

# Capacidad resolutiva de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género



Maritza Evangelina Villanueva Benites,  
Matilde Rojas García,  
Jesús Jacinto Magallanes Castilla,  
Elba Flores Torres,  
Ángel López González,  
Rosario del Pilar Bardales Arévalo,  
Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci,  
*et al.*



Fondo Editorial  
Universitario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

Iquitos, Perú







**Capacidad resolutive de establecimientos de salud  
en la detección de la violencia de género**



# Capacidad resolutive de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género



Maritza Evangelina Villanueva Benites,  
Matilde Rojas García,  
Jesús Jacinto Magallanes Castilla,  
Elba Flores Torres,  
Ángel López González,  
Rosario del Pilar Bardales Arévalo,  
Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci,  
*et al.*

Esta publicación es el resultado de una investigación multidisciplinaria realizada con el apoyo institucional y financiero del Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)



Fondo Editorial  
Universitario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA

Iquitos, Perú

**Capacidad resolutive de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género/Maritza Evangelina Villanueva Benites *et al.***

**Parte teórica:** Magnitud de la violencia de género, capacidad resolutive, antecedentes, tipos y ciclo de la violencia de género, conocimientos y actitud ante la violencia de género. Abordaje de la violencia de género en el sector salud.

**Parte empírica:** Problema, objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones. Anexos.

©Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP).

Fondo Editorial Universitario de la UNAP.

Dirección: calle Sargento Lores 385, Iquitos, Loreto, Perú.

Teléfono: +51 948849052.

Sitio web: [www.unapiquitos.edu.pe](http://www.unapiquitos.edu.pe)

Correo electrónico: [fondoeditorial@unapiquitos.edu.pe](mailto:fondoeditorial@unapiquitos.edu.pe)

El contenido de la obra es responsabilidad exclusiva de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la UNAP.

Primera edición: julio 2018.

Tiraje: 300 ejemplares.

Revisores de esta edición:

Flor Marlene Luna Victoria Mori. Profesora principal de la Universidad Nacional de Trujillo.

Zoila Esperanza Leitón Espinoza. Profesora principal de la Universidad Nacional de Trujillo.

Corrección de textos y edición: Julio César Bartra Lozano.

Diseño gráfico y diagramación: Rodolfo Ramos Ramírez.

Impresión: Precisión Gráfica.

Dirección: sector 3, grupo 19, manzana D, lote 16, Villa El Salvador, Lima, Perú.

Se terminó de imprimir en julio 2018.

ISBN: 978-612-45419-6-4.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2018-09147.

Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de este libro por cualquier medio sin la autorización de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP).



# INVESTIGADORES

**Investigadora principal:** Maritza Evangelina Villanueva Benites

## **Facultad de Enfermería de la UNAP**

Maritza Evangelina Villanueva Benites  
Matilde Rojas García  
Elba Flores Torres  
Rosario del Pilar Bardales Arévalo  
Ruth Vílchez Ramírez  
Alba Luz Vásquez Vásquez  
Elena Lázaro Rubio  
Bertha Luz Collantes Chávez  
Rosa Mercedes Freitas Caycho  
Juana Evangelista Fernández Sánchez  
Elsa Reyna del Águila  
Carlos Manuel del Águila Coquinche

## **Facultad de Medicina Humana de la UNAP**

Jesús Jacinto Magallanes Castilla  
Hugo Miguel Rodríguez Ferrucci  
Cristiam Armando Carey Ángeles  
Eduardo Tomás Chuecas Velásquez  
Ernesto Salazar Sánchez  
Jorge Antonio Reyes Dávila

