

Prevalencia de Casos de Violencia Familiar contra la Mujer en la etapa de Embarazo, Parto y Puerperio¹

Graciela Colombo

Roxana C. Ynoub

Mónica Viglizzo

Luciana Veneranda

Gabriela Iglesias

Pablo Stropparo

Universidad de Buenos Aires

Resumen: El estudio se propone conocer la prevalencia de casos de violencia familiar en las consultas de mujeres concurrentes al Servicio de Maternidad y Obstetricia, durante la etapa de embarazo, parto y puerperio. Se diseñó un protocolo para la detección de casos de violencia y se aplicó una entrevista estructurada a 529 mujeres consultantes al Servicio de Maternidad y Obstetricia, en consultorios externos e internación. La resultados que se presentan forman parte de los productos alcanzados a través de un Proyecto UBACYT (AS41), aprobado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA. El trabajo en campo se realizó en el Servicio de Maternidad y Obstetricia de un Hospital perteneciente al ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Palabras clave: prevalencia de violencia familiar contra la mujer, embarazo, parto y puerperio, trabajo de campo, estrategias de intervención.

¹ Participaron en el trabajo de campo las siguientes personas: Lic. Susana Levy, Coordinadora del Equipo contra la Violencia Intrafamiliar, supervisora del trabajo de campo de las agentes de salud y de los profesionales del equipo de violencia; brindó asesoramiento en el diseño e implementación del instrumento de recolección de información. Agentes de Salud: Clara Ferre, María Gavina Juarez, Evelina Srodek, Irma Castro, Gloria Loza, Judith Villalba. Integrante del equipo contra la Violencia Intrafamiliar: Marina Condorelli. Equipo UBA: Luciana Veneranda, Marisa Coppola, Pablo Stropparo, Clelia Pucci, Marina Martínez, Romina Saez. Agradecemos al Equipo del Servicio contra la Violencia Intrafamiliar del Hospital en el que se realizó la investigación, a las autoridades y efectores del Servicio de Maternidad y Obstetricia.

Abstract: *The study aimed at learning about the prevalence of family violence cases within women attending the Maternity and Obstetrics Service during the stage of pregnancy, delivery and puerperium. A protocol to detect violence cases was designed and a structured interview was applied to 529 women attending the Maternity and Obstetrics Service in external consulting rooms as well as those in ward. This article shows data resulting from a research developed within the framework of an UBACYT Project (AS41) passed by the Secretariat for Science and Techniques of the University of Buenos Aires. The field work took place in the Maternity and Obstetrics Service of a public hospital in the jurisdiction of Buenos Aires city.*

Key words: prevalence of family violence against women, pregnancy, delivery and puerperium, field work, intervention strategies.

Introducción

La violencia familiar contra la mujer constituye uno de los problemas sanitarios de mayor importancia epidemiológica de la época actual. Las estimaciones obtenidas en distintos estudios presentan variaciones, pero se estima que una a tres de cada diez mujeres de todas las latitudes han sufrido o sufren algún tipo de maltrato en el hogar (Heise, 1994).

Vinculado con su problemática de salud, se ha considerado que gran parte de los síntomas de origen psicosomático, depresión, intentos suicidas y toxicomanía en las mujeres está relacionada con la exposición de actos de violencia en el hogar (Torres, 1996).

Los efectos del maltrato durante el embarazo son de naturaleza física y emocional; la mujer maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio (Valdez y Sanin, 1996: 355).

Las mujeres embarazadas que padecen violencia son más proclives a presentar cuadros de estrés, infecciones, anemia, abortos espontáneos, amenaza de partos prematuros, parto prematuro, recién nacidos con insuficiencia ponderal, distrés fetal o muerte fetal. Algunas mujeres comienzan con el consumo de alcohol, drogas o medicamentos para la ansiedad, luego de presentar abortos espontáneos o recién nacidos muertos seguidos de un episodio de golpes (Tortosa, 1998: 99).

Aunque las cifras obtenidas en distintos estudios no son coincidentes, se ha constatado que la incidencia de la violencia hacia la mujer, en el periodo de embarazo y puerperio es elevada. Un estudio realizado sobre 110 usuarias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Civil de Cuernavaca, Morelos, mostró que del total de

mujeres encuestadas 33.5% declara violencia durante su embarazo, mayoritariamente por parte de sus parejas (Valdez y Sanín, *op. cit.*: 358).

Otra investigación efectuada en Brasil, a partir del conteo de casos que correspondía a homicidios de mujeres en edad reproductiva registrados en los libros del Instituto Médico Legal de San Pablo del año 1989, registró que representaba 1.4% de un total de 11,500 defunciones. De éstas, 11.2% correspondía a mujeres asesinadas en el periodo de embarazo o puerperio (Menicucci de Olivera y Carneiro, 1993). Otro estudio en Chile señala que aplicando un test de tamizaje de violencia a mujeres embarazadas, 60.3% declara padecer algún tipo de abuso (Arcos *et al.*, 1999).

Investigaciones comparadas de embarazadas golpeadas y no golpeadas indicaron que las primeras tienen el doble riesgo de interrupción del embarazo y cuatro veces más riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer (Heise, *op. cit.*: 35).

En una investigación que se efectuó en el Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Materno Infantil R. Sardá, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir del análisis de 90 entrevistas realizadas a mujeres que consultaron por violencia familiar durante 1996-1997, arrojó los siguientes resultados:

Refirieron violencia física en 82% de los casos, combinado con abuso sexual 15%. Si bien sólo 2% mencionó abuso psicológico exclusivamente, en los casos de maltrato hacia la mujer existe una base de abuso emocional. El 24% de las mujeres sostuvo que el primer episodio de golpes aconteció durante un embarazo.

El 75% de las mujeres se separó por lo menos una vez y 51% hizo denuncias en instituciones jurídicas o policiales, de las que no recibió el apoyo esperado, 10 de las 90 pacientes aseguraron haber perdido un embarazo como consecuencia de la violencia ejercida contra su persona (Tortosa, *op. cit.*: 99).

