



**UNIVERSIDAD DE OTAVALO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**VIOLENCIA DE GÉNERO EN ENFERMEDADES  
CATASTRÓFICAS**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA  
MENCIÓN EN JURÍDICA Y FORENSE**

**DIANA LORENA PROAÑO ALCÍVAR**

**TUTORA: PhD. Elena Burgaleta Pérez**

**OTAVALO, OCTUBRE 2020**

---

## CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el trabajo de investigación titulado “**Violencia de género en enfermedades catastróficas**”, desarrollado por la estudiante Diana Lorena Proaño Alcívar bajo mi dirección y supervisión, para aspirar al título de Magíster en Psicología Mención en Jurídica y Forense, cumple con las condiciones requeridas por el programa de maestría.

En Otavalo, a los 22 días del mes de octubre de 2020.

Tutora del Trabajo de Titulación



PhD. Elena Burgaleta Pérez  
C.C.:1756403208

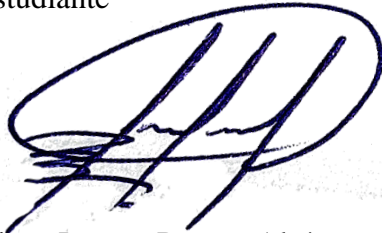
## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Diana Lorena Proaño Alcívar, declaro que el trabajo denominado **“Violencia de género en enfermedades catastróficas”** es de mi total autoría y no ha sido previamente presentado para grado alguno o calificación profesional.

La Universidad de Otavalo puede hacer uso de los derechos correspondientes, según lo establecido por el Código Orgánico de la economía social de los conocimientos, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.

En Otavalo, a los 22 días del mes de octubre de 2020.

Estudiante



Diana Lorena Proaño Alcívar

C.C.:1719656736

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este Trabajo de Titulación a las personas que conviven con una enfermedad catastrófica y que han experimentado algún acto de violencia, en el trayecto de esta experiencia. A los profesionales dedicados a atender e investigar esta problemática social.

*Diana Lorena Proaño Alcívar*

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer a Dios en primer lugar por permitirme cumplir una meta profesional, a mi familia y amigos por ser mi apoyo incondicional en este reto académico, a los pacientes que a lo largo de mi carrera profesional me ha inspirado con sus historias, a mis docentes que día a día fueron aportando en mi crecimiento profesional y personal.

*Diana Lorena Proaño Alcívar*

## **Violencia de género en enfermedades catastróficas**

### **1. Introducción**

En las últimas décadas han proliferado estudios sobre violencia de género en la academia desde distintas disciplinas, tales como la medicina, la psicología, la economía, la sociología y el derecho. Dado que en el fenómeno de la violencia de género intervienen variables como la clase social, etnia, edad, entre otras, la ejecución de políticas públicas, elaboración de protocolos y el desarrollo de acciones para enfrentarlo se encuentran ante una realidad compleja. Este trabajo aborda un análisis acerca de la violencia de género ejercida sobre mujeres que sobrellevan enfermedades catastróficas, con énfasis en sus características, contextos y realidades particulares. De manera específica, se explica cómo las personas víctimas de violencia de género y que padecen este tipo de enfermedades se enfrentan a una situación de doble vulnerabilidad, donde las cirugías invasivas y los tratamientos permanentes condicionan su salud física y psicológica, dando lugar a un tipo de violencia más sutil, que habitualmente es ejercida por su círculo más cercano: pareja, familiares, cuidadores y personal sanitario.

### **2. Vulnerabilidad**

La vulnerabilidad o fragilidad ha sido estudiada desde varias corrientes filosóficas, por lo cual existen diferentes conceptualizaciones a la hora de definirla. En algunos casos, se entiende a la vulnerabilidad como la exposición a situaciones de riesgo de tipo biológico, psicológico y social. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL] (2002), por ejemplo, la define como la suma de la exposición a riesgos, incapacidad para afrontarlos e inhabilidad para adaptarse de manera activa.

Uno de los principales factores de riesgo de vulnerabilidad es de tipo biológico. Se trata de amenazas asociadas al estado físico, que se manifiestan mediante algunos signos: la pérdida de salud, la disminución de la funcionalidad física, enfermedades catastróficas o raras, malformaciones congénitas y discapacidades físicas (Ruiz, 2012).

Otro tipo de vulnerabilidad es el psicológico. Esta puede experimentarse de manera subjetiva mediante diversos síntomas, sin embargo, al no presentar lesiones físicas, pocas veces se la reconoce e identifica. Dentro de este tipo de vulnerabilidad, se puede encontrar los casos de mujeres que padecen cáncer uterino o de mama, en que frecuentemente las cirugías invasivas y amputaciones suponen la pérdida o disminución de atributos asociados social y culturalmente con la feminidad. Como consecuencia de lo mencionado, en ocasiones se desencadena un abandono de la pareja.

Por último, la vulnerabilidad de tipo social se encuentra ligada a los procesos sociales que producen una exposición desigual frente a situaciones de estrés, en desmedro de ciertos sectores de la población, entre los cuales se hallan los adultos mayores, niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, víctimas de violencia de género e inmigrantes.