## **Universidad de Castilla La Mancha, España**

Ángel López González  
Joseba Rabanales Sotos

## **Red de Prevención de Violencia Familiar y de Género de Loreto**

Leea Amalecita Cuenca Pérez



<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
<b>Prólogo</b> .....	11
<b>Resumen</b> .....	13
<b>1. PARTE TEÓRICA</b> .....	<b>15</b>
1.1. Magnitud de la violencia de género .....	15
1.2. Capacidad resolutive: aproximación conceptual .....	16
1.3. Antecedentes .....	18
1.4. Tipos de violencia .....	32
1.5. Ciclo de la violencia de género .....	33
1.6. Abordaje de la violencia de género en el sector salud: modelos teóricos .....	34
1.7. Conocimiento sobre normas y protocolos de la violencia de género .....	37
1.8. Actitud frente a la violencia de género .....	38
1.9. El personal de salud en la detección y atención de la violencia de género .....	40
<b>2. PARTE EMPÍRICA</b> .....	<b>45</b>
2.1. Problema y objetivos .....	45
2.2. Metodología .....	47
2.2.1. Tipo y diseño .....	47
2.2.2. Variables .....	47
2.2.3. Población y muestra .....	49
2.2.4. Técnicas e instrumentos .....	51
2.2.5. Procedimiento de recolección de datos .....	52
2.2.6. Control de calidad y seguridad .....	52
2.2.7. Análisis de los datos .....	52
2.2.8. Aspectos bioéticos .....	52
2.3. Resultados .....	53
2.3.1. Características sociodemográficas del prestador de salud .....	53
2.3.2. Prácticas del prestador de salud en la atención a la usuaria .....	54
2.3.3. Nivel de conocimientos sobre violencia de género del prestador de salud .....	56
2.3.4. Actitud frente a la violencia de género del prestador de salud .....	61
2.3.5. Indicadores de la capacidad resolutive del establecimiento de salud .....	64
2.3.6. Características sociodemográficas, conocimiento y actitud del prestador versus indicadores de capacidad resolutive .....	67
2.4. Discusión .....	71
2.5. Conclusiones .....	75
2.6. Recomendaciones .....	75
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>I</b>

## RELACIÓN DE CUADROS Pág.

<b>Cuadro 1.</b>	Número de prestadores de salud de los establecimientos de salud	49
<b>Cuadro 2.</b>	Tamaño de muestra	50

## RELACIÓN DE TABLAS Pág.

<b>Tabla 1.</b>	Características sociodemográficas del prestador de salud según sexo	53
<b>Tabla 2.</b>	Prácticas del prestador de salud en la atención a afectados por violencia de género	55
<b>Tabla 3.</b>	Número de mujeres atendidas por semana y sospecha de violencia de género, informado por el prestador de salud	55
<b>Tabla 4.</b>	Nivel de conocimiento según sexo del prestador de salud	57
<b>Tabla 5.</b>	Conocimientos del prestador de salud en violencia de género	58
<b>Tabla 6.</b>	Conocimientos del prestador de salud en violencia familiar según la categoría profesional	59
<b>Tabla 7.</b>	Metacognición sobre violencia de género del prestador de salud	59
<b>Tabla 8.</b>	Metacognición sobre violencia de género del prestador de salud según sexo	60
<b>Tabla 9.</b>	Actitud del prestador de salud frente a la violencia de género	62
<b>Tabla 9.1.</b>	Actitud del prestador de salud (cont. de la tabla 9)	63
<b>Tabla 10.</b>	Puntuaciones medias de la violencia de género según sexo	64
<b>Tabla 11.</b>	Estadísticos descriptivos del número de casos de violencia de género registrados en el sistema informático según HIS y FUA	65
<b>Tabla 12.</b>	Características de la referencia de casos de VG por el prestador de salud	65
<b>Tabla 13.</b>	Disponibilidad de recursos del establecimiento y atención individualizada a la usuaria con violencia de género	66
<b>Tabla 14.</b>	Matriz de correlación bivariada para la capacidad resolutoria del establecimiento de salud en la detección de VG	69
<b>Tabla 14.1.</b>	Matriz de correlación bivariada (cont. de la tabla 14)	70

## RELACIÓN DE GRÁFICOS Pág.

<b>Gráfico 1.</b>	Nivel de conocimiento sobre VG del prestador de salud	56
<b>Gráfico 2.</b>	Conocimiento sobre VG según profesión del prestador de salud	57
<b>Gráfico 3.</b>	Actitud global frente a la VG del prestador de salud	61
<b>Gráfico 4.</b>	Actitud del prestador de salud frente a la VG	62

## PRÓLOGO

Desde que, en 1996, un grupo de mujeres en Loreto, organizadas en la asociación civil Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables (Inagruv), decidiera visibilizar las cifras de la violencia contra la mujer en Iquitos, Perú y las causas que subyacen a esta problemática, preocupadas por la alta tasa de subregistros identificados en su recorrido por las instituciones que intervienen en la ruta de violencia, mucho se ha escrito en nuestro país sobre esta temática.