A pesar de que el sector salud es uno de los que debería ser más sensible a esta situación, se ha verificado que presenta importantes resistencias para incorporar la problemática. En una investigación cuali-cuantitativa sobre los Servicios de Atención en Violencia Doméstica realizada en Buenos Aires, se mostró que la falta de conocimiento y sensibilidad en este tema, entre profesionales de la salud, constituye uno de los obstáculos para el logro de una adecuada

atención a mujeres víctimas de violencia familiar (Ynoub y Colombo, 1996).

El sistema de atención a la salud debería ocupar un lugar estratégico para identificar y referir a las víctimas de la violencia; ya que son las instituciones del sector salud las únicas que probablemente interactúen con todas las mujeres en algún momento de sus vidas cuando buscan formas para regular la fecundidad, dar a luz, o recibir atención para sus hijos . La experiencia ha demostrado la importancia de dicho acceso. Las mujeres que no pueden o no quieren pedir ayuda a otros medios, pueden, sin embargo, admitir el abuso cuando son entrevistadas gentilmente y en privado por un proveedor/a de salud sensible (Heise,1994: 48).

Se ha mostrado que con entrenamiento y protocolos adecuados los establecimientos de salud pueden mejorar en forma notable la sensibilidad del personal para con las problemáticas asociadas con el abuso de género (Heise,1994: 50).

En la actualidad, en el área metropolitana de Buenos Aires, los servicios de salud del sector público han ido incorporando desde algunos años Servicios de Atención en Violencia Familiar (SAVF). Muchos de ellos, empero, han surgido de manera espontánea para dar respuesta a una demanda creciente, antes que como resultado de políticas de coordinación sanitaria.

Por otro lado, estos servicios no suelen estar integrados o coordinados con otras áreas del sector, por lo que los restantes profesionales no visualizan el tema como vinculado con su propia práctica de atención.

Avanzar en el mejoramiento de la captación, derivación y atención de mujeres víctimas de violencia familiar concurrentes a los servicios públicos de salud requiere de una política y acción de conjunto: la problemática debe ser encarada por el cuerpo médico, planificadores/as, directivos/as y jefes/as de diversos servicios.

Para avanzar en esa dirección, resulta relevante conocer la magnitud del fenómeno, como también las representaciones y conocimientos que el cuerpo médico y paramédico tiene al respecto.

En ese marco, esta investigación se propuesto indagar una de las áreas que atienden mujeres con especial riesgo de padecer violencia, como lo son las embarazadas y madres recientes.

A tal efecto se ha evaluado la magnitud del fenómeno entre una muestra de mujeres consultantes a servicios de maternidad y obstetricia de un hospital general, y se ha entrevistado al personal médico a cargo de esos servicios para conocer cómo se representan e intervienen ante la problemática de la violencia familiar.

En este trabajo se presentan los resultados alcanzados mediante el procesamiento cuantitativo de éstos, indicando los niveles de riesgo detectados, y el perfil familiar y social de las mujeres consultantes a estos servicios. Asimismo, se analizan las características que presenta la violencia familiar y el contexto de condiciones de vida en el que ellas viven.

Materiales y métodos

Se realizó una indagación extensiva con el objetivo de evaluar y caracterizar la prevalencia de casos de violencia en la etapa de embarazo, parto o puerperio, entre las mujeres consultantes de servicios de maternidad y obstetricia de un hospital general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para el desarrollo de la investigación se efectuó un trabajo cooperativo entre el equipo de la Universidad de Buenos Aires y el Servicio contra la Violencia Intrafamiliar del Hospital.

Para tal efecto se diseñó un protocolo que se aplicó a 529 mujeres consultantes a dichos servicios en consultorios externos y en salas de internación, seleccionadas aleatoriamente. A través de este instrumento se detectaban los casos de violencia, indagando sobre episodios de maltrato ocurridos en los últimos doce meses desde el momento de la entrevista (es decir, considerando un lapso más amplio del estrictamente vinculado con el embarazo, parto o puerperio, aunque próximo a él).

La información se detalla teniendo en cuenta los siguientes ejes temáticos:

- a) Una primera sección en la que se lleva a cabo un análisis comparativo entre las mujeres que padecen violencia y las que no la padecen, identificando su perfil socioeconómico y demográfico, y sus prácticas de consulta de salud y control del embarazo.

b) En segundo término, se realiza una caracterización de mujeres que declaran episodios de violencia ampliando la indagación a variables específicas sobre la situación e historia del maltrato.

Se construyó una tipología para la clasificación de las mujeres víctimas de violencia tomando en cuenta la combinación de distintos tipos de situaciones, según surgían de las categorías contempladas en el instrumento de detección utilizado. Se discriminaron tres grandes tipos:

1. Violencia emocional o psicológica.
2. Violencia física.
3. Violencia sexual.

1) El tipo violencia emocional o psicológica incluyó las categorías:

- a. Le gritó o insultó.
- b. La ridiculizó por su aspecto físico.
- c. Le dice que hace cosas sin importancia.
- d. La encerró prohibiéndole salir.
- e. Le quitó dinero.

2) El tipo violencia física incluye las categorías:

- a. La amenazó con armas.
- b. Le dio patadas o golpes.
- c. Le causó quemaduras.
- d. La estranguló.
- e. La hirió con armas.

3) El tipo violencia sexual incluyó las categorías:

- a. La amenazó sexualmente.
- b. La forzó a tener relaciones sexuales.

De acuerdo con estos tres tipos, se determinaron las siguientes pautas teóricas para la clasificación de los casos, según hayan padecido:

1. Violencia psicológica, física y sexual.
2. Violencia psicológica y física.
3. Violencia psicológica y sexual.
4. Violencia física y sexual.

