, Licenciatura en Ciencias (Anexo 4).

La investigación fue aprobada con fecha 12 de septiembre de 2017, mediante la entrega del acta de evaluación N° 33/2017 del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina (Anexo 5).

Es importante indicar que en esta investigación se tuvieron en cuenta los principios señalados en el informe Belmont (75) como se presenta a continuación:

1. **Respeto:** Este principio se cumplió informando claramente los objetivos de la investigación a los participantes del estudio, siempre indicando que la participación era voluntaria.
2. **Beneficencia:** A todos los estudiantes se les entregó sus resultados en una carta sellada (Anexo 6), informando si se encontraba en una relación de pareja saludable o sugerente de violencia de pareja. En este último caso, se coordinó su atención gratuita en el CAPSI.
3. **Justicia:** Los estudiantes fueron elegidos por métodos probabilísticos, donde todos tenían la misma posibilidad de participar, sin embargo, debían estar de acuerdo firmando un consentimiento informado.
4. **Respeto a la autonomía:** Los estudiantes seleccionados fueron informados detalladamente en qué consistía la investigación, de manera oral, es decir expuesto por las investigadoras el día de la aplicación de encuesta. También de manera escrita en el consentimiento informado, quedando explícitamente que su participación era voluntaria y dando la posibilidad de realizar preguntas si existían dudas.
5. **Confidencialidad de los datos:** Como las investigadoras son estudiantes de la misma universidad y la información entregada por los participantes es privada, cada investigadora firmó una carta de compromiso de confidencialidad (Anexo 7), en la que se comprometió a resguardar y mantener la confidencialidad de la información obtenida, así como a no difundir o distribuir los datos personales y resultados contenidos en los sistemas de información desarrollados en el proyecto de investigación, aceptando cumplir con las sanciones civiles, penales y/o administrativas que procedan de conformidad con los dispuesto en normativas, reglamentos y leyes vigentes. Además, se comprometió a que los resultados presentados en cualquier evento científico o publicaciones de artículos, serán de forma global y anónima.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS

4.1 Caracterización de la muestra

A continuación, se presentan las características de las variables demográficas, psicosociales y de salud de los 252 estudiantes, de las siete carreras del área de educación de la Universidad de Valparaíso, que participaron en la investigación.

Tabla 5. Características demográficas de los estudiantes pertenecientes a las carreras del área de educación de la Universidad de Valparaíso, 2017

Variab				
	Media	DE	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo				
Mujer			129	51,2
Hombre			123	48,8
Edad				
Ambos sexos	20,8	1,9		
Total			252	100

En la tabla 5 se puede observar la distribución de la muestra por sexo, donde se evidencia un leve predominio de mujeres (51,2%). Por otra parte, se observa que la edad promedio de los participantes es de 20,8 años (DE=1,9).

Tabla 6. Características psicosociales de los estudiantes participantes del estudio

VARIABLES		Frecuencia	Porcentaje (%)
Autoestima	Baja	54	21,4
	Media	58	23,0
	Elevada	140	55,6
Violencia familiar Observada	No	147	58,3
	Sí	105	41,7
Violencia familiar Recibida	No	151	59,9
	Sí	101	40,1
Apoyo Social	Bajo apoyo	20	7,9
	Moderado apoyo	74	29,4
	Alto apoyo	157	62,3
	No contesta	1	0,4
Total		252	100

En la tabla 6 se puede observar que el mayor porcentaje de estudiantes perciben una elevada autoestima (55,6%), sin embargo, llama la atención que un 21,4% refiera una baja autoestima, sobre todo tratándose de estudiantes universitarios. Además, se aprecia respecto de la violencia familiar, que el mayor porcentaje de estudiantes se concentran entre quienes no observaron violencia familiar (58,3%) y los que no recibieron violencia familiar (59,9%). Por otra parte, existe un alto porcentaje de estudiantes que autoperciben un alto apoyo social (62,3%).

Tabla 7. Características de salud: Consumo de alcohol de los estudiantes participantes del estudio

VARIABLES		
Consumo de Alcohol	Frecuencia	Porcentaje (%)
Riesgo Bajo	125	49,6
Riesgo Moderado	109	43,3
Riesgo Alto	18	7,1
Total	252	100

La tabla 7 muestra que entre los estudiantes predomina un bajo riesgo de consumo de alcohol (49,6%). Aunque de igual forma se destaca como segundo grupo, de casi igual magnitud, aquellos con un riesgo moderado de consumo (43,3%).

Tabla 8. Características del consumo de drogas de los estudiantes participantes del estudio

Tipo de droga	Consumo de droga	Frecuencia	Porcentaje (%)
Tabaco	Riesgo bajo	107	42,5
	Riesgo moderado	134	53,2
	Riesgo alto	11	4,4
Marihuana	Riesgo bajo	84	33,3
	Riesgo moderado	149	59,1
	Riesgo alto	19	7,5
Cocaína	Riesgo bajo	222	88,1
	Riesgo moderado	29	11,5
	Riesgo alto	1	0,4
Anfetaminas	Riesgo bajo	233	92,5
	Riesgo moderado	19	7,5
	Riesgo alto	0	0,0
Inhalantes	Riesgo bajo	243	96,4
	Riesgo moderado	9	3,6
	Riesgo alto	0	0,0
Tranquilizantes	Riesgo bajo	206	81,7
	Riesgo moderado	45	17,9
	Riesgo alto	1	0,4
Alucinógenos	Riesgo bajo	217	86,1
	Riesgo moderado	35	13,9
	Riesgo alto	0	0,0
Opiáceos	Riesgo bajo	245	97,2
	Riesgo moderado	7	2,8
	Riesgo alto	0	0,0
Otros	Riesgo bajo	241	95,6
	Riesgo moderado	11	4,4
	Riesgo alto	0	0,0
Total		252	100

La tabla 8 señala los niveles de riesgo que presentan los estudiantes frente al consumo de distintos tipos de drogas. De ella se desprende que, los estudiantes presentan un consumo con riesgo bajo para cocaína, anfetaminas, inhalantes, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos y, en el caso del tabaco y marihuana, el consumo señala un riesgo moderado.

4.2 Prevalencia y nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja por los participantes del estudio

A continuación, se presentan los resultados que dan respuesta al primer objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a identificar la prevalencia y nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja por los participantes del estudio.

Tabla 9. Prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja global y por dimensión

Dimensión CUVINO	Frecuencia	Porcentaje (%)
Global	218	86,5
Físico	59	23,4
Instrumental	41	16,3
Emocional	106	42,1
Género	118	46,8
Humillación	138	54,8
Coerción	161	63,9
Desapego	193	76,6
Sexual	105	41,7

Según indica la escala CUVINO, todos aquellos puntajes de 1 o superior perciben algún grado de violencia de pareja. Considerando este aspecto, la tabla 9 muestra que el 86,5% de los estudiantes perciben algún nivel de violencia en sus relaciones de pareja. Además, destaca que las tres dimensiones con las mayores prevalencias son desapego, coerción y humillación, que corresponden a subdimensiones de la violencia psicológica.

Tabla 10. Nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja global y por dimensión

Dimensión CUVINO	Media	DE	Mín-Máx Obtenido	Mín-Máx Escala
Global	13,2	16,0	0-85	0-168
Físico	0,49	1,16	0-8	0-16
Instrumental	0,29	0,78	0-5	0-16
Emocional	1,05	1,75	0-10	0-12
Género	1,35	2,24	0-17	0-20
Humillación	2,19	3,33	0-21	0-28
Coerción	2,83	3,82	0-21	0-24
Desapego	3,75	4,56	0-26	0-28
Sexual	1,28	2,47	0-17	0-24

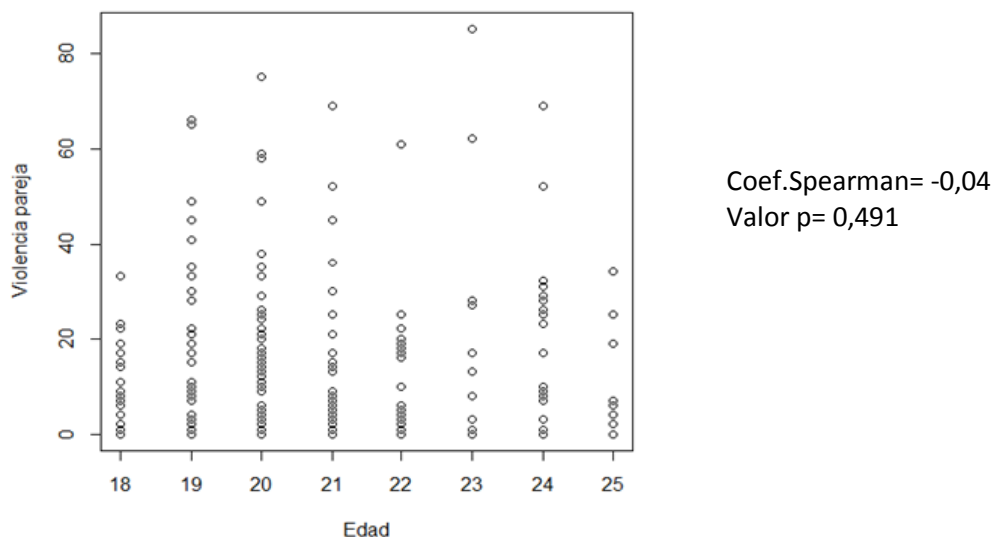
En la tabla anterior se puede observar que los niveles de violencia son relativamente bajos, ya que, la media obtenida (13,2) es baja en relación al puntaje total (168), aunque con una gran dispersión (DE 16,0). También se destaca que las tres dimensiones con los mayores puntajes son desapego, coerción y humillación, las cuales coinciden con las dimensiones que mostraron las prevalencias más altas.

4.3 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores demográficos

En esta sección se presentan los resultados que dan respuesta al segundo objetivo específico planteado en esta investigación, que señala determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores demográficos.

Relación con la variable edad

Gráfico 1. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y edad



En el gráfico 1 se muestra que la variable principal y la variable edad no presentan una relación estadísticamente significativa, por lo tanto, esto indica que no están relacionadas.