Si una persona se encuentra expuesta a dos o más factores de riesgo, aquello se define como multivulnerabilidad.

### **3. Violencia de género y vulnerabilidad**

El concepto de violencia de género se fundamenta en la desigualdad de roles sociales entre mujeres y hombres, donde el hombre ejerce un rol de proveedor frente al rol femenino basado en la crianza de los niños y el cuidado del hogar y la familia. Esta asimetría de poder somete a las mujeres a dinámicas relacionales que no les permiten desarrollar una autonomía profesional y personal (González y Mora, 2014).

Sobre los orígenes de la violencia de género y los elementos que la refuerzan, se pueden distinguir varios abordajes y consideraciones, entre los cuales resaltan la identificación de la violencia de género asociada a las desigualdades de poder en las relaciones; el sexismo benévolo en las mujeres; aspectos educacionales y sociales; creencias, mitos y estereotipos sobre la violencia; actitudes sexistas; análisis de los factores que contribuyen a perpetuar la violencia de género como los prejuicios de la sociedad sobre las mujeres maltratadas; factores de riesgo asociados a la violencia de género de índole social; roles de género rígidos y normas que naturalizan el control de los hombres sobre las mujeres; factores comunitarios como el aislamiento social o familiar y la pobreza; y factores relacionales como el control del dinero y la toma de decisiones por el hombre dentro de la familia (González y Mora, 2014).

A nivel social, la naturalización de las funciones y los roles de género jerarquizados y estereotipados en la sociedad da lugar a la normalización de la violencia (González y Mora, 2014).

Sentado esto, el concepto de violencia de género se presenta como un término complejo y diverso. Si se considera que todo acto violento supone una acción consciente que deriva en algún tipo de daño psicológico y/o físico, la violencia de género se definiría como la materialización de actos violentos de un sector dominante de la sociedad hacia uno sometido.

#### **4. Violencia de género y enfermedades catastróficas**

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) indica que la incidencia de las enfermedades catastróficas es menor de 1 por cada 2.000 habitantes de una comunidad. Además, en el Decreto Ejecutivo Nro. 1138 describe a las Enfermedades raras o huérfanas como aquellas patologías de baja prevalencia en la población de acuerdo con el grupo étnico y de la distribución geográfica. Todas las enfermedades catastróficas son



enfermedades raras, pero no todas las enfermedades raras llegan a ser catastróficas (OMS, 2012).

Un dato para considerar es que las enfermedades catastróficas afectan en mayor porcentaje a los hombres, quienes tienen una esperanza de vida menor, y mayor carga de años ajustados por discapacidad en relación con las mujeres. Estas diferencias están relacionadas con actividades y hábitos como el consumo de bebidas alcohólicas, cuyo resultado es una tasa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) tres veces mayor que en las mujeres. No obstante, también existen normas sociales que influyen en la incidencia de ciertas enfermedades en niñas y mujeres, dentro de las cuales se encuentran el cáncer cérvico uterino, cáncer de mama y las enfermedades de transmisión sexual (World Health Organization [WHO], 2016).

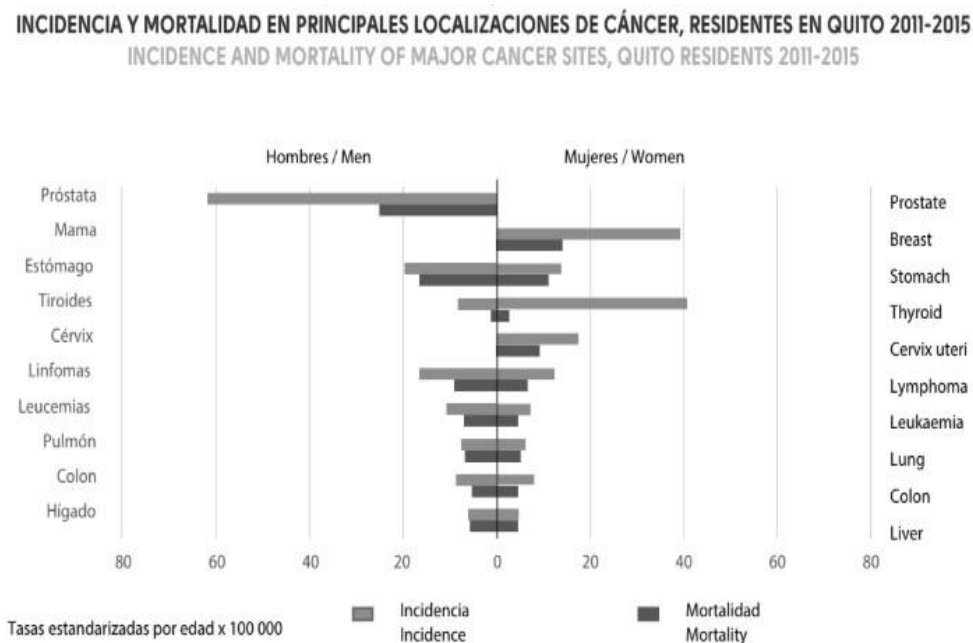
#### **4.1 Las enfermedades catastróficas desde una perspectiva de género**

Hasta la década de los 80, se pensaba que las enfermedades cardíacas estaban asociadas a la “genética masculina”, ya que, quienes más las padecían eran los hombres. En la actualidad existen estudios que demuestran que concurren otros factores psicosociales, los cuales influyen en el desarrollo de este tipo de patologías. Por ello, ya no se habla de la cardiopatía y su génesis como una enfermedad de hombres sino de una patología padecida por ambos sexos (López-González et al., 2015).