La violencia de género afecta a todos los sectores de la sociedad y pone en evidencia la desigualdad, la discriminación y vulneración de derechos por sus devastadores efectos en la calidad de vida de las personas. Calificado por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública, de derechos humanos y de seguridad ciudadana, recomienda a los gobiernos miembros que formulen políticas y planes para su prevención y control.

Para el caso del Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), ha elaborado el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2016-2021, aprobado mediante D.S. 008-2016. Importante herramienta para el abordaje integral al problema de la violencia de género, la implementación de observatorios, la sistematización de acciones estratégicas, monitoreo y evaluación de los avances y articulación con los gobiernos subnacionales rumbo a estándares de protección y prevención en todo el país. Establece además, los roles de la sociedad y el Estado para garantizar los derechos de las mujeres, el acceso de las víctimas a servicios públicos de calidad y la promoción de nuevos patrones socioculturales que rompan contra todas las formas de violencia en el país.

Aunque la percepción de los ciudadanos sea de un progreso lento, para llevar la voz de las mujeres al discurso público, dado el fuerte impacto de los estereotipos de género que sustentan la marginación, discriminación y violencia contra las niñas y las mujeres en el Perú, no se observa aún el compromiso político para combatirla y erradicarla, tal como lo señala Amnistía Internacional en su informe “El Estado como aparato reproductor de violencia contra las mujeres”<sup>1</sup>, evidenciado en el presente estudio, a partir del reporte de la inexistencia de flujogramas de atención para la violencia de género en los servicios de salud evaluados, desconocimiento de los operadores de salud respecto al protocolo interno del servicio para atención de los casos identificados, inexistencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia, ausencia de un sistema de seguimiento a las víctimas para su recuperación y falta de articulación a la red de instituciones que intervienen en la ruta de denuncia.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), ha reportado que el Perú ocupa el octavo puesto de un total de veintitrés países de la región con mayor número de *feminicidios*. Dato validado por la ENDES 2016<sup>2</sup>, con un registro del 68% de mujeres víctimas de violencia en el Perú. Es decir 7 de cada 10, ha sufrido algún tipo de violencia, especialmente, por parte de la pareja o expareja. Se suman, 121 casos de feminicidios y 247

<sup>1</sup> Amnistía Internacional (2016). El Estado como aparato reproductor de violencia contra las mujeres. Violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva en América Latina y El Caribe. [www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid](http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid).

<sup>2</sup> INEI, ENDES 2016.

tentativas registradas en el 2017, 32 feminicidios acumulados a marzo 2018<sup>3</sup> y dos más en momentos en que redacto este prólogo<sup>4</sup>. Cifras que dan cuenta respecto a la intensidad de la desvaloración de lo femenino en el imaginario colectivo y de un escenario en el cual es preciso que los diversos profesionales que intervienen en la ruta de denuncia de la violencia de género, desarrollen herramientas teórico-metodológicas para reflexionar críticamente y den propuestas de prevención y atención individual, grupal y comunitaria orientadas a su abordaje integral.

La institución más valorada y que más confianza genera en las víctimas que acuden buscando ayuda frente a casos de violencia son los servicios de salud. En nuestro país, a pesar de los protocolos que norman los procedimientos de intervención, no se evidencia mayor impacto en la calidad del servicio. Una de las principales conclusiones a la que arriba el presente estudio y que refleja la necesidad de fortalecer capacidades en el manejo de herramientas para la detección oportuna y la primera respuesta a las víctimas de violencia de género, en especial cuando evidenciamos secuelas o síntomas inespecíficos, no registrados en la historia clínica; lo que implica además, estrategias de intervención interdisciplinarias para asistir integralmente a las víctimas, particularmente de aquellas que manifiestan episodios de deterioro de la salud física y psicológica, dado el riesgo de discapacidad permanente, constituyéndose en una de las principales determinantes de la salud de las mujeres.