Relación con la variable sexo

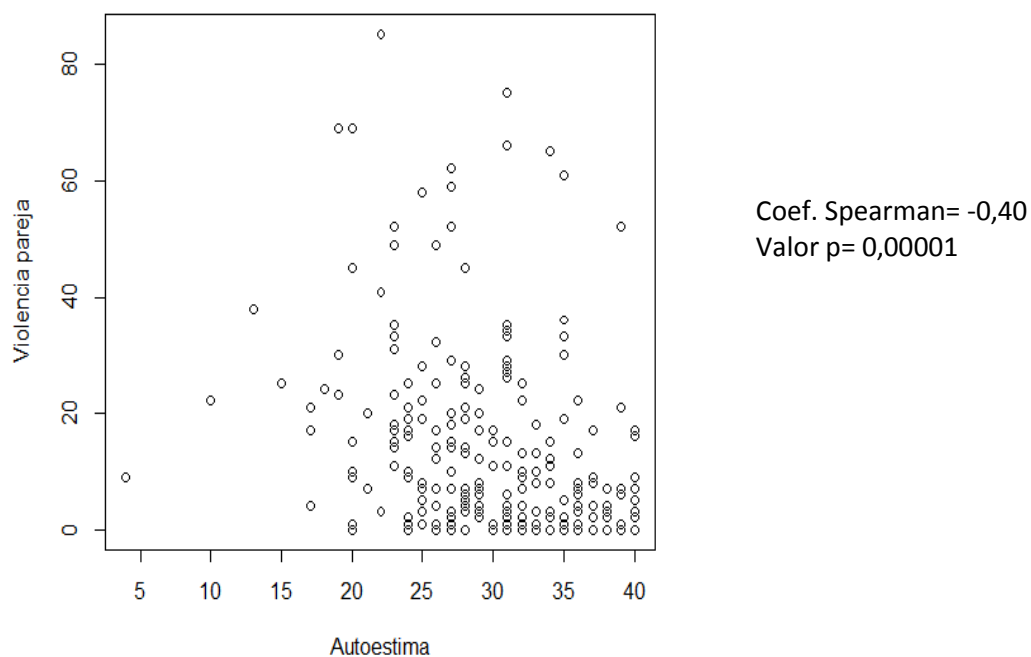
Respecto a la relación entre la variable principal, con la variable sexo, no fue posible realizar el análisis debido a que la variable sexo es de tipo nominal y el test que permite establecer relaciones en este caso, requiere de la normalidad de la variable principal, situación que en esta investigación no se pudo establecer.

4.4 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores psicosociales

En este segmento, se presentan los resultados que dan respuesta al tercer objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores psicosociales.

Relación con la variable autoestima

Gráfico 2. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y autoestima



Del gráfico 2 se desprende que existe una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y autoestima. Esto significa que, la percepción de ser receptor de violencia de pareja disminuye a medida que la autoestima aumenta.

Relación con variable violencia familiar

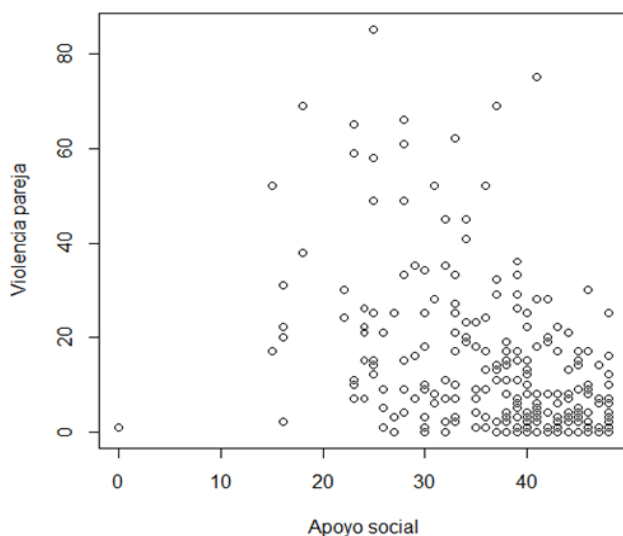
Tabla 11. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y violencia familiar

Coefficiente de correlación tau-b de Kendall	Violencia familiar recibida	Violencia familiar observada
Percepción de ser receptor de violencia de pareja	0,16	0,18
Valor p	p<0,05	p<0,05

En la tabla 11 se evidencia que tanto la violencia familiar recibida como la observada presentan una relación directa y débil, aunque estadísticamente significativa con la percepción de ser receptor de violencia de pareja. Es decir, a medida que aumenta la percepción de ser receptor de violencia de pareja, también aumenta la violencia familiar.

Relación con variable apoyo social

Gráfico 3. Relación entre percepción de ser receptor de violencia de pareja y apoyo social



Coef.Spearman= -0,46
Valor p= 0,0001

En el gráfico 3, se aprecia una relación inversa, moderada y estadísticamente significativa entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y el apoyo social. Esto indica que la percepción de ser receptor de violencia de pareja disminuye a medida que el apoyo social aumenta.

4.5 Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores de salud

Con respecto a los resultados que dan respuesta al cuarto objetivo específico planteado en esta investigación, que corresponde a determinar la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y algunos factores de salud, se encontró lo siguiente:

Relación con variable consumo de alcohol

Tabla 12. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y consumo de alcohol

Coefficiente de correlación de Spearman	Consumo de alcohol	Valor p
Percepción de ser receptor de violencia de pareja	0,27	p<0,05

En la tabla 12 se aprecia una relación directa, baja y estadísticamente significativa, entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y el consumo de alcohol. Esto significa que, a medida que el consumo de alcohol aumenta, la percepción de ser receptor de violencia de pareja también lo hace.

Relación con variable consumo de drogas.

Tabla 13. Relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y consumo de drogas

Tipo de droga	Correlación con violencia de pareja	Valor p
Tabaco	0,17	0,005
Marihuana	0,31	<0,001
Cocaína	0,17	0,006
Anfetaminas	0,07	0,214
Inhalantes	0,12	0,052
Tranquilizantes	0,14	0,018
Alucinógenos	0,19	0,002
Opiáceos	0,15	0,017
Otros	0,11	0,06

En la tabla 13 se presenta la relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja con cada sustancia psicoactiva (natural o sintética) pertenecientes a la variable consumo de drogas. Se puede observar, que las drogas tabaco, marihuana, cocaína, tranquilizantes, alucinógenos y opiáceos, presentan una relación estadísticamente significativa con la variable principal, en todos los casos la relación es positiva, aunque de magnitud muy débil.

CAPÍTULO 5:
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

5.1 Discusión

5.1.1 Prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja

La percepción de ser receptor de violencia de pareja en los estudiantes de carreras del área de la educación de la Universidad de Valparaíso, obtuvo una prevalencia del 86,5%, esta cifra es concordante con un estudio realizado en una universidad colombiana, que detectó un 82,6% (28), también es coincidente con estudios realizados a nivel nacional, en estudiantes de educación superior de Osorno donde obtuvieron una prevalencia de 85,3% (29) y ligeramente superior a la situación encontrada en la Universidad Arturo Prat de la Región de la Araucanía, con un 71,7% (11).

La similitud de los porcentajes reportados por las diferentes investigaciones, podría deberse a que las poblaciones encuestadas son estudiantes de educación superior, con criterios de inclusión similares a los utilizados en este estudio y que incluyen dimensiones semejantes, a pesar de aplicar diferentes instrumentos de medición de violencia de pareja.

Sin embargo, existe discordancia al comparar el resultado conseguido, con un estudio mexicano que obtuvo un 19,0% de violencia de pareja y con la investigación nacional realizada por la INJUV la cual arrojó una prevalencia de 16,3% en población entre 15 y 29 años. Algunas de las razones que podrían explicar estas diferencias es que la población elegida por estos estudios no son exclusivamente estudiantes universitarios, considerando una población más grande y diversa de jóvenes, pertenecientes a todos los niveles socioculturales, residentes de variadas regiones, en zonas urbanas y rurales. También, podría deberse a que los instrumentos seleccionados difieren en forma y contenido de evaluación.

Respecto a los tipos de violencia de pareja, los resultados señalaron lo siguiente:

- La violencia física mostró una prevalencia del 23,4%, porcentaje similar al reportado a nivel nacional por estudiantes de Osorno con un 23,1% (29), pero es discordante con lo señalado por alumnos de la Araucanía, ya que en este caso la prevalencia es del 16,1% (11). También difiere con otras investigaciones internacionales, que superan ampliamente estos valores, como es el caso de estudiantes que informaron de un 42,5% en la India (18) y un 52,2% en Venezuela (27).
- La violencia sexual obtuvo una prevalencia de 41,7%, cifra superior a las señaladas por investigaciones, en la India con un promedio del 26,0% (18) y un 33,8% en España (21). Al compararlo con otras investigaciones chilenas, también es más alto que el 13,3% reportado por estudiantes de Osorno (29) y que el 1,0% encontrado por la encuesta del INJUV (7).
- La violencia psicológica alcanzó una prevalencia del 50,0%, concordante con un estudio realizado en la Araucanía, donde se encontró un 41% (11) y también con una investigación de España donde se obtuvo un 44,6% (21). Sin embargo, difiere con otros datos internacionales como Portugal con 27% (23) y la India lo supera con un 69,9% (18). A nivel latinoamericano es menor, comparado con México con un 61% (25) y Venezuela con 99% (27). Por otro lado, hay estudios a nivel nacional que poseen altas diferencias como en Osorno donde se obtuvo un 85% (29) y en la INJUV un 13% (7). Sin embargo, un aspecto que se debe destacar que al igual que lo reportado por investigaciones nacionales e internacionales, corresponde al tipo de violencia con mayor prevalencia (14,29). Esto señala que, independiente de las características de la muestra y de la cultura donde se realice la investigación, la violencia psicológica predomina sobre los demás tipos de violencia. Esto probablemente se debe a que el uso de la violencia psicológica, principalmente amenazas y humillaciones, se utilizan como un medio habitual, aceptable y esperable de resolución de conflicto interpersonal entre

los jóvenes y que se puede extrapolar a las relaciones de pareja. Se presenta con la misma frecuencia y naturalidad, como parte de su comportamiento habitual (76).

Todas estas diferencias de percepción según tipo de violencia, podrían deberse a la utilización de diversos instrumentos para medir la variable principal y las características de la población utilizada, ya que en muchas investigaciones la muestra abarca un rango de edad mucho mayor que en esta investigación y además no se establecen los mismos criterios de inclusión, es decir, están dirigidos a una población que no está cursando educación superior, están casados y/o son extranjeros.

5.1.2 Nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja

Los resultados obtenidos permitieron identificar que el nivel de percepción de ser receptor de violencia de pareja en los estudiantes del área de la educación alcanzó una media de 13,2 puntos (DE 16,0) en la escala CUVINO. Niveles relativamente bajos si se considera que la escala alcanza hasta los 168 puntos, esto podría explicarse por la percepción particular que los jóvenes tienen sobre la violencia de pareja, considerando como violento solo aquello que tiene como intención provocar daño y normalizando situaciones como juegos bruscos u otros actos agresivos (5).