5. Sólo violencia sexual.
6. Sólo violencia psicológica.
7. Sólo violencia física.

Dado que esta distribución presentó algunas categorías con pocos casos, se reagruparon éstos en tres grandes tipos (Ver Cuadro 10, Anexo Estadístico), de acuerdo con las siguientes pautas empíricas:

- 1) Según hayan sufrido las tres formas de violencia.
- 2) Según hayan padecido sólo violencia psicológica.
- 3) Según registraran violencia física y psicológica conjuntamente (se agruparon en esta categoría los casos que aparecían como “sólo violencia física”; asumiendo que toda violencia física conlleva violencia psicológica).

Resultados

Evaluación comparativa entre las mujeres víctimas y no víctimas de violencia familiar

1. Incidencia de violencia familiar entre las mujeres consultantes

Entre el total de población entrevistada se registró una incidencia de 28.4% de mujeres que declararon padecer algún tipo de situación de violencia en el periodo del embarazo, parto o puerperio.

Aunque a partir de los resultados de esta investigación no es posible estimar si ese valor coincide con el riesgo de padecer violencia en otros periodos del ciclo de vida de las mujeres (debido a los sesgos que presenta la muestra, propios de la población consultante a los servicios públicos de salud; conjuntamente con la falta de datos sobre la magnitud del problema en la población urbana de Buenos Aires), el número obtenido es suficientemente significativo como para justificar una alerta en el campo sanitario y social.

En lo que sigue se ofrecen algunos otros datos que permiten caracterizar el perfil de las mujeres víctimas de violencia y comparar su situación con el de las mujeres que transitan por igual periodo vital, pero que no padecen violencia familiar.

La información se organizó en torno a tres apartados:

- a. Al considerar el contexto familiar por el que transitan las mujeres consultantes.

b. Al evaluar su perfil sociolaboral y educativo.

c. Al evaluar la incidencia de violencia declarada por las mujeres, según el contexto en que se realizó el relevamiento (internación y consultorio externo).

En segundo lugar, se presenta información específica sobre las mujeres víctimas de violencia, contemplando tipos de violencia, condiciones de salud y antecedentes de consultas por violencia familiar.

2. El contexto vital y familiar de las mujeres consultantes

Se analizaron las condiciones de vida familiares, conyugalidad, edad y situación de maternidad de las consultantes, discriminando el perfil que presentaban en esas variables las mujeres víctimas de violencia de aquellas que no padecían esa problemática.

Esa caracterización toma en cuenta la distribución de casos según edad, estado civil, cantidad y edad de los hijos (esta última variable permite estimar el ciclo de vida familiar por el que transita la mujer).

2.1. Padecimiento de violencia según edad de la consultante (Ver Cuadro 1)

Aunque el mayor número de consultas se registra en el grupo de edad de 20 a 24 años, la mayor incidencia de violencia se declara entre las mujeres de 25 a 29 años.

Es significativo también el número de consultantes de 15 a 19 años, que corresponde a la franja considerada de embarazo adolescente. En este grupo la incidencia de violencia es un poco menor que la que se registra en el total de la población, sin dejar por ello de ser elevada: 21.9%.

2.2. Padecimiento de violencia según estado civil de la consultante (Ver Cuadro 2)

La categoría modal de la variable estado civil es la unión de hecho, tanto para el caso de las mujeres con violencia como para las que no la padecen.

Las uniones de hecho parecen estar muy sobrerepresentadas en esta muestra. En mayo de 2001, con base en la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) correspondiente al aglomerado del Gran Buenos Aires,

14.9% de las mujeres entre 15 y 49 años (grupo etáreo correspondiente a la muestra de esta investigación) estaban unidas de hecho, mientras que en este estudio alcanza a más de 60%. Esta diferencia podría deberse a un sesgo propio de la población consultante en este tipo de servicios, vinculado también con el importante peso de población migrante.

Hay que tener en cuenta, además, que la “unión de hecho” no constituye, en sentido estricto, un “estado civil, sino una situación de conyugalidad: una mujer soltera, separada, viuda o divorciada (según su estado civil) puede estar, sin embargo, unida de hecho. Esta consideración podría tener consecuencias al momento de indagar la situación conyugal, y explicar parte de la sobrerepresentación que se registra en la muestra examinada.

En lo que respecta a las solteras la violencia registra una incidencia de 28.4%. Este valor, que coincide con el registrado en el total de casos, podría, sin embargo, reflejar una situación de mayor vulnerabilidad. Aunque los datos disponibles no permiten precisar la naturaleza de la violencia que sufren, el hecho de declararse solteras hace pensar en mujeres que atraviesan el embarazo y nacimiento de sus hijos sin la pareja que dio origen a dicho embarazo.

Por otra parte, 60% de las solteras tiene entre 15 y 24 años; es decir, transita el embarazo y el parto en edad joven.

El embarazo en la adolescencia es una grave amenaza para el desarrollo psicosocial de la joven que se encuentra en ese estado. Las mujeres que han tenido sus primeros embarazos en edades jóvenes padecen desventajas socioeconómicas a lo largo de su vida. Así también sus hijos presentan a menudo desventajas intelectuales, educativas y sociales (Henriques-Mueller y Yunes, 1993: 49).

La conyugalidad formal parece ser aunque sea en términos relativos un “factor protector” de la violencia conforme a los datos relevados en este estudio. Aunque la incidencia de violencia sigue siendo muy importante entre mujeres casadas, presenta los valores más bajos respecto a los restantes grupos: 23.0%.

Aunque el grupo es muy pequeño (2% del total de casos), entre las separadas se observa la incidencia más alta de violencia: 54.5% de ellas dijo padecer algún tipo de violencia. Este hecho podría indicar que la separación está asociada al padecimiento de maltrato. Si ese

fuera el caso, sería necesario evaluar con mayor detenimiento la condición de “separadas” que declaran tener, ya que podría estar relacionada a los conocidos ciclos de la violencia (Corsi, 1997: 44), en los que pueden producirse separaciones circunstanciales coincidentes con el momento de la agresión, pero que se siguen de reconciliaciones en la etapa de la “luna de miel”.