La conformación multidisciplinaria de los equipos de salud facilita la coordinación no solo al interior del sistema de salud, sino que abre la posibilidad de relacionarse con las demás instituciones para un abordaje integral y multidisciplinario. Ello significa reconocer cómo influyen las diferencias de poder entre las mujeres y los hombres, en su relación de pareja, en su libertad para decidir sobre sí mismas, el acceso a los recursos para proteger su salud y el trato que el sistema de salud les brinda. Posible, solo si garantizamos la aplicación del enfoque de igualdad de género en los servicios, ofreciendo una atención justa tanto a mujeres y hombres, en función de sus necesidades y preocupaciones de salud específicos, con la misma posibilidad de ejercer sus derechos y el mismo potencial para tener buena salud.

Los hallazgos de la presente investigación que nos presenta un equipo de docentes investigadores de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, a quien saludo por este importante aporte académico, nos genera una perspectiva esperanzadora, dado que levanta información de los nudos críticos detectados en la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud para la atención de las víctimas de violencia de género y que en su accionar ocultan prácticas discriminatorias al invisibilizar el problema; constituyéndose en un importante documento referencial para quienes están encargados de diseñar e implementar políticas públicas a nivel local y regional, permitiendo establecer acciones estratégicas para su abordaje, punto de partida para romper el ciclo de la violencia de género en nuestro país.

**Psicóloga Faviola Mares Quispe**

---

<sup>3</sup> MIMP. Registro de víctimas de feminicidio en el Perú, reportado por los Centros de Emergencia Mujer. Marzo 2018.

<sup>4</sup> Diario La República. 10 de mayo de 2018.

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar los factores asociados a la capacidad resolutiva de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género, se desarrolló un estudio descriptivo-transversal-correlacional. La muestra conformada por 256 prestadores de salud que laboran en dos hospitales y cinco centros de salud cabeceras de microrredes, fue determinada por la fórmula de proporciones para poblaciones finitas y seleccionadas por estratificación proporcional. Los instrumentos de recolección de datos fueron un cuestionario de características sociodemográficas, un test de conocimientos sobre las normas legales y protocolos en la prevención y atención de la violencia de género de Siendónés, la escala de actitud frente a la violencia de Chuquimajo (confiabilidad de 0,91 y 0,81, respectivamente) y una lista de cotejo que verifica el número de indicadores de capacidad resolutiva del establecimiento de salud. Los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 23,0. Los resultados muestran el perfil de los prestadores de salud: edad promedio  $38,1 \pm 9,0$  años, siendo en su mayoría adultos intermedios de sexo femenino, 43,0% son casados, con un tiempo laboral promedio de  $9,68 \pm 8$  años. El nivel de conocimiento de los prestadores de salud fue alto y muy alto (39,8% y 15,6%, respectivamente), seguido de conocimiento medio (33,6%) y bajo (10,9%). El 83,6% de los prestadores tiene una actitud neutra frente a la violencia de género, y solo el 4,7% tiene una actitud favorable. El conocimiento sobre violencia de género correlacionó en forma positiva con la actitud del prestador para detectar violencia de género ( $p < 0,05$ ). A mayor capacidad de detección de violencia física, mayor capacidad de detección de violencia sexual, mayor capacidad de referencia de casos de VG ( $p < 0,05$ ). A mayor número de casos de VG referidos por el prestador de salud, mayor conocimiento del protocolo y flujograma de atención ( $p < 0,05$ ).

**Palabras claves:** violencia de género, personal de salud.





## 1. PARTE TEÓRICA

En el presente capítulo se abordan aspectos teóricos y antecedentes de importancia que han contribuido a la fundamentación de la presente investigación.

### 1.1. Magnitud de la violencia de género

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual (OMS, 2013)<sup>1</sup>.

En el año 2005, la OMS desarrolló un estudio sobre la prevalencia de la violencia contra la mujer en diez países diferentes y reportó que entre un 15% en Japón y un 75% en Etiopía y Perú de las mujeres encuestadas habían sufrido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida<sup>2</sup>. Estos datos muestran que la violencia de género es un fenómeno universal que perdura en todos los países del mundo y que repercute de manera muy negativa en las mujeres, siendo la primera causa de pérdida de años de vida en las mujeres que tienen entre 15 y 45 años, por encima de las guerras, accidentes de tráfico y los diferentes tipos de cáncer<sup>3</sup>.