Con respecto a las dimensiones que posee el CUVINO, es importante analizar aquellas que alcanzaron los niveles extremos:

- Las dimensiones que presentaron las medias más elevadas fueron desapego (3,75), coerción (2,83) y humillación (2,19) cifras que coinciden con las encontrados en universitarios de España, México y Argentina, quienes también obtuvieron los niveles más altos en las mismas dimensiones, con cifras muy similares (desapego 3,53; coerción 2,62 y humillación 1,81) (38). Por otro lado, en un estudio realizado a universitarios de

la ciudad de Concepción, Chile y en un estudio realizado a estudiantes de España, también destacan las mismas dimensiones con los niveles más altos, sin embargo, con cifras distintas que las halladas en este estudio, siendo cifras más altas en el caso del estudio en Concepción (desapego 4,37; coerción 4,24 y humillación 3,02) (44) y más bajas en el caso de España (desapego 0,47; coerción 0,41 y humillación 0,26) (21).

- Las dimensiones que presentaron las medias más bajas fueron la instrumental (0,29), físico (0,49) y castigo emocional (1,05), cifras que coinciden con las encontrados en universitarios de España, México y Argentina, quienes también obtuvieron los niveles más bajos en las mismas dimensiones, con cifras muy similares (instrumental 0,19; físico 0,55 y castigo emocional 1,07) (38). Por otro lado, en el estudio realizado a universitarios de la ciudad de Concepción, Chile y en el estudio realizado a estudiantes de España, también destacan las mismas dimensiones con los niveles más bajos, sin embargo, con cifras distintas que las reportadas por este estudio, siendo cifras más altas en el caso del estudio en Concepción (instrumental 0,56, físico 0,95 y castigo emocional 1,41) (44) y más bajas en el caso de España (instrumental 0,05; físico 0,10 y castigo emocional 0,36) (21).

Si bien los estudios mencionados, presentan las mismas dimensiones destacadas, existía diferencia en los valores obtenidos, esta desigualdad se presentaba de manera uniforme en todas las dimensiones, lo que podría explicarse por la forma en que esos estudios seleccionaron sus muestras, en ambos casos fue de tipo no probabilística (21,44), las cuales al ser intencionadas podrían estar más sensibilizadas frente a la temática y considerar todos los aspectos que involucra la violencia de pareja o pensar que no están afectados por ella y por eso decidir participar como voluntarios.

5.1.3 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables demográficas

Los resultados obtenidos indican que en esta investigación no se encontró relación entre la percepción de ser receptor de violencia de pareja y la variable edad, estos resultados difieren de un estudio internacional, realizado en estudiantes de México y también con los informados por un estudio nacional realizado en estudiantes de todas las regiones del país, que han señalado una relación directa entre estas dos variables, en ambos casos se señalaba que a mayor edad existiría una mayor percepción de violencia de pareja (3,7). Estas diferencias podrían deberse a que, en los estudios referidos, los participantes poseen un rango de edad más amplio que el seleccionado para esta investigación. En general, contemplan estudiantes de grupos etarios que abarcan hasta 15 años (edades entre 15 a 29 años), en cambio, en la presente investigación el rango de edad es de 8 años (18 a 25 años), constituyendo prácticamente la mitad del período de edades analizados por los otros investigadores, lo que indicaría que el grupo etario escogido tiene una percepción más o menos uniforme como receptor de violencia de pareja.

En cuanto a la variable sexo, no fue posible realizar el análisis debido a las características que presentó la variable violencia de pareja.

Pese a que los antecedentes empíricos establecen una relación entre la variable principal y las variables demográficas (edad y sexo), en este estudio no se pudo establecer esta relación, por ende, no podemos aplicar las características demográficas al MPS de Nola J. Pender, lo que hace necesario continuar con investigaciones que aporten otros elementos para analizar el comportamiento de estas variables.

5.1.4 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables psicosociales

En cuanto a la autoestima, los resultados mostraron la existencia de una relación de tipo inversa con la variable principal, lo que concuerda con los antecedentes expuestos en otra investigación realizada en jóvenes universitarios de la Universidad de la Frontera en Chile, donde se destaca la baja autoestima como un factor individual, que influye en la generación y mantención de la violencia de pareja (5).

Por su parte, al analizar los resultados de violencia familiar (observada y recibida) mostraron una relación directa con la percepción de ser receptor de violencia de pareja, situación semejante a los resultados expuestos por investigaciones realizadas en Colombia y México, en adolescentes y jóvenes entre 15-35 años y mujeres entre 12-24 años respectivamente, en los cuales los estudiantes señalan que fueron testigos de violencia entre los padres, así como víctimas de violencia familiar y presentan actitudes a favor de dicha violencia (9,10). En este sentido, expertos han señalado que aquellas personas han sido expuestas o vivenciado situaciones de violencia familiar, asumen con mayor naturalidad la agresión en las relaciones románticas, presentan mayores dificultades para manejar situaciones conflictivas, las que suelen resolverse a través de sistemas de violencias legitimados culturalmente, constituyéndose en un factor riesgo para que los individuos se conviertan en victimarios de violencia de pareja (33-35).

Con respecto al apoyo social los resultados revelaron que existe una relación inversa con la percepción de ser receptor de violencia de pareja, existiendo una concordancia con los datos encontrados en otra investigación realizada en estudiantes de Enfermería de la Universidad de Oviedo, la cual afirma que el apoyo social es esencial para el aumento de la seguridad y la disminución de las conductas de maltrato (22). Además, investigadores han establecido que las

relaciones familiares positivas, fuente principal de apoyo social, propician el desarrollo de relaciones de pareja más saludables (32), lo que podría explicar el tipo de relación encontrada entre las variables estudiadas.

Mediante el análisis de los datos que relacionan violencia de pareja con las variables autoestima, violencia familiar, apoyo social, fue posible su aplicación al MPS, verificando que las variables psicosociales corresponden a dos de los pilares de este modelo (51):

- En el primer pilar: “Características y Experiencias individuales”, destaca la autoestima como un factor personal psicológico, que se considera predictivo de una cierta conducta, en este caso, un nivel alto se asocia a una disminución en la percepción de ser receptor de violencia de pareja.
- También dentro del primer pilar, destaca la violencia familiar observada y/o recibida como una conducta previa que incide con el compromiso de generar o no comportamientos promotores de salud, es decir, tener una relación de pareja saludable o de riesgo. En este caso, los actos previos de violencia aumentan la posibilidad de ser receptor de violencia de pareja en un futuro.
- En el segundo pilar “Cogniciones y afectos relativos a la conducta específica”, es importante valorar el apoyo social como una influencia interpersonal y situacional, ya que un alto apoyo social percibido disminuye las posibilidades de ser receptor de violencia de pareja.
- Además, dentro de este mismo segundo pilar, se incluye también la autoestima y la violencia familiar. En el caso de la autoestima baja, corresponde a un afecto relacionado con la actividad, considerando una baja autoestima como un sentimiento que se relaciona con la percepción de ser receptor de violencia. Por otro lado, la violencia familiar es una influencia interpersonal en la que se da un aprendizaje indirecto mediante la observación de los demás, en este caso, no observar o vivir situaciones de

violencia entre los padres o cuidadores, produce una menor probabilidad de recibir violencia de pareja en un futuro.

5.1.5 Relación de percepción de ser receptor de violencia de pareja según las variables de salud

Los resultados obtenidos en esta investigación para las variables consumo de alcohol y consumo de drogas indican una relación directa. Estos hallazgos concuerdan con una investigación realizada en estudiantes universitarios mexicanos (9) y con otro estudio nacional realizado en estudiantes del sur de Chile (11), que señalan el mismo tipo de relación.

En cuanto al consumo de alcohol, se desprende que, más del 50% de los estudiantes muestran un riesgo moderado o alto en el consumo de alcohol, generando la posibilidad que ellos pasen por estados de ebriedad en los que, como señala la evidencia, se debilitan los mecanismos cerebrales o se facilitan las conductas impulsivas, impidiendo reconocer situaciones de riesgo y anulando los comportamientos de autoprotección, facilitando el ser víctima de violencia, especialmente física y sexual (9,11,77).

Respecto al consumo de drogas, la marihuana es la que exhibe mayor consumo en los niveles de riesgo moderado y alto, frente a otro tipo de drogas. Análisis han manifestado discordancias en la relación que tiene la violencia de pareja y el uso de marihuana, en donde algunos demostraron que las parejas en las que ambos usaban marihuana con frecuencia informaron menos violencia (78), a diferencia de otros estudios que señalan que los usuarios bajo la influencia de la marihuana son más propensos a tener episodios de violencia de pareja, aunque no se ha podido encontrar evidencia consistente (79). De todas formas, el consumo de marihuana se puede dar en conjunto con otras sustancias, como alcohol, lo que podría estar influyendo el tipo de relación encontrado en esta investigación.

En cuanto a los estudiantes que consumen drogas duras, como anfetaminas y cocaína, a pesar de existir gran proporción de riesgo bajo, es importante destacar los efectos físicos, conductuales y psiquiátricos negativos que estas producen, a los que se asocia un bajo autocontrol que genera violencia y agresión bidireccional (36,37).