En Ecuador, y en Quito en particular, una de las enfermedades catastróficas con mayor incidencia es el cáncer. Como muestra el Gráfico 1, tomado del registro nacional de tumores del Hospital de SOLCA, el tipo de neoplasia más frecuente en los hombres son las de próstata y estómago, mientras que en el caso de las mujeres son las de tiroides y mama.

## Figura 1

### Incidencia y mortalidad en principales localizaciones de cáncer, residentes en Quito 2011- 2015



Nota. Tomado de *Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015* (p.25), por P. Cueva, J. Yépez y W. Tarupi, 2019, Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA Núcleo Quito.

Por otra parte, en un estudio sobre los controles ginecológicos (Papanicolaou y mamografía) en el que se utilizaron dos herramientas breves de detección de violencia por parte de las parejas de las mujeres encuestadas, se evidenció que el 16,5% de ellas habían sufrido algún tipo de violencia. Una de las conclusiones a las que llegaron los autores fue que al realizar el examen médico se debe considerar si la mujer es víctima de algún tipo de violencia para mejorar la detección temprana del cáncer de cérvix y de mama (Gandhi et al., 2010).

Otro estudio sobre la enfermedad renal crónica y su génesis señala que existe mayor prevalencia en mujeres, pero en cuanto a progresión esta es más rápida en hombres. En lo que respecta al tratamiento indicado para esta patología, se asevera que los hombres tienden a comenzar el tratamiento de manera temprana mientras que las mujeres demoran

en acceder a este tratamiento, y, por tanto, la tasa de mortalidad es más alta en mujeres (Arenas et al., 2018).

De acuerdo a la información presentada en los anteriores párrafos, se evidencia que existen algunas diferencias en cuanto a la incidencia de las enfermedades catastróficas en hombres y mujeres, asociadas a componentes genéticos y/o factores psicosociales.

#### **4.2 Factores de riesgo y limitaciones de las enfermedades catastróficas**

Un factor de riesgo es la sensación de pérdida que experimenta una persona ante una enfermedad catastrófica, que se relaciona con una percepción de peligro inminente y la consciencia de la posibilidad de morir en cualquier momento. En ese estado de vulnerabilidad, el tipo de personalidad podría tener incidencia sobre las condiciones mencionadas anteriormente. La necesidad permanente de acompañamiento, muestras de afectividad, sentido de pertenencia y atención podrían desencadenar respuestas de cansancio en las parejas o cuidadores, con la potencial aparición del “síndrome del cuidador cansado”, también conocido como el “síndrome del cuidador quemado”. Este síndrome está vinculado con un estado de agotamiento emocional y físico que experimentan quienes se encuentran al cuidado de una persona dependiente (Martínez, 2020).

Otro factor importante es la relación médico-paciente, considerada un acto fundamental del profesional de salud. Esta relación está atravesada por la comunicación, donde el médico llena una historia clínica, mediante la realización de una entrevista investigativa, que se cimienta en el método científico. La entrevista es un diálogo basado en la confianza mutua entre el profesional y su paciente, donde el lenguaje verbal y no verbal es importante. A través de la interpretación del lenguaje del paciente se puede comprender su situación y se evidencia asimismo la disposición del profesional. En ocasiones, la limitada comunicación entre los médicos, pacientes y sus familiares crea

barreras que impiden brindar herramientas adecuadas a los pacientes y familiares para el manejo de la situación que atraviesan (Góngora, 2004).

Existen diferentes modelos de comunicación entre el equipo sanitario, el paciente y sus familias, entre los cuales se encuentran: el modelo paternalista, cuyo objetivo son las intervenciones necesarias para garantizar la salud y el bienestar del paciente, donde el médico decide el tratamiento y proceso a seguir; el modelo informativo, conocido también como modelo técnico o científico, basado en la información que el médico provee al paciente y su familia sobre el estado de salud y sus posibles tratamientos, para que puedan elegir la intervención a ser ejecutada; el modelo interpretativo, en el que se toman en cuenta los valores del paciente y sus necesidades al momento, de tal manera que se le ayude a elegir intervenciones que satisfagan sus valores; y, finalmente, el modelo deliberativo, donde el galeno actúa como un amigo, existe un compromiso entre el paciente y su médico sobre el tipo de actuación y la conveniencia de esta (Emanuel y Emanuel, 1999).

## **5. El rol de la psicología frente a la violencia de género y las enfermedades catastróficas**

La violencia psicológica se manifiesta mediante un conjunto de actitudes y comportamientos en los cuales se produce una agresión más o menos sutil y difícil de detectar, valorar y demostrar, cuyo objetivo es minar la autoestima de la víctima, produciendo desvalorización y sufrimiento. Está relacionada con la violencia física y puede ser inherente o premonitora de la misma, pero también se produce de manera independiente. La violencia psicológica que sufren las mujeres que padecen enfermedades catastróficas les afecta psíquica y emocionalmente, de diferentes maneras, entre ellas: abuso verbal, aislamiento, intimidación, amenazas, desprecio, abuso

emocional, minimización y culpabilización. En este tipo de violencia, el agresor ejerce presión emocional, y algunos autores la denominan la violencia invisible (Asensi, 2016).