En un estudio realizado por Varas en Lima (2013) se determinó el costo empresarial de la pérdida de la productividad laboral en el Perú, como consecuencia de la violencia contra las mujeres en relaciones de pareja; informó que el 23,24% de trabajadoras remuneradas del Perú ha sido víctima durante los últimos doce meses de algún tipo de violencia por parte de sus parejas o exparejas, en un promedio de cuatro veces por año. Bajo estas consideraciones, es posible que existan en las empresas del Perú, 450 586 mujeres que han sufrido violencia al menos una vez durante el último año. Producto de la violencia, se está perdiendo 70 millones de días laborales por año, que representa una pérdida de valor agregado empresarial mínimo de 6744 millones de dólares americanos, equivalente al 3,7% del producto bruto interno (PBI)<sup>4</sup>. El mismo autor señala que el 19,5% de las mujeres trabajadoras remuneradas de Loreto son víctimas de violencia psicológica por parte de sus parejas, siendo la prevalencia anual de 18,5% en el ámbito nacional.

Este problema social influye en la calidad de vida de las familias, está vinculado al desequilibrio de las relaciones de poder e indiscutiblemente ligada a la inequidad en los ámbitos social, económico, cultural, religioso y político; además, se lo considera como un atentado contra los derechos humanos de las personas, el derecho a la vida, a la dignidad, a la libertad, seguridad e integridad; lo que permite sostener que es una barrera para el desarrollo, no solo personal de la víctima sino también al desarrollo social<sup>5</sup>.

La violencia de género repercute sobre la salud de las personas afectadas, Plazaola y Ruiz (2004) señalan que aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios sanitarios padece esta situación; aunque el motivo por el cual consultan no siempre es una lesión directa de la agresión, sino que suele

ser una manifestación subaguda o encubierta y, en muchas ocasiones, no es más que una forma involuntaria de solicitar auxilio. A pesar de que los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia, rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y solo se identifica el 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas<sup>6</sup>.

Una de las funciones básicas del prestador de salud incluye desde proveer contención emocional y consejería a mujeres víctimas de violencia de género hasta la derivación y coordinación con otros servicios. Los profesionales sanitarios, constituyen un grupo fundamental, no solo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género (Calvo y Camacho, 2014)<sup>7</sup>.

En este contexto, la presente investigación muestra hallazgos importantes que pueden contribuir al mejoramiento de la ruta de atención de las mujeres que sufren violencia de género.

## 1.2. Capacidad resolutive: aproximación conceptual

La literatura revisada describe diversas aproximaciones teóricas sobre la capacidad resolutive desde distintos enfoques, generalmente vinculados al ejercicio de las diversas organizaciones.

Para medir y conceptualizar la capacidad resolutive, se han descrito modelos matemáticos; así, la capacidad resolutive global de un nivel de atención es la resultante de las capacidades resolutivas de las funciones de atención que lo componen. Evaluar la capacidad resolutive de un profesional, un establecimiento o un nivel de atención, equivale a evaluar la capacidad resolutive cuantitativa y cualitativa de ese profesional, establecimiento o nivel de atención. *La primera se evalúa por el número de solicitudes atendidas sobre el número de solicitudes de atención; el criterio de medición es el número de solicitudes rechazadas por parte de ese profesional, establecimiento o nivel. La capacidad resolutive cualitativa se evalúa por el número de casos resueltos sobre el número de casos atendidos; el criterio de medición es el número de casos referidos por el profesional, establecimiento o nivel de atención* (Siméant, 2014)<sup>8</sup>.

Según Donabedian (1984) la capacidad resolutive es el *“resultado de la atención en salud, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud”*<sup>9</sup>. Es decir, inmerso en el gran concepto de la calidad de la atención en salud.

Vega (2017) señala que la capacidad resolutive de un servicio, unidad productora de servicios o de un establecimiento de salud, es un *“indicador gravitante en la calidad y complejidad de tratamientos y procedimientos que se realizan para dar solución a las patologías que aquejan a los pacientes”*<sup>10</sup>.

Otros enfoques que analizan la capacidad resolutive se refieren a la accesibilidad a los servicios de salud; López et al. (2014) describen como *“la capacidad que tiene un establecimiento o una red para atender personas que solicitan atención”*<sup>11</sup>; los mismos autores afirman que en los estudios encaminados a determinar la capacidad resolutive en un nivel de atención o

servicio, se utilizan frecuentemente datos que vinculan la cantidad de derivaciones efectuadas con respecto al total de casos tratados o resueltos.