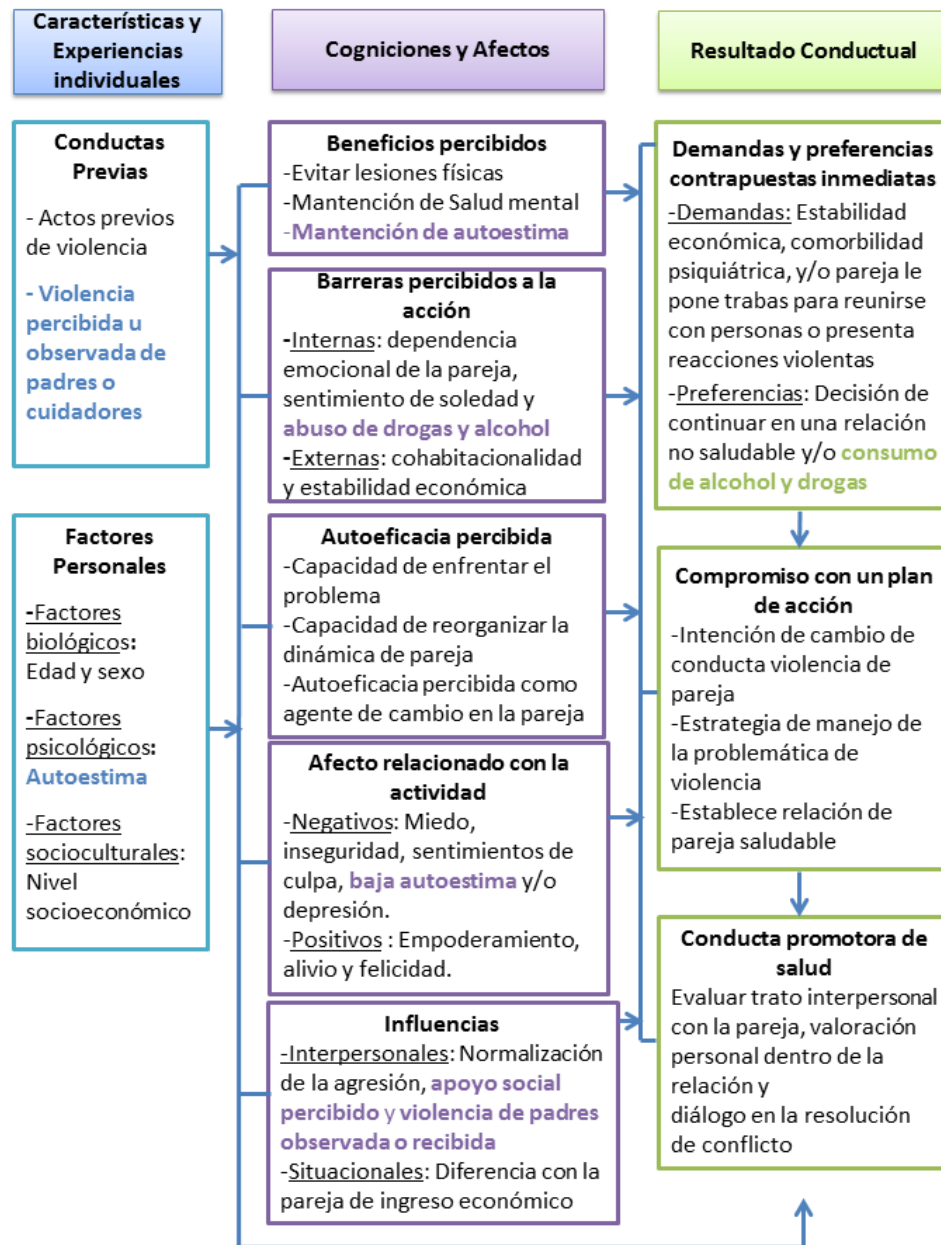
Los tranquilizantes, después de la marihuana y el tabaco, exhiben una gran proporción de riesgo moderado, que puede implicar una incidencia en la victimización de violencia de pareja, ya que el consumo produce efectos en el sistema nervioso central, capaces de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo (65), provocando que se disminuyan las conductas de autoprotección (9).

Mediante el análisis de los hallazgos de relación entre violencia de pareja con el consumo de alcohol y drogas y su aplicación al MPS, fue posible verificar que estas variables de salud son parte de dos de los pilares de este modelo (51):

- En el segundo pilar: “cogniciones y afectos relativos a la conducta específica”, destaca el consumo de alcohol y drogas como una barrera percibida de la acción, en la que la elección de seguir esta conducta, asociada a una dependencia y/o abuso del consumo, implica un costo o barrera personal, que en este caso sería un aumento en la posibilidad de ser receptor de violencia de pareja.
- En el tercer pilar: “resultado conductual”, destaca que el consumo de alcohol y drogas también podría actuar como una preferencia contrapuesta, es decir, una conducta alternativa en la que se tiene un control relativamente alto y en la que, al igual que en el segundo pilar, la elección de seguir esta conducta, implica un aumento en la posibilidad de ser receptor de violencia de pareja.

A continuación, se presenta un diagrama donde se sintetiza la aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender y se explica cómo las variables incorporadas en esta investigación aportan en la valoración del fenómeno de violencia de pareja.

Figura 2. Diagrama Modelo de Promoción de Salud aplicado a la percepción de violencia de pareja por los participantes del estudio



Fuente: Adaptación propia del Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender

5.2 Conclusiones

Con los hallazgos de la investigación, es posible responder a los objetivos planteados inicialmente.

Para comenzar, en respuesta al primer objetivo específico, se encontró que la prevalencia de percepción de ser receptor de violencia de pareja es alta (86,5%), a diferencia del nivel alcanzado en la escala de violencia entre novios, que presentó una media relativamente baja (13,2). Además, sobresale que la mayor prevalencia y nivel fueron mostradas por las dimensiones desapego, coerción y humillación, especialmente preocupante por lo que esto puede causar en la salud mental de los estudiantes.

Respondiendo al segundo objetivo específico planteado, se obtuvo que la percepción de ser receptor de violencia de pareja, no se relaciona con la variable edad y no fue posible verificar su relación con la variable sexo, por ende, estas variables no se podrán incluir como elementos a considerar en la valoración realizada a partir del MPS de Nola Pender.

Dando respuesta al tercer objetivo específico, se encontró que la percepción de ser receptor de violencia de pareja se relaciona con todas las variables psicosociales planteadas para esta investigación, de manera inversa con autoestima y apoyo social y de forma directa con violencia familiar, observada y recibida. Al aplicar el MPS a las variables autoestima y violencia familiar, pertenecen al primer y segundo pilar, correspondientes a “características y experiencias individuales” y “cogniciones y afectos” respectivamente, mientras que el apoyo social también se sitúa como parte de este segundo pilar.

Por último, respondiendo al cuarto objetivo específico planteado, se evidencia que existe una relación directa entre la percepción de ser receptor violencia de pareja y las variables de salud definidas en esta investigación: consumo de alcohol y la mayoría de las drogas. Estas variables corresponden al segundo y tercer pilar de MPS de Nola Pender, correspondiente a “cogniciones y afectos” y “resultado conductual” respectivamente.

5.3 Limitaciones en la investigación

Entre las limitaciones metodológicas más importantes presentes en esta investigación destaca que:

- En cuanto a los resultados obtenidos, no fue posible establecer una relación entre la variable principal y la variable sexo, debido a que esta última es una variable nominal y la variable principal en esta investigación tuvo un comportamiento no normal.
- Este estudio es de tipo descriptivo y relacional, lo que no permite hacer comparaciones entre grupos o hacer modelos predictivos de la violencia de pareja.

En cuanto a las limitaciones en la implementación de la investigación se presentaron las siguientes situaciones:

- El proceso de matrícula de las carreras incluidas en esta investigación, al pertenecer a distintas facultades, se realizó en forma diferenciada según la suspensión de actividades surgidas en cada lugar, resultando más tardío de lo establecido en algunos casos, lo que generó atraso en la aplicación del instrumento y recolección de datos.
- Otro aspecto a considerar fue la dificultad para ubicar a los estudiantes del último nivel de las carreras, debido a que se encontraban la mayor parte del horario académico en actividades prácticas, laboratorios o realizando proyectos de tesis.

5.4 Sugerencias

En vista de los resultados obtenidos y según la aplicación del Modelo de Promoción de Salud de Nola J. Pender, se sugiere incorporar distintos aspectos en cada ámbito de desempeño de enfermería:

Ámbito Asistencial:

- Talleres realizados a los estudiantes universitarios a cargo de enfermeros/as del Servicio Médico y Dental de Alumnos (SEMDA), en donde se les ayude a identificar las características de una relación saludable, una buena comunicación, identificar y solucionar problemas de autoestima, reconocimiento de signos tempranos de violencia de pareja, detectar situaciones de abuso, prestar apoyo emocional en caso de que algún estudiante le afecte el tema y derivar al centro de atención psicológica.
- Realizar capacitación a estudiantes voluntarios como monitores de prevención en violencia de pareja, para que sean agentes multiplicadores en cada una de sus escuelas y facultades.
- Realizar talleres para potenciar las redes de apoyo (amigos, compañeros de curso y familiares) respecto al tema de la violencia de pareja y apoyo emocional para prevenir y ayudar de forma oportuna a los estudiantes en quienes se sospeche estén siendo receptores de violencia.

Ámbito de Gestión:

- Dar a conocer los resultados obtenidos en la investigación a las autoridades del SEMDA, para que conozcan la magnitud del fenómeno entre los universitarios y así promover o sensibilizar a esta institución para realizar estrategias de diagnóstico precoz.
- Organizar un equipo interdisciplinario, incorporando un profesional de enfermería, que trabaje en cada facultad temas preventivos que incluyan la violencia de pareja.

- Que un profesional enfermero perteneciente al SEMDA de la universidad se capacite en la valoración de la violencia de pareja, con el fin de derivar a los estudiantes al CAPSI de forma temprana, si se requiere.

Ámbito de Educación para la salud:

- Hacer entrega de material educativo (trípticos), sobre características de las relaciones de pareja saludables y signos tempranos de violencia de pareja.
- Realizar cápsulas educativas con los mismos temas anteriores para enviar a los diferentes correos institucionales de los estudiantes.

Ámbito de Educación en la formación profesional:

- Incorporar a los planes curriculares, especialmente, en las carreras que puedan trabajar con jóvenes, para sensibilizar sobre la temática y en pesquisa precoz de signos y síntomas presentados por los afectados.

Ámbito de Investigación:

- Ampliar el rango de edad de estudio de los estudiantes de la investigación, de esta forma poder identificar si la variable principal tiene relación con la variable mencionada.
- Investigar la relación entre violencia de pareja y otras variables, como nivel socioeconómico y género.
- Se podrían realizar otros análisis de los resultados obtenidos, como comparación de grupos o modelos predictivos de la violencia de pareja.
- Replicar esta investigación en otras Facultades, para poder generalizar los resultados a los estudiantes de otras carreras o a la universidad.
- Realizar estudios cualitativos para profundizar respecto a receptores de violencia.

CAPÍTULO 6:
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud (OMS). Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer [Internet]. OMS; 2016 [Actualizado ene 2016; acceso ago 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
2. Ramírez R, Núñez L. Violencia en la relación de noviazgo en jóvenes universitarios: Un estudio exploratorio. Enseñanza e investigación en psicología. 2010; 2(15):273-83.
3. Cortés-Ayala L, Flores GM, Bringas. MC, Rodríguez-Franco, Lopez-Cepero BJ, Rodríguez DF. Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos. Análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. Ter Psicol. 2015; 1(33): 5-12.
4. Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM). Campaña "No + Violencia en el Pololeo". Santiago de Chile; 2015.
5. Póo AM, Vizcarra MB. Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. Ter Psicol. 2008; 1(26):81-8.
6. Rojas-Solís J. Violencia en el noviazgo y sociedad mexicana posmoderna. Algunos apuntes sobre la figura del agresor y las agresiones bidireccionales. Uaricha Revista de Psicología. 2013; 22(10):1-19.
7. Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV). 8va Encuesta Nacional de Juventud. Santiago de Chile; 2015.
8. Barrick K, Krebs CP, Lindquist CH. Intimate partner violence victimization among undergraduate women at Historically Black Colleges and Universities (HBCUs). Violence Against Women. 2013; 19(8):1014-33.
9. Rivera LR, Allen B, Rodríguez GO, Chávez RA, Lazcano E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). Salud Públ Méx; 2006; 48(2):288-96.
10. Rey-Anacona CA. Variables asociadas a los malos tratos en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. Act Colom Psicol. 2015; 18(1): 159-71.