En cuanto se refiere a la violencia en pareja, se pueden establecer dos variantes principales: coactiva y situacional. Por una parte, la violencia coactiva sigue un patrón estable dentro de la pareja, cuya gravedad puede aumentar tras la ruptura de la relación. En esta forma de violencia puede haber resistencia y respuestas por parte del otro miembro de la pareja, por lo que existe la posibilidad de que se torne violencia bidireccional. Por otra parte, la violencia situacional consiste en un patrón episódico o reactivo asociado a situaciones críticas dentro de la pareja. Normalmente esta forma de violencia disminuye tras la ruptura o separación de la pareja. Cabe mencionar que existe mayor incidencia de violencia física en los casos de violencia situacional, y esta viene acompañada de violencia psicológica, alcanzando un 89% de los casos (Muñoz y Echeburúa, 2016).

En las parejas que conviven con una enfermedad catastrófica destaca la violencia psicológica, con un alto impacto emocional en las víctimas o pacientes, que influye en su proceso de recuperación, y, en ocasiones, se vuelve un obstáculo más por superar. Es importante señalar que, en los casos en los que se presenta violencia de género y enfermedades catastróficas, las víctimas se encuentran en una situación de multivulnerabilidad, puesto que coexisten diferentes tipos de vulnerabilidad.

### **5.1 Factores de riesgo, características de personalidad**

En las últimas décadas, el interés por los estilos de conducta ha tenido una gran repercusión en el ámbito de la salud y ha contribuido a la aparición de un número creciente de investigaciones en torno a ciertas características de personalidad que podrían mediar el desarrollo y progresión de algunas enfermedades (Amaya y Parra, 2010).

En un análisis clínico psicológico, elaborado por Ceballos-Fontes y Oramas (2015), se muestra que estas características de personalidad se asemejan a las de la Personalidad Dependiente, de acuerdo con el CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) y el DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), donde se habla de un posible Trastorno de la Personalidad por Dependencia, F60.7 y [301.6], el cual se describe como “Un patrón de comportamiento sumiso que se relaciona con la excesiva necesidad de ser cuidado” (American Psychiatric Association, 2002, p. 765). Esto sería coherente con la necesidad de cuidado de las personas que padecen una enfermedad catastrófica, sobre todo debido a lo que implica convivir con este tipo de enfermedades en cuanto a recursos económicos, laborales, obtención de medicación y el acceso a tratamientos médicos.

Amaya y Parra (2010), habría un Patrón de Conducta Tipo C como respuesta de contención emocional particular de cara al estrés, pues se trataría de sujetos que muestran una inadecuada expresión emocional, especialmente ante situaciones estresantes. Se constituirían un conjunto de actitudes y comportamientos relacionados funcionalmente, que se concretan en un estilo de interacción paciente, pasivo, apacible, así como una actitud poco asertiva, conformista y de extrema cooperación y control de la expresión de las emociones negativas, en particular, de aquellas indicadoras de agresividad.

Algunos estudios han demostrado que los trastornos de personalidad acarrear la presencia de un riesgo significativo para la aparición de la violencia. Asimismo, la dependencia emocional hacia el agresor sería un rasgo característico en mujeres víctimas de violencia de pareja. La víctima experimenta una mezcla de sensaciones entre la cercanía y el rechazo, un vínculo emocional basado en la intermitencia entre el buen trato y el maltrato, enamoramiento intenso, sensación de no poder vivir sin su pareja y miedo a ser abandonada (Aiquipa, 2015).

## **5.2 Características e impacto de la violencia en la víctima con multivulnerabilidad**

La mujer que sufre maltrato por parte de su pareja presenta algunas características como: baja autoestima, bajo auto concepto, escasas redes de apoyo, bajo nivel de independencia personal, dificultad en la toma de decisiones, sesgos cognitivos y problemas en la resolución de conflictos. Asimismo, puede desencadenarse un trastorno de estrés post traumático (TEPT), depresión, ansiedad, intentos de suicidio, abuso del alcohol, psicofármacos y otras drogas, trastornos por somatización, disfunciones sexuales e incluso, el uso de la violencia con sus propios hijos.

Por último, tienen altas probabilidad de presentar secuelas que incidan sobre su normal desenvolvimiento familiar y social. Puede producirse aislamiento social, pérdida de empleo y ausentismo laboral (Boira, 2010).

El impacto psicológico es relevante, ya que las secuelas mencionadas anteriormente podrían incidir sobre los tratamientos, con resultados desfavorables. Al entrar en contacto con una persona afectada por una enfermedad catastrófica se requiere considerar el impacto de estos factores en su vida cotidiana de manera integral y particularizada.