Otros autores han intentado construir el concepto de capacidad resolutive desde la percepción de los profesionales de la salud. Costa *et al.* (2007) entrevistaron a 198 profesionales, utilizando métodos cualitativos desde la teoría fundamentada, describiendo que *“la capacidad resolutive se debería caracterizar por tres componentes principales: a) la atención de las demandas y las necesidades biopsicosociales de la población, b) la integración de las siguientes dimensiones de la competencia profesional: comunicación y trabajo en equipo, y c) la promoción de la prevención y la educación de la ciudadanía”*. Sin embargo, enfatizan que el trabajo asistencial prioriza la ejecución de parámetros cuantitativos asociados con una actividad reactiva alejada de la singularidad de las enfermedades de los pacientes<sup>12</sup>.

También se ha agregado a los conceptos anteriores el espacio geográfico; así, Doménech *et al.* (2014), manifiestan que *“la capacidad resolutive involucra a la diversidad territorial, el perfil de los equipos profesionales, la dotación de recursos materiales y de infraestructura en los servicios, entre otros”*<sup>13</sup>. Desde esta perspectiva la medición de la capacidad resolutive, no es fácil por su amplitud de involucramiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su parte establece prioritario avanzar progresivamente hacia el Acceso Universal a la Salud (AUS) y la Cobertura Universal en Salud (CUS). La OPS entiende como AUS a la *“capacidad de utilizar servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesiten”*, y por CUS *“la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento”*<sup>14</sup>. La capacidad resolutive también está inmersa en estas definiciones.

En nuestro país, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2009, promovió la ejecución de un estudio con la finalidad de evaluar la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de cinco regiones con los mayores índices de mortalidad materna. La investigación se desarrolló desde el siguiente concepto de la capacidad resolutive: *“la conjunción de factores como infraestructura, equipamiento, insumos, servicios, recursos humanos, horarios de atención, comunicaciones, transporte, referencia y contrarreferencia, que hacen que la capacidad resolutive esté operativa y sea eficiente en el manejo de las emergencias obstétricas que se presenten en ese establecimiento de salud en cualquier momento del día durante las 24 horas”*<sup>15</sup>.

La norma técnica 0021 del Ministerio de Salud de Perú<sup>16</sup> define a la capacidad resolutive como *“la capacidad que tiene la oferta de servicios, para satisfacer las necesidades de salud de la población”* y puede ser: a) *Cuantitativa*: capacidad que tienen los recursos de un establecimiento para producir el número de servicios suficientes para satisfacer el volumen de necesidades existentes en la población (depende de la cantidad de sus recursos disponibles); y b) *Cualitativa*: capacidad que tienen los recursos del establecimiento para

producir el tipo de servicios necesarios para solucionar la severidad de las necesidades de la población (depende de la especialización y tecnificación de sus recursos).

Vale decir que, las necesidades sentidas de la población es otro elemento que ha resultado ser protagónico en la medición de la capacidad de resolución, permite evaluar los servicios de salud. Al respecto, Castro *et al.* (1999) llevaron a cabo una investigación con el propósito de caracterizar la capacidad resolutoria de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, señalando que la atención del proceso salud-enfermedad necesita de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, es decir que, un solo grupo de profesionales y de técnicos no puede ser responsable por el estado de salud de toda la población, ello sería desconocer las múltiples determinantes del proceso salud-enfermedad<sup>17</sup>.

Considerando que la capacidad resolutoria es un concepto complejo cuya aplicabilidad responde a diversas variables, que se encuentra amenazada por la medición cuantitativa y por las deficiencias de recursos humanos, equipamientos, así como por la falta de tiempo para la actividad asistencial; en esta investigación, la capacidad resolutoria se define operacionalmente, como el resultado evidenciable que puede brindar el establecimiento de salud para la satisfacción de las necesidades de salud de la población afectada por la violencia de género a la que presta servicios, utilizando la estructura y los procesos.