11. Saldivia C, Vizcarra B. Consumo de drogas y violencia en el noviazgo en estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Ter Psicol.* 2012; 2(30):43-9.
12. Balladelli P. La prevención y promoción es menos costosa que la reparación de los daños a la salud. En: Congreso de Derecho de la Salud y Perspectivas de los sistemas sanitarios de América y Europa: 9 de Septiembre de 2013, Rosario, Argentina: Universidad Abierta Interamericana.
13. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacios S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia Promoc Salud.* 2010; 1 (15):128-43.
14. Vizcarra MB, Póo AM. Violencia de pareja en estudiantes universitarios del sur de Chile. *Universitas Psychologica.* 2011; 10(1):89-98.
15. Vizcarra MB, Poo AM, Donoso T. Programa educativo para la prevención de la violencia en el noviazgo. *Revista de Psicología.* 2013; 22(1): 48-61.
16. Mañas C, Martínez A, Esquembre M, Montesinos N, Gilar R. Exploración de la violencia en las relaciones de pareja de jóvenes universitarias/os. Centro de estudios sobre la Mujer (CEM) y Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica Universidad de Alicante. 2012.
17. Zapor H, Wolford-Clevenger C, Elmquist J, Febres J, Shorey RC, Brasfield H, et al. Psychological Aggression Committed Through Technology: A Study With Dating College Student. *Partner Abuse.* [Internet]. 2017. [Acceso 19 may 2017]: 8(2). Disponible en: <https://doi.org/10.1891/1946-6560.8.2.127>
18. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Rathi N, Franchek-Roa K. The Use of Physical Violence Against Intimate Partners by Female College Students in India. *Violence Gend.* 2017; 4(1):11-6.

19. Pengpid S, Peltzer K. Intimate partner violence victimization and associated factors among male and female university students in 22 countries in Africa, Asia and the Americas. *Afr J Reprod Health*. 2016; 20(1):30-9.
20. Vicario-Molina I, Orgaz B, Fuertes A, González E, Martínez JL. Dating Violence among Youth Couples: Dyadic Analysis of the Prevalence and Agreement. *Span J Psychol*. 2015; 36(18):1-36.
21. López-Cepero J, Lana A, Rodríguez-Franco L, Paíno S, Rodríguez-Díaz FJ. Percepción y etiquetado de la experiencia violenta en las relaciones de noviazgo juvenil. *Gac Sanit*. 2015; 29(1):21-6.
22. García V, Fernández A, Rodríguez FJ, López ML, Mosteiro M, Lana A. Violencia de género en estudiantes de enfermería durante sus relaciones de noviazgo. *Aten Prim*. 2013; 6(45):290-6.
23. González M, Rey L, Oliva L, Calderón M. Presencia de violencia en el noviazgo en estudiantes de una universidad portuguesa. *Psique*. 2012; 8:38-57.
24. Straus M. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. *Violence Against Women*. 2004;7(10):790-811.
25. Flores ML, Juarez C, Vidaña D. Percepción de la violencia en el noviazgo entre universitarios: ¿control o amor?. *Cultura Hombre y Sociedad [Internet]*. 2015. [acceso 19 mayo 2017]; 1(25): 47-61. Disponible en: http://cuhso.uct.cl/index.php/cuhso/article/viewFile/886/pdf_16
26. Arbach K, Nguyen-Vo T, Bobbio A. Violencia física en el noviazgo: análisis de los tipos diádicos en población argentina. *Rev Argent Cienc Comport*. [Internet]. 2015 Ago [acceso 30 may 2017]; 7(2):38-46. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-42062015000200007 &lng=es.
27. Rodríguez JA. Violencia en el noviazgo de estudiantes universitario venezolanos. *Archivos de Criminología, Criminalística y Seguridad Privada*. [Internet]. 2013. [acceso

30 may 2017]; 6(12). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4714103>

28. Rey-Anacona CA. Maltrato de tipo físico, psicológico, emocional sexual y económico en el noviazgo: un estudio exploratorio. *Acta Colombiana de psicología*. 2009; 12(2):27-36.
29. Vivanco R, Espinoza S, Romo C, Véliz A, Vargas A. Perpetración y victimización de la violencia en relaciones de parejas en jóvenes que cursan educación superior en la ciudad de Osorno, Chile. *Polis*. 2015; 40(14): 489-508
30. Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud de Chile (INJUV). 7ma Encuesta Nacional de Juventud. Santiago de Chile; 2012.
31. Aguirre AM, García M. Violencia prematrimonial: Un estudio exploratorio en universitarios. *Última Década*. 1997; 6: 229-48.
32. Carrascosa L, Cava MJ, Buelga S. Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. *Ter Psicol*. 2015; 2(34): 93-102.
33. Rey-Anacona CA. Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de literatura. *Av Psicol Lat*. 2008; 2(26):227-41.
34. Kinsfogel KM, Grych JH. Interparental Conflict and Adolescent Dating Relationships: Integrating Cognitive, Emotional, and Peer Influences. *J Fam Psychol*. 2004; 18(3): 505-15.
35. Lichter EL, McCloskey LA. The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence. *Psychol Women Q*. 2004; 28(4): 344-57.
36. Watt M, Guidera K, Hobkirk A, Skinner D, Meade C. Intimate partner violence among men and women who use methamphetamine: A mixed-methods study in South Africa. *Drug Alcohol Rev*. 2016; 36(1):97-106.
37. Tortajada S. Cocaína y conductas violentas desde una perspectiva de género. *Rev Esp Drogodependencias*. 2010.; 35(3):309-28.

38. Rodríguez-Franco L, López-Cepero J, Rodríguez F, Bringas C, Antuña MA, Estrada C. Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anu psicol clín salud*. 2010; 6:45-52.
39. Urdiales L, Uyaguari S. Factores de riesgo que influyen en la violencia intrafamiliar en la parroquia jadán del cantón gualaceo [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016.
40. Rey-Anacona CA. Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. *Ter Psicol*. 2013; 2(31): 143-54.
41. Hernández E, González R. Coerción sexual, compromiso y violencia en las relaciones de pareja de los universitarios. *Escritos de Psicología*. 2009; 2(3):40-7.
42. Velasco MJ. Violencia reactiva e instrumental: La impulsividad como aspecto diferenciador. *Revista de educación*. 2013; 361:665-85.
43. Velasco MJ. Violencia instrumental y sentimientos morales. *Rev Esp Orientac Psicopedag*. [Internet]. 2011 [acceso 20 jun 2017]; 3(22):273-88. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338230789004>.
44. García F, Wlodarczyk A, Reyes A, Carla San Cristóbal C, Solar C. Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu* [Internet]. 2014. [acceso 20 jun 2017]; 12(2):246-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sciarttext&pid=S2077-2162014000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es>
45. Organización Mundial de la Salud (OMS). La violencia puede afectar a cualquiera [Internet]. OMS; 2014. [Actualizado dic 2014; acceso jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/violence-prevention/es/>
46. Organización Mundial de la salud (OMS). ¿Qué es la Promoción de la salud?. OMS; 2016 [Actualizado ago 2016; acceso jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

47. Aritizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Rev Enf Univ. 2011; 4(8):16-23.
48. Fonseca J, Venícios de Oliveira, Barbosa L. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paul Enferm. 2005;3(18):235-40.
49. Trejo F. Aplicación del Modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. Rev Enf Neurol [Internet]. 2010. [acceso 23 Jun 2017]:1(9). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene101j.pdf>
50. Cadena JC, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. Investig Enferm Imagen Desarr. 2017;1(19):107-21.
51. Sakraida J. Modelo de Promoción de la Salud. Nola J Pender. En: Maerriner TA, Rayle-Alligood M. Modelos y teorías de enfermería, 6ta ed. España: Elsevier Mosby; 2007. p.452-71.
52. López-Angulo LM, Fundora-Quintero Y, Valladares-González A, Ramos-Rangel Y, Blanco-Fleites Y. Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales. Revista Finlay [Internet]. 2015. [acceso 7 abr 2016]; 5(3). Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/371>
53. Ministerio de Desarrollo Social, Instituto Nacional de la Juventud (INJUV). Violencia en el Pololeo: Jóvenes de 15 a 29 años. Santiago de Chile; 2013.
54. Morales N, Rodríguez Del Toro V. Experiencias de violencia en el noviazgo de mujeres en Puerto Rico. Rev Puertorriq Psicol. 2012; (23)57-90.
55. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en pareja. Castilla y León (España). 2010.
56. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ra ed. Madrid: Espasa; 2014.

57. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. Glosario de términos Básicos de la Teoría de Género. Santiago de Chile; 2003.
58. Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo psicosocial en la segunda infancia. En: Sugarman M, Conover B, Paulsen H, Ghiselli E. Psicología del desarrollo. 11ma ed. Ciudad de México (Mex) McGraw-Hill / Interamericana; 2010. p.322-61.
59. Rojas-Barahona, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev méd Chile. 2009; 137:791-800.
60. Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) [Internet]. BVS, 2017. [Actualización May 2017, Acceso 15 Jun 2017]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
61. Mosqueda A, Mendoza S, Jofré V, Barriga O. Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. Enferm Global [Internet]. 2015. [acceso 28 Mar 2017];39: 125-36. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/download/200551/178191>.
62. Arechavala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. Cienc enferm. 2002; 8(1): 49-55
63. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa: Alcohol [Internet]. OMS; 2015. [Actualización Ene 2015, acceso 25 Jun 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
64. Soto-Brandt G, Portilla R, Huepe D, Rivera A, Escobar MJ, Salas N, et al. Evidencia de validez en Chile del test de tamizaje del riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST). Adicciones. [Internet]. 2014. [acceso 23 may 2017];4(26). Disponible en: http://www.senda.gob.cl/media/estudios/otrosSENDA/2014_Evidencia_validez_Chile_ASSIST.pdf.

65. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). SENDA Gobierno de Chile [Internet]. SENDA. [acceso 10 Jun 2016]. Disponible en: http://www.senda.gob.cl/?page_id=1376.
66. Rodríguez-Franco L, Antuña MA, Rodríguez-Díaz FJ, Herrero FJ, Nieves VE. Violencia de género en relaciones de pareja durante la adolescencia: análisis diferencial del Cuestionario de Violencia entre Novios (CuViNo). En: Arce R, Fariña F, Alfaro E, Civera C, Tortosa F. Psicología jurídica. Violencia y víctimas. Valencia (Es): Diputación de Valencia; 2007. p. 137-47.
67. Zulic C, Zitko P, Castaño C, Lepe P, Borgeaud K, Salinas J. Violencia en relaciones de pareja en adolescentes. Propiedades del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO). Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc. 2014 (Dic); 3(25): 10-9.
68. Campos A. Usos del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr. 2006; 26 (4): 585-8.
69. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Science. 1965 (may); (148): 804.
70. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Asses. 1988; 52(1):30-41.
71. Organización Mundial de la Salud (OMS). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Washington DC, Estados Unidos de América; 2011.
72. Wixcom. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) [Internet]. [acceso 06 Abr 2017]. Disponible en: <http://gzimet.wix.com/mspss>
73. Department of Sociology University of Maryland (SOCY). Sociology Department University of Maryland [Internet]. SOCY; [acceso 06 Abr 2017]. Disponible en: <https://socy.umd.edu/about-us/rosenberg-self-esteem-scale>
74. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Banco de Instrumentos de Evaluación SENDA [Internet]. SENDA. [acceso 23

may 2017]. Disponible en: <http://sistemas.senda.gob.cl/sistema-monitoreo/biblioteca/bancoinstrumentos2.html>

75. Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. El informe Belmont. Barcelona (España); 2010.
76. Gonzalez-Ortega I, Echeburúa E, Corral P. Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. Behavioral Psychology. 2008; 16(2):207-25.
77. Guzmán F, Esparza S, Alcántara S, Escobedo I, Henggeler T. Consumo de alcohol en jóvenes y su relación con la violencia psicológica en el noviazgo. SMAD [Internet]. 2009 [acceso 18 dic 2017]; 2(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=8031306000>
78. Smith P, Homish G, Collins R, Giovino, G, White H, Leonard K. Couples' marijuana use is inversely related to their intimate partner violence over the first nine years of marriage. Psychol Addict Behav. 2014;28(3): 734-42.
79. Testa M, Brown W. Does Marijuana Use Contribute to Intimate Partner Aggression? A Brief Review and Directions for Future Research. Curr Opin Psychol [Internet]. 2015 [acceso 19 dic 2017]:5. Disponible en :<http://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.002>



ANEXOS

ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos

ANEXO 1. Instrumento de recolección de datos.

Últimos 3 dígitos de tu RUT más dígito verificador.

			-	
--	--	--	---	--

Número telefónico personal (que uses de forma exclusiva) _____.

Correo electrónico personal (que uses en forma exclusiva) _____.

A continuación se presentan una serie de preguntas para conocerte, por favor marca con una **X** la opción que te describe mejor o completa con la información requerida. Cuentas con 30 minutos para responder.

1.- ¿Cuál es tu sexo?	1. Mujer	2. Hombre
2.- ¿Cuál es tu fecha de nacimiento?	___ / ___ / ___ (Día /Mes/Año)	

3.- ¿Has recibido violencia por parte de tus padres o cuidadores, como gritos, insultos, amenazas, golpes, empujones o acoso sexual?	1. Si	2. No
---	-------	-------

4.- ¿Has observado violencia entre tus padres o cuidadores, como gritos, insultos, amenazas, golpes, empujones o acoso sexual?	1. Si	2. No
---	-------	-------

5.- “Cuestionario de Violencia entre Novios.
(Rodríguez-Franco, Antuña, Rodríguez-Díaz, Herrero y Nieves, 2007)”

Ahora encontrarás una serie de afirmaciones respecto a conductas y actitudes que pueden estar o no presentes en una relación de pareja, marca con una X la respuesta que más identifica tu situación:

	Nunca	A veces	Frecuente mente	Habitual mente	Casi Siempre
1. Pone a prueba tu amor, poniéndote pruebas para comprobar si le engañas, le quieres o si le eres fiel.	0	1	2	3	4
2. Te sientes obligada/o a mantener sexo con tal de no dar explicaciones de por qué.	0	1	2	3	4
3. Se burla acerca de las mujeres u hombres en general.	0	1	2	3	4
4. Te ha robado	0	1	2	3	4
5. Te ha golpeado	0	1	2	3	4
6. Es cumplidor/a con el estudio, pero llega tarde a las citas, no cumple lo prometido y se muestra irresponsable.	0	1	2	3	4
7. Te humilla en público	0	1	2	3	4
8. Te niega sexo o afecto como forma de enfadarse.	0	1	2	3	4
9. Te habla sobre relaciones que imagina que tienes.	0	1	2	3	4
10. Insiste en tocamientos que no te son agradables y que tú no quieres.	0	1	2	3	4
11. Piensa que los del otro sexo son inferiores y manifiesta que deben obedecer a los hombres (o mujeres), o no lo dice, pero actúa de acuerdo con este principio.	0	1	2	3	4
12. Te quita las llaves del coche o el dinero.	0	1	2	3	4
13. Te ha abofeteado, empujado o zarandeado.	0	1	2	3	4

14. No reconoce responsabilidad alguna sobre la relación de pareja, ni sobre lo que os sucede a ambos.	0	1	2	3	4
15. Te critica, subestima tu forma de ser o humilla tu amor propio.	0	1	2	3	4
16. Te niega apoyo, afecto o aprecio como forma de castigarte.	0	1	2	3	4
17. Amenaza con suicidarse o hacerse daño si lo/la dejas.	0	1	2	3	4
18. Te ha tratado como un objeto sexual.	0	1	2	3	4
19. Ha ridiculizado o insultado a las mujeres u hombres como grupo.	0	1	2	3	4
20. Ha lanzado objetos contundentes contra ti.	0	1	2	3	4
21. Te ha herido con algún objeto.	0	1	2	3	4
22. Impone reglas sobre la relación (días, horarios, tipos de salidas), de acuerdo con su conveniencia exclusiva.	0	1	2	3	4
23. Ridiculiza tu forma de expresarte.	0	1	2	3	4
24. Te amenaza con abandonarte.	0	1	2	3	4
25. Te ha retenido para que no te vayas.	0	1	2	3	4
26. Te sientes forzado/a a realizar determinados actos sexuales.	0	1	2	3	4
27. Ha bromeado o desprestigiado tu condición de mujer/hombre.	0	1	2	3	4
28. Te ha hecho endeudar.	0	1	2	3	4
29. Estropea objetos muy queridos por ti.	0	1	2	3	4
30. Ha ignorado tus sentimientos.	0	1	2	3	4

31. Te critica, te insulta o grita.	0	1	2	3	4
32. Deja de hablarte o desaparece por varios días, sin dar explicaciones, como manera de demostrar su enfado.	0	1	2	3	4
33. Te manipula con mentiras.	0	1	2	3	4
34. No ha tenido en cuenta tus sentimientos sobre el sexo.	0	1	2	3	4
35. Sientes que critica injustamente tu sexualidad.	0	1	2	3	4
36. Te insulta en presencia de amigos o familiares.	0	1	2	3	4
37. Ha rehusado ayudarte cuando de verdad lo necesitabas.	0	1	2	3	4
38. Invade tu espacio (escucha la radio muy fuerte cuando estás estudiando, te interrumpe cuando estás solo/a...) o privacidad (abre cartas dirigidas a ti, escucha tus conversaciones telefónicas...).	0	1	2	3	4
39. Te fuerza a desnudarte cuando tú no quieres.	0	1	2	3	4
40. Ha ridiculizado o insultado tus creencias, religión o clase social.	0	1	2	3	4
41. Te ridiculiza o insulta por las ideas que mantienes.	0	1	2	3	4
42. Sientes que no puedes discutir con él/ella, porque está casi siempre enfadado/a contigo.	0	1	2	3	4

**6.- “Escala de Autoestima de Rosenberg.
(Rosenberg, 1965)”**

A continuación encontrarás una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tienes sobre ti mismo, marca con una X la respuesta que más te identifica:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	3	2	1
2. Creo que tengo un buen número de cualidades.	4	3	2	1
3. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	4	3	2	1
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	4	3	2	1
5. Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mí.	4	3	2	1
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	4	3	2	1
7. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.	4	3	2	1
8. Desearía valorarme más a mí mismo/a.	4	3	2	1
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	4	3	2	1
10. A veces pienso que no soy bueno/a para nada.	4	3	2	1

**7.- “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet.
(Zimet G, Dahlem, Zimet S, Farley G, 1988)”**

Ahora encontrarás una serie de afirmaciones respecto al apoyo que sientes frente a diferentes situaciones, marca con una X la respuesta que más identifica tu situación:

	Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre
1. Cuando necesito algo, sé que alguien me puede ayudar.	1	2	3	4
2. Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar	1	2	3	4
3. Tengo la seguridad de que mi familia trata de ayudarme.	1	2	3	4
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero.	1	2	3	4
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito.	1	2	3	4
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	1	2	3	4
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas.	1	2	3	4
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia.	1	2	3	4
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.	1	2	3	4
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento.	1	2	3	4
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones.	1	2	3	4
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos.	1	2	3	4

**8.- “Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias ASSIST.
(OMS, 1997)”**

Ahora encontrarás una serie de preguntas respecto al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Marca con una X el ítem que describe mejor tu respuesta a cada pregunta.

La siguiente tabla corresponde a las equivalencias de las sustancias, es sólo para orientarte al respecto:

TARJETA DE RESPUESTA-SUSTANCIAS
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas Alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
c. Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hachís, etc.)
d. Cocaína (coca, pasta base, falopa, crack, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.)
f. Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, poper, aerosoles, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zoplicona, Dormonid/Midazolam, Chicota/Flunitrazepam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (codeína/farabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
j. Otros – especifique: (por ejemplo relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)

PREGUNTA 1	NO	SI
<u>Alguna vez en su vida, ¿Ha consumido alguna de las siguientes sustancias? (Sin receta o indicación médica).</u>		
k. Tabaco.	0	3
l. Bebidas Alcohólicas.	0	3
m. Marihuana.	0	3
n. Cocaína.	0	3
o. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	3
p. Inhalantes.	0	3
q. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	3
r. Alucinógenos.	0	3
s. Opiáceos.	0	3
t. Otros – especifique:	0	3

Si contestó “NO” a todos los ítems de la Pregunta 1, usted ha finalizado con todas las preguntas.

Si contestó “SI” a alguno de los ítems de la Pregunta 1, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que haya consumido alguna vez.

PREGUNTA 2 En los <u>últimos 3 meses</u> ¿Con qué frecuencia ha consumido?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco.	0	2	3	4	6
b. Bebidas Alcohólicas.	0	2	3	4	6
c. Marihuana.	0	2	3	4	6
d. Cocaína.	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	2	3	4	6
f. Inhalantes.	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos.	0	2	3	4	6
i. Opiáceos.	0	2	3	4	6
j. Otros – especifique:	0	2	3	4	6

Si ha respondido "NUNCA" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6, de lo contrario, continúe con las demás preguntas.