## **5.3 Impacto de la violencia de género en las esferas de la vida cotidiana de los pacientes con enfermedades catastróficas**

Convivir con una enfermedad catastrófica implica evidenciar lo aparentemente invisible, es decir, la parte psicológica, además de todos los cambios que conlleva aquel proceso. Si se concibe a cada persona como un ser integral, compuesto por diferentes esferas tales como la física, psicológica, social, familiar y espiritual, es viable hacer una evaluación global.

En ese sentido, según Gómez (2008), existen siete aspectos o esferas de la vida cotidiana que se ven alterados en las personas con enfermedades catastróficas, que se describirán a continuación:

- Vida física: hace referencia a la relación entre el yo físico y el yo emocional de cada persona.
- Vida íntima: consiste en el establecimiento de relaciones afectivas.
- Vida familiar: tiene que ver con el sentido de pertenencia al sistema familiar.
- Vida social: la interacción en aquellos grupos que permiten la expansión intersubjetiva
- Aspecto laboral: el desarrollo de actividades relacionadas con el trabajo.
- Aspecto financiero: se refiere al manejo de los recursos económicos.
- Sentido de propósito: consiste en dar sentido de trascendencia a la vida.

Estos impactos pueden alcanzar también a quienes forman parte del círculo más cercano del paciente, en otras palabras, la pareja, los hijos, el cuidador, por tanto, es probable que sufran, por ejemplo, alteraciones con respecto al estrés y la angustia. Estas afectaciones podrían licitar la aparición de violencia psicológica o física, lo que, a su vez, impactaría la capacidad del paciente para enfrentar otros retos, entre ellos el tratamiento, la recuperación y reinserción social.

#### **5.4 Adherencia al tratamiento en víctimas de violencia de género**

Como se ha mencionado en apartados previos, una mujer que convive con una enfermedad catastrófica enfrenta a diferentes síntomas físicos y psicológicos, además de las implicaciones adversas a nivel social como el abandono por parte de sus parejas, en algunos casos, quizá debido a cambios físicos, que chocan con la idealización de la mujer como un objeto sexual y cuidadora del hogar. Como se evidencia, estas circunstancias pueden derivar en diversas manifestaciones de violencia que se normalizan al interior de la pareja.

Por su parte, cuando se trata de un hombre que padece una enfermedad catastrófica, se puede observar como su masculinidad es interpelada y los mandatos de ser el hombre



fuerte y mantenedor del hogar se ven mermados. En cuanto a los casos de niños con enfermedades catastróficas, estos pueden ser afectados por el rechazo escolar y el bullying por parte de sus compañeros, un tipo de violencia propio del entorno escolar. En ocasiones, la vivencia de este tipo de violencia sirve como argumento de los pacientes para justificar el abandono de sus tratamientos o responsabilidades.

Se constituiría, entonces como un mecanismo de defensa que permite mitigar la sensación de rechazo proveniente de la sociedad. Frecuentemente desarrollan sentimientos de culpabilidad, cuya naturaleza depende del ciclo vital en el que se encuentre la persona, pero, en todos los casos, afectan la calidad de vida y el pronóstico.

### **5.5 Calidad de vida**

La calidad de vida es un concepto de carácter subjetivo, ya que está determinada por factores del contexto específico en que se desenvuelve cada ser humano. Se define la calidad de vida como “un estado deseado de bienestar personal que contempla cuatro componentes: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas universales, ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; (d) está influenciada por factores personales y ambientales” (Schalock y Verdugo, 2007, p.2).

Otra definición más completa considera la calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social, incluyendo aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Y, como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida. En esta definición, el autor considera todas las esferas en las que la persona pudiese relacionarse en su día a día

y toma en cuenta la percepción del individuo en lo que respecta al bienestar bajo sus condiciones demográficas, económicas, familiares y sociales (Ardila, 2003).

Históricamente, las enfermedades catastróficas han sido valoradas desde una perspectiva biomédica, dejando en segundo plano los aspectos psicosociales ligados a estas patologías. En 1949 se crea la Escala de Incapacidad Karnofsky, cuyo objetivo es evaluar el impacto de los tratamientos que reciben los pacientes y cómo aquello influye en el desarrollo de las actividades de su vida diaria (ACV), si requiere ayuda y qué tipo de ayuda. Sin embargo, en esta escala no se consideran factores como la progresión de la enfermedad y los resultados obtenidos de los tratamientos realizados (Martín, Sánchez y Sierra, 2005).

Dada la escasa importancia que se ha otorgado a los aspectos psicosociales en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades catastróficas, se estima pertinente y urgente, para el presente trabajo, tomar como referencia algunos estudios sobre ellos. En ese sentido, en la Tabla 1 se detalla posibles áreas de intervención y respuestas:

**Tabla 1**

Áreas de intervención y respuestas ante factores psicosociales en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades catastróficas

<b>ÁREAS DE INTERVENCIÓN</b>	<b>RESPUESTAS</b>
Desarrollo personal	Entrenamiento en habilidades funcionales, sistemas de comunicación
Autodeterminación	Control personal, elección, metas personales

---

Relaciones Interpersonales	Protección de la intimidad, apoyo a las familias e interacciones comunitarias
Inclusión Social	Con la comunidad
Derechos	Procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad
Bienestar emocional	Ambientes estables, seguridad <i>feedback</i> positivo
Bienestar físico	Atención, movilidad, nutrición, ejercicio y bienestar

---

Adaptada de *Discapacidad intelectual y violencia de género: un análisis transnacional* por J. Morcillo y J. Pérez, 2018, Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID).