### **1.3. Antecedentes**

Marques *et al.* (Brasil, 2017) desarrollaron una investigación con el objetivo de comprender las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre la violencia contra la mujer. Entrevistaron a veinticinco profesionales de la salud a partir de una guía de entrevista semiestructurada. Los resultados señalaron la representación de la violencia contra la mujer, objetivada en la violencia física y anclada en la agresión; y del hombre autor de esta violencia objetivado en la figura del cobarde; confirmando que existe la necesidad de fortalecer los procesos de capacitación de los profesionales en este tema<sup>18</sup>.

Machado *et al.* (Brasil, 2017) ejecutaron un estudio descriptivo-cualitativo con el fin de conocer la percepción de profesionales de salud acerca de la violencia contra la mujer. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada, sistematizados por el análisis de contenido y analizados con base en referencial teórico sobre la temática. Surgieron tres categorías: Conceptualizando la violencia contra la mujer; (Des)conocimiento sobre notificación y denuncia; (Des)conocimiento sobre la ley que hace punible a quien comete violencia contra la mujer. Los profesionales presentan dificultades en la comprensión de conceptos, como denuncia y notificación, y conocimiento superficial sobre la Ley<sup>19</sup>.

Vieira y Hasse (Brasil, 2017) efectuaron un estudio con la finalidad de conocer cómo se perciben las atenciones que realizan los profesionales implicados en atención a mujeres en situación de violencia, en una red

intersectorial. Fueron realizadas treinta entrevistas a personal del sector de servicios de salud, asistencia social, seguridad pública y poder judicial. El análisis temático de los resultados se sistematizó en cinco categorías: ¿Cómo son percibidas las mujeres que sufren violencia?; Los prejuicios que tienen los profesionales; ¿Cómo perciben los profesionales la atención prestada?; Emociones y sentimientos de los profesionales en la asistencia; Barreras y avances respecto a la atención. Hay percepciones fragmentadas y con estereotipos; existe necesidad de perfeccionar la infraestructura actual, preparar y amparar a los profesionales para humanizar la atención<sup>20</sup>.

Cordero y Fernández (España, 2016) describieron los problemas de salud integral derivados de la violencia de género de mujeres subsaharianas que cruzan fronteras y que se encuentran en Andalucía demandando servicios de salud. Asimismo, analizaron las dificultades con las que se encuentran estas para ejercer su derecho a la salud en Andalucía, como lugar de tránsito, y las barreras que presentan los profesionales, condicionando su capacidad de intervención. Entre los hallazgos principales señalaron barreras internas del personal de salud como el desconocimiento de protocolos de actuación, desmotivación, no mantener actitud expectante para el diagnóstico de casos de malos tratos con mujeres inmigrantes ilegales, pensar que esta labor pertenece únicamente a profesionales del sector social, entre otros, a los trabajadores sociales, diferencias de idioma y culturales, estigmatización, prejuicios y estereotipos. Las barreras organizativas encontradas fueron la falta de información y tiempo de formación para el personal, escasez de tiempo de dedicación a usuarios, poco espacio físico específico para estos casos<sup>21</sup>.

Cunha *et al.* (Brasil, 2015) ejecutaron un estudio cualitativo realizado con 35 profesionales de la salud en veinte Centros de Salud de la Familia con el objetivo de identificar la relación entre la formación profesional y la denuncia de la violencia contra las mujeres. Los resultados mostraron que el tema de la violencia contra las mujeres no se abordó en la graduación y/o postgrado de la mayoría de los profesionales, y para los otros, el enfoque fue dado de manera superficial y oportuna. En cuanto a la educación en servicio, el estudio revela que el sujeto no es el foco de la discusión en la capacitación o en reuniones. Se concluye que es limitada la relación entre el enfoque de la temática violencia contra la mujer en los espacios de formación académica, así como en servicio, y la notificación del agravio<sup>22</sup>.

Régio *et al.* (Brasil, 2015) hicieron un estudio con el objetivo de analizar el conjunto de los saberes necesarios para el enfrentamiento de la violencia infantil en la atención primaria en salud. Los hallazgos mostraron el desconocimiento de los profesionales de la salud cuando son preguntados sobre cómo actúan en su trabajo con la violencia infantil. La metodología utilizada fue la hermenéutica crítica. La reflexión teórica presentó dos perspectivas: la que se refiere a los marcos teóricos de la competencia y dimensiones de los saberes, y la de cómo revelar los saberes necesarios para el enfrentamiento. En Brasil, los avances en el sistema legal para protección de la infancia todavía no resultaron en la reducción de los indicadores, ni en la instrumentalización de los

profesionales de salud<sup>23</sup>.