Contrariamente a lo que ocurre con las uniones, las separadas parecen estar subrepresentadas en esta población. En mayo de 2001, según la EPH correspondiente al aglomerado del Gran Buenos Aires, 6.1% de las mujeres entre 15 y 49 años estaban separadas o divorciadas.

De cualquier modo, es esperable que en torno a la edades comprendidas en esta muestra, y al periodo del embarazo, parto y puerperio, el número de separadas sea relativamente bajo.

La pequeña incidencia de separadas impide también sacar demasiadas conclusiones sobre el importante peso que tiene la violencia en este grupo.

2.3. Padecimiento de violencia según cantidad de hijos (Ver Cuadro 3)

La mayoría de las entrevistadas está embarazada de su primer hijo o tiene entre uno y dos hijos. Respecto al total de la población, la categoría modal de la variable cantidad de hijos por mujer corresponde al intervalo 1-2. Estos resultados coinciden con los patrones de fecundidad de la población urbana, que ronda en torno a los 2 a 3 hijos totales por mujer al concluir su edad fértil. De todos modos, la edad de la población estudiada indica que se trata de mujeres que, en su mayoría, están lejos del fin de su vida fértil, nótese que 80% tiene 30 años o menos.

La incidencia de la violencia parece crecer conforme aumenta el número de hijos, siendo las mujeres con más de cuatro hijos las que presentan los índices más elevados; pero estas diferencias no resultan significativas dado el escaso peso relativo de este grupo (2.6% sobre el total de entrevistadas).

Considerados en conjunto, estos datos ponen en cuestionamiento una de las perspectivas teóricas que señalan que la presencia de hijos y otros miembros de la familia desempeña un rol moderador y reduce la posibilidad de situaciones de maltrato (Moreno Martín, 1999: 248).

2.4. Edad de los hijos según padecimiento de violencia (Ver Cuadro 4)

La mayoría de las mujeres entrevistadas declara tener hijos en edades que oscilan entre la primera infancia y la infancia (0-9 años).

Lo cual es compatible con el hecho de que se trata de una población de mujeres jóvenes (nótese que la edad promedio de la población entrevistada es 25.7 años y la mediana 24 años).²

La incidencia de violencia aumenta con la edad de los hijos, lo cual parece congruente con los datos registrados en el cuadro 3, si se asume que el mayor número de hijos está también asociado a mayor edad de los primogénitos.

3. *Condiciones sociolaborales y educativas de las mujeres consultantes*

3.1. Padecimiento de violencia según nivel de instrucción (Ver Cuadro 5)

El dato más llamativo observado en este cuadro es el alto porcentaje de casos de violencia que se registran entre las mujeres con mayor nivel educativo. Aunque se trata de una categoría con pocos casos (7.9% del total de entrevistadas), la cifra constatada no deja de ser relevante.

En principio, abona la tesis de que la violencia familiar no está asociada a bajos niveles de instrucción, sino que atraviesa a los distintos sectores sociales. Como lo han señalado, “en ocasiones, la mayor ‘educación’ sólo redunda en un ‘refinamiento’ en las modalidades de abuso y en los recursos para sostener el ocultamiento” (Paggi, Colombo, 1999: 26)

3.2. Padecimiento de violencia según nacionalidad de la consultante (Ver Cuadro 6)

La población encuestada estuvo constituida por 50% con nacionalidad argentina y 50% distribuido entre nacionalidades pertenecientes a otros países latinoamericanos. La alta incidencia de población migrante no se corresponde con el patrón general registrado en la

² Para armar las categorías del cuadro, se tomó el siguiente criterio: se denominó primera infancia al grupo etáreo comprendido entre 0-3 años, infancia entre 4-9 años, preadolescencia entre 10-15 años, y adolescencia de 16-21 años.

población urbana de la que proviene esta muestra, por lo que corresponde a un sesgo específico de las usuarias de este servicio público de salud.

El grupo de mujeres que presentan la mayor incidencia de violencia es el de nacionalidad peruana, entre las que declaran padecer algún tipo de violencia 44.4% de las entrevistadas. En segundo lugar, se ubican las bolivianas con 35.4% y en tercer lugar las paraguayas con 29.2%. Entre las mujeres argentinas la incidencia de violencia disminuye considerablemente ubicándose en torno a 21%. Este dato es fundamental a la hora de evaluar los resultados de este estudio, ya que se trata de una muestra con alta incidencia de población migrante, que responde a pautas culturales en algunos aspectos muy distinta a la de la población argentina.

Según estos resultados, las mujeres argentinas están relativamente mejor posicionadas que las de otros países limítrofes.

Estas diferencias sugieren la necesidad de llevar a cabo nuevos y más profundos estudios para evaluar pautas diferenciales de percepción y valoración de un hecho de violencia entre las distintas poblaciones.

La información resulta además relevante para orientar campañas de difusión y promoción en la materia, ya que distintas pautas culturales pueden llevar a la “naturalización” de experiencias que en otros contextos, o, para otros valores, resultan intolerables o directamente constituyen hechos delictuosos.

3.3. Padecimiento de violencia según ocupación de la consultante (Ver Cuadro 7)

En lo que respecta a la incidencia de la violencia, los valores más altos se ubican entre las mujeres que se declararon desocupadas. Pero estos datos deben relativizarse dado los pocos casos que se encuentran en esta categoría (3.4% de la población entrevistada).

Otra categoría que registra alta incidencia de violencia es la de “servicio doméstico”. Este hecho parece congruente con los datos de población migrante, la que también presentaba altos índices de violencia; ya que en nuestro país un gran porcentaje de mujeres migrantes de países limítrofes se inserta en el mercado de trabajo como empleadas domésticas.

Contrariamente, las mujeres que presentan los índices más bajos corresponden a la categoría de empleadas.