## **6. Violencia de género y enfermedades catastróficas en el ecuador**

### **6.1. Violencia de género en ecuador: situación legal**

Desde la década de 1980, la violencia contra la mujer es considerada un problema de salud pública en Ecuador, tal como se recoge en la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de 2018:

Ecuador firma la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en el mes de julio de 1980 y la ratifica en noviembre del 1981. Más tarde,

Ecuador se adhiere a la Convención Interamericana para Prevenir, sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer de Belém do Para (enero del 1995) y se suscribe a la Plataforma de acción de Beijing (1995). (Consejo Nacional para la Igualdad de Género [CNIG], 2018, p.2).

Con estos antecedentes, en el año 1994 se crean las Comisarías de la Mujer y en 1995 se aprueba la "Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia" conocida como la Ley 103, en la cual el Estado asume un rol participativo en esta problemática social, mediante el sistema de justicia. En esta norma se reconocía la violencia intrafamiliar como un problema que trascendía la vida privada, y se diferenciaba tres tipos de violencia: física, psicológica y sexual. De igual manera, se determinaron varias medidas de amparo y sanciones de tipo civil, enfocadas a prevenir los actos de violencia que vivían las mujeres (CNIG, 2018).

En 1997 se crea el Consejo Nacional de las Mujeres y se aprueba la Ley de amparo Laboral de la mujer. La movilización y participación de las mujeres influyó en la elaboración de la Constitución de 1998, donde se logró incorporar las disposiciones fundamentales para la promoción y fortalecimiento de la igualdad de género y de los derechos humanos de las mujeres. En el año 2014 se reconocieron tres tipos de violencia dentro de este cuerpo legal: física, psicológica y sexual, e incluye al femicidio como un delito.

## **6.2. Violencia de género en Ecuador en cifras**

La violencia de género constituye un problema social de gran magnitud. Como se evidencia en la última Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC] (2019), 6 de cada 10 mujeres ecuatorianas de 15 o más años ha sufrido algún tipo de violencia de género (física, psicológica, sexual o patrimonial) a lo largo de su vida. La

más frecuente es la violencia psicológica o emocional (56,9%) seguida de la violencia gineco-obstétrica (47.5%); violencia sexual (32.7%) y violencia económica y patrimonial (16,4%). Si bien esta encuesta presenta datos divididos por edad, etnia y localización geográfica, no hay estadísticas ni registros judiciales sobre casos de violencia de género contra mujeres que padecen enfermedades catastróficas.

### **6.3. Enfermedades catastróficas: concepto y marco legal**

Las enfermedades catastróficas o “raras”, según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2012) son aquellas patologías de curso crónico que suponen un alto riesgo para la vida de la persona, cuyo tratamiento es de alto costo económico e impacto social y que por ser de carácter prolongado o permanente puede ser susceptible a programación.

El MSP es la entidad pública encargada de garantizar mediante las casas de salud bajo su rectoría el acceso a los tratamientos a aquellas personas que padecen alguna de estas enfermedades. Según la clasificación establecida por el MSP (2012), bajo la categoría de enfermedades catastróficas se incluyen:

- 6.3.1.** Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y valvulopatías
- 6.3.2.** Todo tipo de cáncer.
- 6.3.3.** Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- 6.3.4.** Insuficiencia renal crónica.
- 6.3.5.** Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- 6.3.6.** Secuelas de quemaduras graves.
- 6.3.7.** Malformaciones arterio venosas cerebrales.
- 6.3.8.** Síndrome de klippel treunay.
- 6.3.9.** Aneurisma tóraco-abdominal.

Las enfermedades catastróficas se encuentran amparadas en los cuerpos legales de la Constitución, en el artículo 50 y en la Ley Orgánica de la Salud, en su artículo 6 (Ley 67, 2006). Con esas bases jurídicas, existe el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles de atención del Ministerio de Salud Pública.

#### **6.4. Interculturalidad, violencia de género y enfermedades catastróficas**

El Estado ecuatoriano reconoce en su Constitución que el Ecuador es un Estado pluriétnico y pluricultural, lo que implica un desafío para el sistema nacional de salud, dada la diversidad que aquello conlleva y posibles barreras en torno al género, la pobreza y el racismo. El origen étnico fue un predictor negativo independiente, sumado a inconvenientes lingüísticos y divergencias en torno a las concepciones sobre la salud y la enfermedad entre los pueblos indígenas y los proveedores de salud.

Los pueblos indígenas, desde tiempos remotos, han tratado las enfermedades desde su propia perspectiva. En el idioma quechua, por ejemplo, no hay traducción para la palabra “salud”. Los pueblos indígenas andinos entienden la salud como un “bienestar integral unido al todo” (López-Cevallos, 2010).