PREGUNTA 3 En los <u>últimos 3 meses</u> ¿Con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir?	Nunca	1 o 2 veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi a diario
a. Tabaco.	0	3	4	5	6
b. Bebidas Alcohólicas.	0	3	4	5	6
c. Marihuana.	0	3	4	5	6
d. Cocaína.	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	3	4	5	6
f. Inhalantes.	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos.	0	3	4	5	6
i. Opiáceos.	0	3	4	5	6
j. Otros – especifique:	0	3	4	5	6

PREGUNTA 4 En los <u>últimos 3 meses</u> ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos debido al consumo de: ?	Nunca	1 o 2 veces	Mensual mente	Semanal mente	Diaria mente o casi a diario
a. Tabaco.	0	4	5	6	7
b. Bebidas Alcohólicas.	0	4	5	6	7
c. Marihuana.	0	4	5	6	7
d. Cocaína.	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	4	5	6	7
f. Inhalantes.	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos.	0	4	5	6	7
i. Opiáceos.	0	4	5	6	7
j. Otros – especifique:	0	4	5	6	7

PREGUNTA 5 En los <u>últimos 3 meses</u> ¿Con qué frecuencia ha tenido problemas para cumplir con sus obligaciones habituales a causa del consumo de: ?	Nunca	1 o 2 veces	Mensual mente	Semanal mente	Diaria mente o casi a diario
a. Tabaco.					
b. Bebidas Alcohólicas.	0	5	6	7	8
c. Marihuana.	0	5	6	7	8
d. Cocaína.	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	5	6	7	8
f. Inhalantes.	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos.	0	5	6	7	8
i. Opiáceos.	0	5	6	7	8
j. Otros – especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1).

PREGUNTA 6 En los <u>últimos 3 meses</u> ¿Con qué frecuencia ha tenido fuertes deseos o ansias de consumir?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco.	0	6	3
b. Bebidas Alcohólicas.	0	6	3
c. Marihuana.	0	6	3
d. Cocaína.	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	6	3
f. Inhalantes.	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	6	3
h. Alucinógenos.	0	6	3
i. Opiáceos.	0	6	3
j. Otros – especifique:	0	6	3

PREGUNTA 7 <u>Alguna vez</u> , ¿Ha intentado controlar, reducir o dejar de consumir y no lo ha logrado?	Nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco.	0	6	3
b. Bebidas Alcohólicas.	0	6	3
c. Marihuana.	0	6	3
d. Cocaína.	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes.	0	6	3
f. Inhalantes.	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir.	0	6	3
h. Alucinógenos.	0	6	3
i. Opiáceos.	0	6	3
j. Otros – especifique:	0	6	3

PREGUNTA 8	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (Únicamente para usos NO médicos)	0	2	1

¡Muchas Gracias!

ANEXO 2. Autorización CUVINO.

27/3/2017

Correo de Universidad de Valparaíso - Autorización para uso de CUVINO



ALISON NICOLE PALACIOS <alison.palacios@alumnos.uv.cl>

Autorización para uso de CUVINO

Luis Rodríguez Franco <lurodri@us.es>
Para: ALISON NICOLE PALACIOS <alison.palacios@alumnos.uv.cl>

22 de marzo de 2017, 5:38

Hola

Puede utilizar el cuestionario utilizando las referencias bibliográficas sin problema y sin costo adicional

Le deseo suerte en su investigación

Un saludo

De: ALISON NICOLE PALACIOS [<mailto:alison.palacios@alumnos.uv.cl>]

Enviado el: martes, 21 de marzo de 2017 18:53

Para: Luis Rodríguez Franco <lurodri@us.es>

Asunto: Autorización para uso de CUVINO

[El texto citado está oculto]

ANEXO 3. Acta de Consentimiento informado

Formulario de Consentimiento Informado

Información para participantes de la investigación

El propósito del presente documento es invitarte a participar en el estudio “Percepción de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender”. Has sido seleccionado por ser alumno/a regular de una carrera del Área de Educación de la Universidad de Valparaíso en horario diurno, estar dentro del rango etario de 18 - 25 años, haber tenido alguna relación de pareja desde los 17 años y no estar casado/a.

La investigadora principal es la enfermera Dra. Angélica Mosqueda Díaz, junto a las alumnas tesisistas Romi Aravena Retamal, Laura Castro Pérez, Alison Palacios Herrera, Viviana Retamal Díaz, Aracelly Sáez Hernández, Maite Santibañez Segovia, Danitza Satriani Álvarez y Fabiana Valdivia Soto.

Para que puedas tomar una decisión informada, te explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría tu participación:

1. La investigación mencionada se realizará en las Carreras del Área de Educación de la Universidad de Valparaíso, durante el segundo semestre del año 2017.
2. El aumento de casos de violencia en parejas de jóvenes no convivientes es una realidad que ha quedado evidenciada en diversos estudios a nivel mundial, sin embargo, en nuestro país, aún más en la región de Valparaíso, las investigaciones en esta problemática son escasas.
La relevancia de este estudio radica en que sus resultados permitirán cuantificar el problema de violencia de pareja en jóvenes universitarios y determinar si existe relación entre diversos factores frecuentemente señalados en la literatura científica (demográficos, psicosociales y de salud), para generar un diagnóstico acerca de esta problemática, la información obtenida podrá ser utilizada en una segunda etapa para focalizar intervenciones de promoción y prevención en salud, además de derivar a quienes hayan sido afectados por esta situación y requieren apoyo profesional especializado.
3. Tu participación en esta investigación es voluntaria, lo que significa que puedes desistir en cualquier momento del procedimiento, sin que esto genere perjuicios académicos o de otra índole para ti. Consiste en responder un instrumento que posee cinco partes: la primera corresponde a características demográficas, personales y familiares, las siguientes son el “Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO)”, “Escala de autoestima de Rosenberg”, “Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido” y “Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”, esto nos permitirá determinar los casos de violencia en el pololeo y algunos factores que pueden influir en ella. El procedimiento se llevará a cabo en donde regularmente realizas tus actividades académicas y tendrá una duración máxima de 15 minutos.
4. **Riesgos:** La participación en este estudio no presenta riesgos para ti. Sin embargo, en algunos estudiantes podría generar algún grado de malestar emocional al revivir experiencias de violencia, estos casos serán inicialmente contenido por la tesisista de enfermería responsable de aplicar los instrumentos y, de ser necesario, serán derivados al Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad de Valparaíso. Este apoyo psicológico también estará disponible para aquellos/as estudiantes que presenten resultados sugerentes de violencia de pareja en sus encuestas, a ellos/as se les informará individualmente (en una carta sellada) de sus resultados, la que incluirá la derivación al CAPSI. El Centro está ubicado en Av. Brasil N° 2140, Valparaíso (en horario de oficina), donde recibirán atención por profesionales especializados, de forma gratuita.
5. **Beneficios:** De manera directa los estudiantes se beneficiarán con atención psicológica gratuita en los casos que reporten malestar emocional ocasionado por situaciones de violencia en el pololeo y cuando los resultados obtenidos en las encuestas sean sugerentes de violencia de pareja. De una forma más global, el estudio permitirá cuantificar la

violencia en el pololeo en estudiantes universitarios del área de educación e identificar los factores que influyen en ella.

6. Tú participación en el estudio no tiene costo económico y tampoco recibirás compensación económica a cambio de ella. Del mismo modo, las investigadoras tampoco recibirán algún pago por realizar la investigación.
7. Derechos del participante
 - a. A manifestar dudas, preguntas: Si tienes dudas, en cualquier momento de la investigación tienes derecho a manifestarlas y en caso de necesitar otro tipo de aclaración podrás contactarte con el investigador principal: Angélica Mosqueda Díaz, a través de su correo electrónico angelica.mosqueda@uv.cl o al número 965420902.
 - b. A la participación voluntaria y a la revocación del consentimiento: Si consideras necesario, puedes retirarte del estudio en cualquier momento, comunicándoselo al investigador principal. Esto no tendrá consecuencias de ningún tipo, ya sea en trato recibido, relacionado a lo académico, atención en servicios de salud u otros.
 - c. En caso que tus datos sugieran que eres receptor de violencia por parte de tu pareja, podrás ser atendido en CAPSI de acuerdo a lo mencionado en el punto 4. Se solicitará que incluyas en la encuesta tu número telefónico y correo electrónico (ambos de tu uso exclusivo), esta información sólo será utilizada en caso de requerir contacto y coordinación para que asistas al CAPSI.
 - d. Los resultados de tu encuesta serán entregados personalmente por las tesisistas, en un sobre sellado y en tu sede de estudio. Para la entrega de resultados te solicitaremos presentar tu cédula de identidad para verificar que el rut corresponda al señalado en la encuesta y así hacer entrega individual de tus resultados.
8. Confidencialidad
 - a. Reserva de la identidad del participante: Con el fin de reservar tu identidad, los instrumentos serán codificados con los últimos tres números de tu Rut más el dígito verificador. Nunca se mencionarán los nombres de los participantes del estudio en ninguna exposición de los resultados de esta investigación.
 - b. De los datos personales y sensibles: El registro de los datos será reservado y solo tendrán acceso a ellos los investigadores. En cuanto a la información recolectada físicamente (papeles) se va a guardar por 3 años en la oficina del investigador ubicada en la escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Transcurrido ese tiempo se destruirán.
 - c. Por parte de las tesisistas: Las tesisistas firmaron una carta de compromiso de confidencialidad que se encuentra en poder de la investigadora principal, en la que se comprometen a resguardar y mantener la confidencialidad, así como a no difundir, distribuir los datos personales y resultados contenidos en los sistemas de información desarrollados en el proyecto de investigación, aceptando cumplir con las sanciones civiles, penales y/o administrativas que procedan de conformidad con los dispuesto en normativas, reglamentos y leyes vigentes.
9. Los resultados de la investigación podrán ser divulgados, según lo estimen los investigadores en publicaciones científicas o académicas, o ser utilizados en otras investigaciones que no se alejen de los objetivos de la presente investigación, siempre resguardando la identidad de quienes participaron en ella.
10. Evaluación Ética Científica
Esta investigación ha sido evaluada y aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina (FAMED), de la Universidad de Valparaíso. Si lo requiriese, en caso de tener alguna duda acerca de este estudio o respecto de tus derechos como participante en esta investigación, puedes contactar a su presidente en el teléfono +(56) (32) 260 31 84 o E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl.

Acta de Consentimiento Informado para participantes

Yo,.....RUT.....

Declaro que el investigador principal, Dra. Angélica Mosqueda Díaz, académica de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, casa central, ubicada en Angamos 655, Edificio R2 piso 10, junto a las alumnas tesis Romi Aravena Retamal, Laura Castro Pérez, Alison Palacios Herrera, Viviana Retamal Díaz, Aracelly Sáez Hernández, Maite Santibáñez Segovia, Danitza Satriani Álvarez y Fabiana Valdivia Soto, me han informado en forma completa en qué consiste la investigación "Percepción de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender", que llevarán a cabo en las carreras del Área de Educación de la Universidad de Valparaíso. He leído completamente la información proporcionada en este documento acerca de mi participación. Me han informado y explicado cuáles son los procedimientos del estudio a los que seré sometido/a, y en qué consistirá mi participación. Asimismo, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar todas mis dudas con el investigador(a). Entiendo que poseo el derecho de revocar mi consentimiento sin que esta decisión pueda ocasionar algún perjuicio.