4. Incidencia de violencia según servicio en el que fueron entrevistadas las consultantes (Ver Cuadro 8)

La mayoría de las mujeres entrevistadas, independientemente si padecen violencia o no, realizó consultas a través de los consultorios externos que incluye el control prenatal y la etapa del puerperio.

La incidencia de violencia declarada por las consultantes es significativamente más elevada entre las mujeres atendidas en consultorios externos.

Llama la atención la diferencia que existe en la instancia de internación entre la cantidad de mujeres que declaran padecer violencia y las que no la padecen, observándose los valores más altos en los casos sin violencia. En este sentido se podrían establecer dos supuestos: por un lado, que la instancia de parto predispone a la mujer a tener expectativas respecto a la modificación de episodios de violencia en la que se encuentra; y, por otro lado, a la presencia del cónyuge y/o otros familiares que le impiden declarar la situación en el momento de la entrevista.

Por otra parte, la etapa del nacimiento podría contribuir a mitigar, al menos durante el periodo de internación, la presencia de la violencia, y a establecer un clima afectivo en el que se eclipsan los conflictos con el compañero o cónyuge. De todos modos, estos datos deberían evaluarse más allá del lapso vinculado con la internación, ya que, según se ha documentado, el nacimiento del niño/a constituye también un periodo en que se incrementa el riesgo de padecer violencia, por los sentimientos de celos que despierta en la pareja.

Caracterización de las mujeres que declaran padecer episodios de violencia

1. Distribución y condiciones de salud de las mujeres según tipo de violencia padecida

Del total de mujeres entrevistadas (529), se detectaron 149 casos que padecían alguna situación de violencia, lo que representa 28.16% de la totalidad de casos.

Considerando los tres tipos de violencia construidos se percibe que el más alto porcentaje de casos se concentra en la categoría violencia física y psicológica (52.3%), seguida por 35% de violencia psicológica, y 12.8% de los casos que han padecido los tres tipos de violencia.

Del total de mujeres que padecieron algún tipo de violencia, 25% dijo haber sufrido lesiones a causa de la violencia (37 casos). De éstos, 33 dijeron haber necesitado algún tipo de atención médica.

El peso relativo del grupo que sufrió lesiones se incrementa entre quienes padecen “violencia física, psicológica y sexual” (58% de ellas); y las que padecen violencia física y psicológica (32%).

En los dos casos las mujeres declararon haber sufrido abortos a causa de los golpes.

El 26% de las víctimas declara tener problemas para conciliar el sueño. Esa proporción se incrementa significativamente en el grupo de las mujeres que dicen padecer los tres tipos de violencia, registrándose los valores más bajos en el grupo de “violencia psicológica” .

El 17.4% dice padecer algún tipo de trastorno alimentario. Aunque también en este caso el peso relativo de esta situación se incrementa entre las que padecen los tres tipos de violencia conjuntamente, la distribución no arroja diferencias estadísticamente significativas.

El 6% de estas mujeres dice fumar actualmente, es decir, en el periodo de embarazo, parto o puerperio. Dado que los casos son muy pocos, no es posible sacar inferencias estadísticamente válidas; aunque también en este caso se advierte que es en el grupo de los tres tipos de violencia en el que se nota el mayor peso relativo de fumadoras sobre no fumadoras.

Tres mujeres de las 149 víctimas de violencia dijeron haber tenido intentos de suicidio (dos de ellas pertenecen a la categoría “víctimas de violencia física y psicológica” y una a la de violencia física, psicológica y sexual).

La síntesis de esta información permite inferir que aunque las mujeres que padecen conjuntamente los tres tipos de violencia representan la menor proporción de casos, su estado de salud psicofísico está relativamente más agravado que para los restantes grupos.

Por otra parte, aunque algunas categorías tienen una incidencia muy baja como los intentos de suicidio o los abortos la gravedad de las mismas ameritaría estudios más específicos para evaluar su vinculación con la violencia.

2. Antecedentes de consultas por violencia familiar entre las mujeres víctimas

Del total de víctimas de violencia, sólo cinco de ellas (3.4%) dijo haber hecho consultas sobre el tema. De ellas únicamente dos continuaban atendiéndose al momento de la entrevista.

El porcentaje es algo mayor en lo que respecta a denuncias policiales: 9.4% de ellas dijo haber hecho alguna declaración policial. Mientras que la denuncia judicial es prácticamente nula (2% del total).

La mayor proporción de declaraciones policiales que de consultas a servicios especializados, evidencia también que el acercamiento de las mujeres a centros policiales no favorece ni incentiva la consulta a servicios de violencia especializados.

Resultados de la experiencia del trabajo de campo

Al mismo tiempo que se iban recopilando datos en campo, se implementaron estrategias de asistencia y prevención en las mujeres entrevistadas que demandaban ser atendidas por el servicio de violencia del hospital.

A las mujeres entrevistadas se les entregaba una guía de recursos sobre servicios de violencia para que tuvieran información al respecto y pudieran acudir en dado caso.

De esta manera se fue generando una red de información y de contención en la problemática. El instrumento aplicado, además de relevar información de utilidad en la temática, servía para la implementación de estrategias de asistencia y prevención.

En términos generales, las mujeres entrevistadas mostraron un alto grado de predisposición a contestar las preguntas, las mismas sentían que tenían un espacio para comentar lo que les estaba pasando en el ámbito privado. Esto constituye un avance en el abordaje de la problemática, el que los hechos de violencia ya no pertenecen al mundo del silencio, de la invisibilidad doméstica, sino que adquieren una significación pública.

Muchas de las mujeres comenzaron a tomar conciencia sobre situaciones de violencia que hasta ese momento eran consideradas hechos naturales, como formando parte de la vida cotidiana de los hogares. Pudieron comprender que no solamente se consideran situaciones de violencia los hechos de gravedad, sino también los distintos componentes de la violencia emocional.

Algunas mujeres que no estaban sufriendo violencia demandaron información sobre servicios de este tipo con la finalidad de brindar información a otras personas que estaban atravesando episodios de violencia.