En otras palabras, la salud se interpreta como un equilibrio entre cuatro cuerpos: físico, espiritual, social y mental. En este contexto, la “buena salud” es equivalente a equilibrio/armonía y la alimentación juega un importante papel curativo. Por el contrario, la enfermedad supone el desequilibrio que provoca la incapacidad de responder a las demandas de la comunidad y del entorno (Bautista-Valarezo, 2020).

Si bien el Plan para el Nacional Buen Vivir – Sumak Kawsay, además del reconocimiento de las leyes indígenas, las lenguas indígenas y la educación bilingüe, incluye la implementación de una política de salud multicultural, en la práctica, los indicadores de salud muestran peores resultados entre las poblaciones indígenas,

especialmente en casos de malaria, rabia, mortalidad materno-infantil y desnutrición (López-Cevallos, 2010; Bautista- Valarezo, 2020).

Junto a estos datos, las cifras de violencia contra las mujeres indígenas en Ecuador son alarmantes: el 64% de mujeres indígenas han experimentado al menos un hecho de violencia de género a lo largo de su vida (INEC, 2019).

La situación de múltiple vulnerabilidad en que se encuentran las mujeres indígenas está arraigada en contingencias sociohistóricas, en particular, en la pobreza, el racismo y la segregación. Al efecto negativo de estos factores se suma el conflicto que surge entre derechos colectivos y derechos individuales en el caso de ciertos usos y costumbres en comunidades indígenas. En este sentido, la mujer indígena se encuentra ante un desafío especialmente complejo cuando intenta transformar ciertas realidades (p. ej., violencia física, violencia psicológica, imposición de matrimonios) que se contraponen a lo que se considera como intereses colectivos en sus comunidades (Hernández, 2004; Millán, 2006; Speed, 2006; González-Montes, 2009).

Así, algunas mujeres indígenas que padecen enfermedades catastróficas se encuentran en una situación de multivulnerabilidad ante una situación de triple violencia: de género, por ser indígena y por la enfermedad. Sin olvidar que, frecuentemente, estas mujeres se encuentran con obstáculos relacionados con el idioma (desconocimiento del español), limitado acceso a organismos judiciales y/o sanitarios (viven en zonas aisladas) y reducidos recursos económicos propios.

### **6.5. Atención psicojurídica a personas en situación de multivulnerabilidad**

Es importante señalar que, para poder visibilizar la violencia psicológica, se ha requerido la intervención de una rama de la psicología especializada, donde intercede personal capacitado para determinar los daños que este tipo de violencia provoca en la víctima, las secuelas que deja la denominada violencia invisible. Se precisa de profesionales de la

rama de la psicología forense: los peritos de parte o públicos, con el objetivo de realizar evaluaciones a la víctima, y, en algunos casos, a su agresor.

La psicología forense, especializada en el ámbito jurídico, tiene como objetivos determinar la afectación de los hechos, predecir la ocurrencia de sucesos similares en el futuro, y, encontrar nexos causales entre los hechos denunciados y lo evaluado. El informe resultante de las evaluaciones es una herramienta auxiliar de justicia, se transforma en una prueba pericial de utilidad para el administrador de justicia (Figueroa, 2018).

El sistema nacional de justicia en Ecuador no registra un número significativo de denuncias de violencia de género y multivulnerabilidad, lo que limita la actuación de la psicología forense en este ámbito. Resulta necesario contar con profesionales capacitados para la elaboración de peritajes de este tipo de fenómenos. En la actualidad, no se cuenta con un protocolo establecido para la valoración de casos de violencia de género en el país, por lo que, queda a criterio del profesional la aplicación de las herramientas psicométricas que considere pertinentes.

Existen dos herramientas útiles para la evaluación en casos de violencia de género en relaciones de pareja: HCR\_20 y SARA. Ambos son cuestionarios estructurados que permiten determinar el grado de violencia, la predicción de violencia en el futuro y, sobre todo, el impacto emocional en la víctima y las consecuencias en la vida de esta.

## **7. Consideraciones finales y perspectivas futuras**

Para concluir, cabe resaltar que la violencia se presenta, en muchos casos, como una consecuencia indeseada de la propia enfermedad, además de los efectos adversos que los tratamientos suelen dejar a nivel físico, cognitivo y emocional; no solo en el paciente, sino también en el entorno familiar y social.



Ante ello, se vuelve imperante identificar y cuantificar los casos de violencia de género que se dan en el Ecuador, así como las diversas vulnerabilidades que pueden estar presentes. Se requiere desarrollar y definir un protocolo con una visión integral, donde se consideren todos los factores involucrados, así como registrar la información que manejan los administradores de justicia al momento de la toma de decisiones en este tipo de casos.

Lo mencionado anteriormente, permitiría la creación de programas psicoeducativos con el objetivo de brindar apoyo a las familias y al entorno de las personas que conviven con una enfermedad catastrófica o terminal y víctimas de violencia de género. Mediante este tipo de acciones, se contribuiría a prevenir situaciones de violencia debidas al desconocimiento y la ignorancia sobre el tema.