De acuerdo a lo declarado por mí en este documento, firmo aceptando voluntariamente mi participación en esta investigación. Recibo una copia completa de este documento.

Nombre y Firma Participante

Fecha:

Prof. Angélica Mosqueda Díaz

Investigadora Principal
Académica Escuela de Enfermería

Fecha:

Nombre y Firma Director Escuela

Fecha:

Valparaíso,.....de de 2017

ANEXO 4. Cartas de autorización de las unidades académicas participantes:

Educación Parvularia



Viña del Mar, 22 de marzo de 2017.

Señora
Liliana Pasten Ibáñez
Directora
Escuela de Enfermería
Presente

La saludo con toda atención y le informo que en mi calidad de Directora de la Escuela de Educación Parvularia, estoy en conocimiento del Proyecto de Investigación titulado *“Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según el Modelo Promoción de la Salud”*, cuyas responsables son las Estudiantes de 4° año y es Coordinado por la Prof. Angélica Mosqueda Díaz de la Escuela de Enfermería.

En mi calidad de Directora autorizo a la realización del trabajo de investigación en esta Escuela.

Se despide afectuosamente




María Irma Bustos Venegas
Directora
Escuela de Educación Parvularia

Pedagogía en Historia y Ciencias Sociales



Valparaíso, 21 de marzo de 2017

Srs.
Comité de Bioética
Facultad de Medicina

Por medio de la presente expreso a ustedes nuestro apoyo e interés en la realización del proyecto "Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según modelo de promoción de salud", a ejecutarse por estudiantes de la Escuela de Enfermería bajo la supervisión de la Prof. Angélica Mosqueda.

El proyecto será presentado al Comité de Ética de la Facultad de Humanidades y en cuanto sea aprobado por éste podrán dar curso al mismo.

Atentamente,



Leopoldo Benavides Navarro
Director
Instituto de Historia y Ciencias Sociales

Pedagogía en Música y Pedagogía en Filosofía



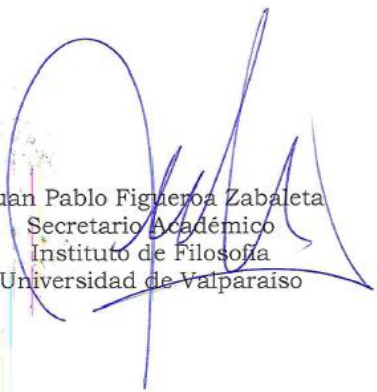
Valparaíso, 11 de abril de 2017.

Profesora
Angélica Mosqueda D.
Escuela de Enfermería
Presente

Estimada profesora Mosqueda:

Será para el suscrito un placer colaborar con usted y con las estudiantes bajo su dirección en el marco del proyecto "Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud". La misma colaboración ha sido ya comprometida por los directores de las carreras de Pedagogía en Filosofía y de Pedagogía en Música, ambas dependientes de este Instituto.

Saludos cordiales,



Juan Pablo Figueroa Zabaleta
Secretario Académico
Instituto de Filosofía
Universidad de Valparaíso

Licenciatura en Matemáticas



Valparaíso, 12 de abril de 2017

Srs.

Comité de Bioética
Facultad de Medicina

Por medio de la presente expreso a ustedes nuestro apoyo e interés en la realización del proyecto "Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según modelo de promoción de la salud", a ejecutarse por estudiantes de cuarto nivel de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso bajo la supervisión de la Profesora Angélica Mosqueda.

En mi calidad de directora de la carrera Licenciatura en Matemáticas, autorizo la realización del proyecto de investigación en esta escuela.

Atentamente,



Jeannette Galleguillos

Licenciatura en Física



Valparaíso, 12 de abril de 2017

Srs.
Comité de Bioética
Facultad de Medicina

Por medio de la presente expreso a ustedes nuestro apoyo e interés en la realización del proyecto "Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según modelo de promoción de la salud", a ejecutarse por estudiantes de cuarto nivel de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso bajo la supervisión de la Profesora Angélica Mosqueda.

En mi calidad de director de la carrera Licenciatura en física Mención Astronomía, Ciencias atmosféricas o Computación científica, autorizo la realización del proyecto de investigación en esta escuela.

Atentamente,



Iván González González

Licenciatura en Ciencias



Valparaíso, 12 de abril de 2017

Srs.

Comité de Bioética
Facultad de Medicina

Por medio de la presente expreso a ustedes nuestro apoyo e interés en la realización del proyecto "Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según modelo de promoción de la salud", a ejecutarse por estudiantes de cuarto nivel de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso bajo la supervisión de la Profesora Angélica Mosqueda.


En mi calidad de director de la carrera Licenciatura en Ciencias con mención en Química o Biología, autorizo la realización del proyecto de investigación en esta escuela.

Atentamente,



Daniel Ramírez Ruiz

ANEXO 5. Acta de Evaluación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina



Universidad
de Valparaíso
CHILE

FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Bioética
para la Investigación

ACTA DE EVALUACIÓN BIOÉTICA No. 33/2017


I. El Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, constituido por Jimena Le Roy, tecnólogo médico, Presidenta; Eva Sotelo, profesora de Castellano, Vice-presidenta; Ivanny Marchant, médico- cirujano; Alberto Moreno, profesor de educación física; Magdalena Silva, enfermera – matrona; Angelo Bartsch, kinesiólogo; Maritza Cofré, matrona y Jessica Salgado, psicopedagoga, en su sesión del día 10 de agosto de 2017, declara haber evaluado el protocolo experimental del proyecto “Percepción de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios, según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender”, presentado por la investigadora Mosqueda Díaz, Angélica, con vinculación a la Facultad.

II. Para su evaluación el Comité de Bioética revisó los siguientes antecedentes:

1. Protocolo n° 010/2017, versión en español
2. Hoja Informativa y Acta de Consentimiento Informado, versión en español, cuyos destinatarios son participantes de investigación.
3. *Curriculum Vitae* del investigador responsable.
4. Instrumento: Un instrumento constituido por Cuestionario de características demográficas y de violencia familiar, Escala de autoestima de Rosenberg, Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSSPS) y Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST).

III. En la valoración bioética del proyecto, el Comité consideró que dicha propuesta cumple con los principios éticos necesarios para su realización, entre otros, los de beneficencia y atención a potenciales riesgos; se concluyó que su pertinencia fundamental radica en:

1. El diseño se ajusta a las Normas de Investigación en Seres Humanos.
2. El estudio propuesto podrá aportar al establecimiento de medidas de promoción de competencias para la sana relación de pareja y prevención de la violencia, dado que el estudio dará cuenta de aquellas variables que podrían mostrar relación con el fenómeno.

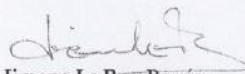


COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN - FACULTAD DE MEDICINA
Angamos #655 Reñaca, Viña del Mar | Teléfono: 32 260 30 02 | E-mail: etica.facultadmedicina@uv.cl

3. El Consentimiento Informado da cuenta de la finalidad de la investigación en forma clara; explícita y respeta la voluntariedad del posible participante, además de ofrecerle la oportunidad de retirarse en cualquier momento sin que ello le revista algún perjuicio; asegura la confidencialidad de los datos y de la identidad del sujeto; se precisa que no existen riesgos, ni costos involucrados como tampoco remuneración por participar; especifica en qué consistirá la colaboración del sujeto, señalando tiempo que involucrará la aplicación de la entrevista. Así también, el investigador da a conocer su teléfono e E-mail de contacto para ubicarlo en caso de cualquier consulta o duda.
4. Los antecedentes curriculares de la Investigadora Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticos y técnicos aceptables.
5. Los miembros del Comité declararon no tener conflicto de interés.

IV. Por lo anterior, el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina aprueba el presente protocolo de investigación, que se llevará a cabo en la Universidad de Valparaíso durante el presente año por el grupo investigador liderado por Mosqueda Díaz, Angélica de la carrera Enfermería. Las eventuales modificaciones que pudiera sufrir el protocolo al que serán sometidos los participantes deberán ser evaluadas por este Comité y aprobadas previo a su aplicación. La investigadora responsable deberá transmitir informe de estado de avance del estudio al término de cada año de ejecución o el informe final, según proceda.

Firma en representación del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina,



Jimena Le Roy Barria
Presidenta

Viña del Mar, 12 de septiembre de 2011



C/C.

- Secretaría CBI-FAMED
- Comisión de Investigación Facultad de Medicina



ANEXO 6. Carta tipo resultados

Carta resultado relación de pareja saludable



Código: xxx-x

Estudio: "Percepción de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender"

Estimado/a Estudiante:

Cumpliendo con lo acordado, respecto a tu derecho de acceder a los resultados del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO), te informamos que el puntaje que obtuviste fue de...puntos.

Esto significa que te percibes en una relación de pareja saludable.

Si necesitas otra orientación u apoyo, estoy a tu disposición al mail angelica.mosqueda@uv.cl o al fono 32-2603820

Angélica Mosqueda Díaz
Investigadora Principal

Carta resultado sugerente de violencia

Código: xxx-x

Estudio: "Percepción de ser receptor de violencia de pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender"

Estimado/a Estudiante:

Cumpliendo con lo acordado, respecto a tu derecho de acceder a los resultados del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO), te informamos que el puntaje que obtuviste fue de.....puntos.

Estos resultados son sugerentes de violencia en la relación de pareja. Por ello, tienes la posibilidad de consultar en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de nuestra Universidad, ubicado en Avda. Brasil 2140, Valparaíso. Es importante que menciones tu participación en este estudio y que lleves el detalle de tus resultados anexados a esta hoja.

Si necesitas otra orientación u apoyo, estoy a tu disposición al mail angelica.mosqueda@uv.cl o al fono 32-2603820

Angélica Mosqueda Díaz
Investigadora Principal

ANEXO 7. Carta compromiso de confidencialidad investigadoras

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____, RUT _____, en este acto manifiesto en forma irrevocable mi voluntad y compromiso de resguardar y mantener la confidencialidad y así como a no difundir, distribuir los datos personales y resultados contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el proyecto de investigación “Percepción de ser receptor de violencia en pareja en estudiantes universitarios según el Modelo de Promoción de la Salud Nola Pender”, a cargo de la investigadora principal la enfermera Dra. Angélica Mosqueda Díaz, junto a las alumnas tesistas Romi Aravena Retamal, Laura Castro Pérez, Alison Palacios Herrera, Viviana Retamal Díaz, Aracelly Sáez Hernández, Maite Santibáñez Segovia, Danitza Satriani Álvarez y Fabiana Valdivia Soto pertenecientes a la carrera de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Declaro en este instrumento que me encuentro en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se estará acorde a las sanciones civiles, penales y/o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en normativas, reglamentos y leyes vigentes.

Firma alumna tesista participante de la investigación

Valparaíso, a de de 201.