De esta manera, la aplicación del protocolo permitió una difusión de los recursos existentes y una ampliación de la red social de ayuda.

Las agentes de salud del hospital recuperaron la experiencia y el aprendizaje que adquirieron al participar de la experiencia del trabajo en campo en cuanto a la detección de poblaciones en situaciones de riesgo. Las mismas comentaron que la aplicación del protocolo no presentó dificultades durante su administración y se sintieron cómodas durante la situación de entrevista.

En la reunión de cierre del trabajo en campo se recomendó que el protocolo sea aplicado en todos los hospitales del ámbito del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como elemento preventivo y que se puedan dictar cursos sobre la temática.

Conclusiones

Aunque los resultados de este estudio están circunscriptos a las consultantes al Servicio de Maternidad y Obstetricia de un hospital de la Ciudad de Buenos Aires, constituyen un indicador atendible sobre la envergadura que puede alcanzar la problemática en nuestro contexto. Por otra parte, las cifras sobre la incidencia de violencia contra las mujeres coinciden en términos generales con los resultados que se muestran en estudios internacionales aplicados a muy diferentes contextos.

De cualquier modo, como quedó dicho, el perfil de la población que consulta este servicio registra un sesgo significativo por la alta presencia de población migrante, por lo que toda proyección sobre la población general debe ser valorada con cautela.

Más allá de estas consideraciones, interesa remarcar una vez más que la importancia que expone el fenómeno de la violencia entre población migrante y nativa es absolutamente significativa, y que, tal como lo indican diferentes estudios, el sistema de salud no está suficientemente sensibilizado ni capacitado para detectar y atender esta problemática.

En lo que respecta a los aspectos más relevantes de este estudio se pueden citar:

- a. La importante incidencia de violencia familiar en población joven, asociada con embarazo adolescente. Este grupo debería constituir una población objeto específica por la complejidad que presenta el embarazo adolescente, agravado aún más por la existencia de un vínculo violento. Por otra parte, interesa indagar en nuevos estudios que permiten evaluar la vinculación entre violencia y cuidados anticonceptivos y reproductivos de las mujeres, con especial atención a las mujeres jóvenes y adolescentes.
- b. La significativa incidencia de mujeres víctimas de violencia que tienen gran número de hijos. Los niños que crecen en esos hogares están expuestos a experiencia de violencia, lo que acarrea grandes consecuencias psicológicas, y alta probabilidad de transformarse ellos mismos en víctimas o victimarios de vínculos violentos en edad adulta.
- c. La evidencia de que la violencia afecta también a población con alto nivel de instrucción, lo que confirma la tesis de que es un fenómeno extendido entre distintos grupos socioculturales.
- d. La constatación de los efectos que sobre la salud física y psíquica tienen las situaciones de violencia, llegando a situaciones extremas cuando se trata de violencia física o cuando ésta se combina también con agresiones y abusos sexuales.
- e. Finalmente la constatación de que la gran mayoría de las mujeres víctimas de violencia no hacen consultas ni tratamientos sistemáticos para superar las situaciones en las que se encuentran. Este aspecto debe ser especialmente significativo para los efectores de salud, ya que como demuestra este mismo estudio, las mujeres pueden declarar su situación de violencia si se las interroga adecuadamente al respecto.

En relación con este último aspecto interesa señalar que los datos cualitativos obtenidos a través del trabajo con los profesionales, en el mismo servicio de maternidad y ginecología en el que se realizó el relevamiento de consultantes, indican que eran muy pocos los profesionales que indagaban sobre la problemática de la violencia entre sus pacientes. Además, y aún existiendo un servicio especializado en violencia familiar en el mismo hospital en el que trabajaban, prácticamente no interactuaban ni derivaban pacientes a él.

Sin embargo, cabe destacar que durante el desarrollo de esta investigación algunos profesionales del servicio se mostraron interesados en el tema y demandaron capacitación para poder operar con la problemática.

Esto indica que la sensibilización y la difusión de información puede constituir una herramienta esencial para motivar a los profesionales, contribuyendo así a una atención más integral por parte del sector salud.

gcolombo@sinectis.com.ar

Graciela Beatriz Colombo. Licenciada en Sociología, Universidad Católica Argentina. Maestría en Docencia Universitaria, Universidad Tecnológica Nacional, Buenos Aires. Directora de Proyectos UBACYT. Integrante del Comité Académico del IDIS (Instituto de Investigaciones Sociológicas-Consejo de Profesionales en Sociología). Colaboró con el *Manual de Capacitación y El Trabajo en los Talleres*, ambos de La Serie la Violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones familiares, editados por el Consejo Nacional de la Mujer-UNICEF, en Bs. As, en 1999.

Roxana Ynoub. Dra. en Psicología (UBA). Imparte cátedra sobre Metodología de Investigación Psicológica II, Facultad de Psicología, UBA.

pablo.stropparo@gmail.com

Pablo Ezequiel Stropparo. Licenciado en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestrando en Ciencia Política del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Ha publicado en la Revista Científica de UCES.

lveneranda@hotmail.com

Luciana Edith Veneranda. Lic. en Trabajo Social. Maestría en Ciencias Sociales (Acreditada por la CONEAU), Universidad Nacional de la Matanza. En la actualidad se desempeña como Consultora Especialista en Intervención Social en el Programa Mejoramientos de Barrios (PROMEBA) Proyecto OC 940BID-Nación. Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios. Coautora del libro *Exclusión y Marginación Social...* (1999).

mviglizzo@edca.com.ar

Mónica Graciela Viglizzo. Licenciada en Trabajo Social. Maestría de Post-Grado en Demografía Social e Investigación, Universidad Nacional de Luján. Especialista en Demografía. Docente de la carrera de Trabajo Social, Jefa de Trabajos Prácticos, Metodología de la Investigación I y II Diseño de Investigación cuali-cuantitativa, UBA Facultad de Ciencias Sociales.