El Estado ecuatoriano garantiza, en el papel, los derechos de los grupos vulnerables, sin embargo, existen falencias en cuanto a la ejecución de políticas públicas frente a la violencia de género y condiciones de vulnerabilidad. Se evidencia una gran brecha estructural, donde una gran cantidad de casos de violencia hacia pacientes con enfermedades catastróficas quedan fuera de las estadísticas, ya que no se denuncian formalmente en las unidades judiciales. Donde también se debe considerar que debido a nuestra cultura muchos casos de violencia de género que se dan hacia el género masculino tampoco son puestos en conocimiento de las autoridades competentes, por temor a la estigmatización social a la que estarían expuestos. Adicionalmente, se observa la necesidad de estandarizar las herramientas de uso diagnóstico en la valoración de estos casos, con la identificación, intervención y prevención en el ámbito comunitario, familiar y personal como ejes prioritarios.

## 8. Referencias

- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437.
- Amaya, A. y Parra, J. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Vanguardia Psicológica*, 1 (1), 70-89.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Masson.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164. ISSN: 0120-0534.
- Arenas, M., Jiménez, M., Martín, A., Gómez, B., Carreroc, J. y Ruiz, T. (2018). La Nefrología desde una perspectiva de género. *Nefrología* 2018, 38(5), 463-465.
- Asensi, L. (2016). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Actualidad Penal*, 26, 201-218.
- Bautista, E., Duque, V., Sánchez, V., Dávalos, V., Hendrickx, K. y Verhoeven, V. (2020). Towards an indigenous definition of health: an explorative study to understand the indigenous Ecuadorian people's health and illness concepts. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-8.
- Boira, S. (2010). *Hombres maltratadores. Historias de violencia masculina*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Ceballos-Fontes, M. y Oramas, M. (2015). Personalidad tipo C: un recorrido por la violencia de género en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Revista de Psicología Procesos Psicológicos y Sociales*, 1-19.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) División de Población Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

(2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. LC/R.2086.

<http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/11674/lc3-vulnerabilidad.pdf>

Consejo Nacional para la igualdad de género. (2018). Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la violencia contra las Mujeres: Guía básica para entender y apropiarse de la ley 175. Gráficas Paola. Disponible en: <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/2460>.

Cueva, P., Yépez, J. y Tarupi, W. (2019). *Epidemiología del Cáncer en Quito 2011-2015*. Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA Núcleo Quito.

Emanuel, J. y Emanuel, L. (1999). *Bioética para clínicos*. Triacastela.

Figuerola, M. (2018). La identidad “positiva” como violencia simbólica en mujeres con cáncer. *Revista GénEros*, 22(24) 133-156.

Gandhi, S., Rovi, S., Vega, M., Johnson, M. S., Ferrante, J., & Chen, P. H. (2010). Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(3), 343-353. Doi:10.3122/jabfm.2010.03.090124

Gómez, L., Verdugo, MA., Arias, B., y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala FUMAT. *Psychosocial intervention*, 17(2),189-199.  
<http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v17n2/v17n2a07.pdf>

- Góngora, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*, 6(3), 24-33.
- González, F. y Mora, B. (2014). Características de la violencia de género en la Universidad de Valencia. *Escritos de Psicología*, 7(2), 36-43.
- González, S. (2009). Violencia contra las mujeres, derechos y ciudadanía en contextos rurales e indígenas de México. *Convergencia*, 16(50), 165-1185.
- Hernández, A. (2004). El derecho positivo y la costumbre jurídica: las mujeres indígenas de Chiapas y sus luchas por el acceso a la justicia. En M. Torres (Ed.), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. El Colegio de México.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. INEC. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Violencia\\_de\\_genero\\_2019/Boletin\\_Tecnico\\_E\\_NVIGMU.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_E_NVIGMU.pdf)
- Ley 67 de 2006. Ley Orgánica de Salud. 22 de diciembre de 2006. Registro Oficial Suplemento 423. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/tag/ley-organicade-salud>.
- López, D. y Chi, C. (2010). Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy Plan*, 25(3), 209-218.
- López-González, Á., Bennasar-Veny, M., Tauler, P., Aguilo, A., Tomàs-Salvà, M. y Yáñez, A. (2015). Desigualdades socioeconómicas y diferencias según

- sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 27-36.
- Martín, J., Sánchez, M. y Sierra, J. (2005). Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, (14), 34-45
- Martínez, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100.
- Morcillo, J. y Pérez, J. (2018). Discapacidad intelectual y violencia de género: un análisis transnacional. *Revista Electrónica De Investigación Y Docencia (REID)*.
- Muñoz, J. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, (26), 2-12.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Enfermedades Catastróficas*.
- Organización Mundial de la Salud. Disponible en:  
[https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Ruiz, N. (2012). Defining and measuring social vulnerability. Towards a normative approach. *Investigaciones geográficas*, (77), 63-74.
- Schalock, R., y Verdugo, M. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.  
<http://hdl.handle.net/10366/55873>
- Speed, S. (2006). "Rights at the Intersection: Gender and Ethnicity in Neoliberal Mexico", en Speed, Shannon et al., *Dissident Women. Gender and Cultural Politics in Chiapas*, Austin: University of Texas Press.

Speed, R. Castillo y L. Stephen (Eds.), *Dissident Women: Gender and Cultural Politics in Chiapas*. University of Texas Press.

World Health Organization (2016). *Life expectancy, 2000–2016*. World Health Organization. Disponible en [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/)