María Gabriela Iglesias. Lic. en Sociología (UBA). Maestría en Demografía Social. Ha publicado junto con Avaro Dante: *Universidad - Empresa. Cómo hacer crecer habas en Liliput* (2002) y en la Revista Científica de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), entre otras obras.

Recepción: 08 de abril de 2005

Aprobación: 02 de mayo de 2005

**Cuadro 1: Padecimiento de violencia según edad de la consultante
*(frecuencias relativas)***

Edad de la consultante	Padecimiento de violencia		Total
	Sin Violencia	Con violencia	
15-19	15,2	10,7	13,9
	78,1	21,9	100,0
20-24	35,5	39,3	36,6
	69,3	30,7	100,0
25-29	24,3	34,0	27,0
	64,1	35,9	100,0
30-34	14,4	9,3	13,0
	79,4	20,6	100,0
35 y más	10,7	6,7	9,5
	80,0	20,0	100,0
Total	100,0	100,0	100,0
	71,4	28,6	100,0
			(529)

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 2: Padecimiento de violencia según estado civil de la consultante
*(frecuencias relativas)***

Estado civil	Padecimiento de violencia		Totales
	Sin violencia	Con violencia	
Soltera	12,7	12,7	12,7
	71,6	28,4	100,0
Casada	25,6	19,3	23,8
	77,0	23,0	100,0
Separada	1,3	4,0	2,1
	45,5	54,5	100,0
U. de hecho	60,4	64,0	61,4
	70,5	29,5	100,0
Totales	100,0	100,0	100,0
	71,6	28,4	100,0
			(529)

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 3: Padecimiento de violencia según cantidad de hijos
 de la consultante (*frecuencias relativas*)**

Cantidad de hijos	Padecimiento de violencia		Total
	Sin violencia	Con violencia	
Ninguno	43,9 75,1	36,4 24,9	41,8 100,0
1- 2	43,4 68,9	49,0 31,1	45,0 100,0
3- 4	10,3 69,6	11,3 30,4	10,6 100,0
Más de 4	2,4 64,3	3,3 35,7	2,6 100,0
Totales	71,5 100,0	28,5 100,0	100,0 100,0 (529)

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 4: Edad de los hijos según padecimiento de violencia
 (*frecuencias relativas*)**

Edad de los hijos	Padecimiento de violencia		Totales
	Sin violencia	Con violencia	
Primera infancia	41,2	33,7	38,9
Infancia	35,4	39,7	36,7
Pre-adolescencia	15,9	17,4	16,3
Adolescencia	7,6	9,2	8,1
Totales	100,0	100,0	100,0 (529)

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 5: Padecimiento de violencia según nivel de instrucción de la consultante (*frecuencias relativas*)

Nivel de instrucción	Padecimiento de violencia		Total
	Sin violencia	Con violencia	
Sin instrucción	2,11 72.7	2,0 27.3	2,1 100.0
Primaria incomp./comp.	35,4 74.0	31,3 26.0	34,2 100.0
Secundaria incomp./comp.	55,4 71.2	56,7 28.8	55,8 100.0
Terc. / univ. Incomp./comp.	7,12 64.3	10,0 35.7	7,9 100.0
Totales	100,00 71.6	100,0 28.4	100,0 100.0

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 6: Padecimiento de violencia según nacionalidad de la consultante (*frecuencias relativas*)

Nacionalidad	Padecimiento de violencia		Totales
	Sin violencia	Con violencia	
Argentina	54,4 78.9	36,7 21.1	49,3 100.0
Boliviana	27,4 64.6	38,0 35.4	30,4 100.0
Peruana	7,9 55.6	16,0 44.4	10,2 100.0
Paraguaya	9,0 70.8	9,3 29.2	9,1 100.0
Otros	1,3 100.0	0,0	0,9 100.0
Totales	100,0 71.6	100,0 28.4	100,0 100.0

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 7: Padecimiento de violencia según ocupación de la consultante
*(frecuencias relativas)***

Ocupación	Padecimiento de violencia		Totales
	Sin violencia	Con violencia	
Servicio doméstico	14,2 65,1	19,3 34,9	15,7 100,0
Cuenta propia	6,3 72,7	6,0 27,3	6,2 100,0
Desocupada	2,4 50,0	6,4 50,0	3,4 100,0
Ama de casa	54,9 73,5	50,0 26,5	53,5 100,0
Otros	5,0 79,2	3,3 20,8	4,5 100,0
Obrera/Maestranza	12,7 70,6	13,3 29,4	12,9 100,0
Empleada	4,5 85,0	2,0 15,0	3,8 100,0
Totales	100,0 71,6	100,0 28,4	100,0 100,0

Fuente: Elaboración propia

**CUADRO 8: Servicio en el que fueron atendidas según
 padecimiento de violencia (*frecuencias relativas*)**

Servicio	Padecimiento de Violencia		Totales
	Sin violencia	Con violencia	
Consultorios externos	77,3	90,7	81,1
Internación	22,7	9,3	18,9
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 9: Tipo I . Tipo violencia padecida por las consultantes (*frecuencias relativas*)

Tipo de Violencia	Porcentaje
Psicológica/física/ sexual	10,7
Psicológica	34,9
Física	8,1
Psicológica/física	44,3
Psicológica/sexual	1,3
Física/sexual	0,7
	100
Totales	(149)

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 10: Tipo II . Tipo violencia padecida por las consultantes (*frecuencias relativas*)

Tipo de Violencia	Porcentaje
Psicológica/física/ sexual	12,8
Sólo psicológica	34,9
Física/psicológica	52,3
Totales	100

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

- Almeida Filho, N. (1992), *Epidemiología sin números*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Arcos, G. et al. (1999), "Detección de violencia doméstica en mujeres embarazadas", Investigación realizada en el Instituto de Enfermería Materna, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, en Foro Mundial de la Salud Reproductiva, publicación electrónica.
- Asociación Argentina de Prevención de la Violencia Familiar (1998), *Manual de Capacitación y Recursos para la Prevención de la Violencia Familiar*, Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social.
- Barberá, E. (1998), *Psicología del Género*, Barcelona: Ariel.
- Bertelli, M. C. (1999), *Violencia Familiar: Informar acerca de la Violencia Familiar es una forma de prevención*, Buenos Aires: Secretaría de Desarrollo Social y Fundación Armonía.
- Castillo Salgado, C. (ed.) (1999), *Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil*, núm. 7, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud.
- Corsi, J. (1995), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*, Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (comp.) (1997), *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (1997), "Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar", en Corsi, J. (comp.), *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires: Paidós.
- Dutton, D.G. y S., Golant (1997), *El Golpeador. Un perfil psicológico*, Buenos Aires: Paidós.
- Edleson, J. Y Z., Eisikovits (compiladores) (1997), *Violencia Doméstica. La mujer golpeada y la familia*, Buenos Aires: Granica.
- Ellsberg, M. (1996), *Confites en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua*, Managua: UNAM-León.
- Entel, R. (2002), *Mujeres en Situación de Violencia Familiar, Embarazo y Violencia*, Buenos Aires: Espacio.
- Fundación Interdisciplinaria para la Docencia, Asistencia e Investigación Humanística de la Niñez, Adolescencia y Familia (1999), "Violencia familiar y social a fines del siglo XX", en *Revista FUNDAIH*, núm. 12, Buenos Aires.
- García Puent, L. (1993), *Abordaje interdisciplinario de la Violencia Familiar y su proyección social. Violencia Familiar: definición conceptual*, Familiar, Buenos Aires: Taller sobre Violencia organizado por Acción Educativa.
- Heise, L. et al. (1994), *Violencia contra la Mujer: La carga oculta de salud*, Washington, DC: Programa Mujer, Salud y Desarrollo, OPS.
- Heise, L. et al. (1994), *Violence against women: The hidden health burden*, Washington, DC: World Bank Discussion Papers, World Bank.
- Henriques-Mueller, M. H. y J., Yunes (1993), "Adolescencia: Equivocaciones y esperanzas", en *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación Científica, núm. 541, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Infante, L. et al. (1999), *La violencia familiar. Actitudes y representaciones sociales*, Madrid: Fundamentos Colección Ciencia.

- Larraín, S. y T., Rodríguez (1993), "Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer", en *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Lolas, F. (1991), *Agresividad y Violencia*, Buenos Aires: Losada.
- Menicucci de OLivera, E. y L., Carneiro Viana (1993), "Violencia conyugal en la gravidez", en *Estudios Feministas*, CIEC, ECO, núm. 1, San Pablo, Brasil.
- Moreno Martín, F. (1999), "La violencia en la Pareja", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, abril-mayo, vol. 5, núm 4-5, Washington DC: OPS.
- Morrison, A. R. y M. L., Biehl (eds.) (1999), *El Costo del Silencio. Violencia doméstica en las Américas*, Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Organización Panamericana de la Salud, (1996), *La Violencia en las Américas: La Pandemia Social del Siglo XX*, núm. 10, Washington: Serie de Publicaciones, Comunicación para la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1993), *Género, Mujer y Salud en las Américas*, núm. 541, Washington, DC: Publicación Científica, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1999), *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 5, núm. 4-5, Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1988), *Fecundidad en la Adolescencia. Causas, riesgos y opciones*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Cuaderno Técnico núm. 12.
- Organización Panamericana de la Salud (1998), *La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Paggi, P. y G., Colombo (colaboración) (1999), *Manual de Capacitación, Serie la Violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones familiares*, Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer-UNICEF.
- Paltiel, F. L. (1993), "La salud mental de la mujer de las Américas", en *Publicación Científica, Género, Mujer y Salud en las Américas*, núm. 541, Washington DC: OPS.
- Pantelides, Cerruti (1992), *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*, Buenos Aires: Cuadernos CENEP, núm. 47.
- Pantelides, E. A. y S., Bott (1999), *Reproducción, Salud y Sexualidad en América Latina*, Buenos Aires: Biblos.
- Perrone, R. y M., Nannini (1997), *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*, Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Ravazzola, M. C. (1999), *Historias Infames: los malos tratos en las relaciones*, Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Red Nacional por la Salud de la Mujer (2001), *Hecho en Red*, Buenos Aires: Dunken.
- Rico; N, (1992), *Violencia Doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: Propuestas para la discusión*, Santiago de Chile: División de Desarrollo Social, Unidad Mujer y Desarrollo, CEPAL.
- Tortosa, G. (1998), "¿ La violencia está en auge?", en *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, núm. 17: 97-192, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Torres, N. (1996), "La otra mirada de la Salud Mental", en *Agenda de Salud*, julio-septiembre, I sis Internaciona.
- Traverso, M. T. (2000), *Violencia en la Pareja. La cara oculta de la relación*, Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

- Valdez Santiago, R. y L., Sanin Aguirre (1996), "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer", en *Salud Pública Méx*, núm. 38:352-362, México.
- Ynoub, R. y G., Colombo (1996), "Diagnóstico de situación de los Servicios de Atención en Violencia Doméstica del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires", mimeo.
- Ynoub, R. (1998), "Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar del Área Metropolitana de Buenos Aires", en *Cadernos de Saude Pública*, vol. 15, Río de Janeiro.
- Ynoub, R. et al. (1999), *Construyendo el saber desde la práctica. Manual metodológico para la aplicación del Instrumento de Registro de Casos de Violencia Familiar*, Buenos Aires: Consejo Nacional de la Mujer-UNICEF.
- Ynoub, E. et al., "Evaluación epidemiológica de la violencia familiar desde la práctica institucional: una experiencia de trabajo con Servicios de Violencia Familiar para el diseño y aplicación de un Instrumento de Registro de Casos", en Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario (en prensa).