Barbosa *et al.* (Brasil, 2014) describieron la acogida y atención prestada a las mujeres con demandas en salud mental en los servicios especializados para el afrontamiento de la violencia contra las mujeres. Se investigó la acogida y procedimientos ofrecidos a las usuarias en situación de violencia, a través de entrevistas individuales con guiones semiestructurados entregados a los profesionales de referencia. Las entrevistas fueron analizadas a partir del referencial teórico del Análisis Institucional Francés, utilizándose el concepto-herramienta “analizador” para la interpretación de datos. Los resultados revelaron dificultades por parte de los equipos en la acogida de estas usuarias, tanto en los servicios de enfrentamiento a la violencia como en los servicios de salud mental, resultando en internaciones psiquiátricas involuntarias y demás violencias institucionales<sup>24</sup>.

Santos *et al.* (Brasil, 2014) ejecutaron una investigación exploratoria descriptiva con el objetivo de describir el conocimiento de las enfermeras en la asistencia a las mujeres víctimas de la violencia en los centros de salud. Los resultados señalaron que la violencia contra las mujeres es tema de interés del 75% de las participantes; el 50% la califican como un problema multifactorial; 75% conocen la política de protección de las mujeres, pero alegan dificultades de su puesta en práctica; 60% hacen referencia directa a las cuestiones de género, que expresa la magnitud del problema como un fenómeno con repercusiones sociales, culturales, económicos y jurídicos<sup>25</sup>.

Alcaraz *et al.* (España, 2014) identificaron la formación en violencia de género (VG) de los profesionales sanitarios y el conocimiento del protocolo de actuación en VG; asimismo, averiguaron la relación entre conocimiento de los protocolos sobre VG y el haber recibido formación con la detección de maltrato. Estudio transversal, observacional y descriptivo. La muestra la componen 119 profesionales sanitarios de Murcia (España), el 82,9% no conoce si existe un protocolo sobre VG y un 92,4% no ha recibido nunca formación específica. El 74,8% no ha detectado un caso de malos tratos. Por tanto, el conocimiento de los protocolos de actuación y el haber recibido formación específica está significativamente relacionado ( $p < 0,005$ ) con la detección de malos tratos. Concluyeron que la formación, el conocimiento de los protocolos y una mayor sensibilización en los profesionales sanitarios incrementarían el número de detecciones de maltrato, reduciendo problemas crónicos de salud y gasto sanitario<sup>26</sup>.

Da Silva *et al.* (Brasil, 2014) ejecutaron un estudio con el fin de verificar el abordaje de la violencia doméstica del cirujano dentista. Para esta revisión sistemática se utilizó la Biblioteca Virtual de Salud (BVS Brasil), seleccionando 40 artículos: 37 en Lilacs, 2 en BBO y 1 en SciELO, durante diez años. Del total de la producción científica, 20% de las referencias han citado al dentista en el artículo; entre estos, 50% señalan la práctica del dentista en un contexto multidisciplinario e interdisciplinario, desde la perspectiva de salud pública. El papel del profesional de la salud en un contexto multidisciplinario e interdisciplinario desde la perspectiva de salud pública correspondía al 72,5% de los estudios<sup>27</sup>.

Rojas *et al.* (España, 2014) relacionaron la actitud hacia la violencia de género de profesionales de atención primaria con las variables satisfacción laboral, carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios en Cataluña y Costa Rica. En este estudio exploratorio transversal y comparativo participaron 235 profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social. Aplicaron un cuestionario con ocho bloques que miden actitudes, satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, carga laboral, conocimientos, formación y uso de los recursos sociosanitarios. La actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90, intervalo de confianza [IC] de 95%, 3,84-3,96; Costa Rica: 4,03, IC de 95%, 3,94-4,13). En el análisis multivariante, los factores que se asociaron a la actitud fueron: 1) formación ( $B = 0,10$ ;  $p = 0,02$ ); 2) uso de recursos sociosanitarios ( $B = 0,20$ ;  $p = <0,01$ ), y 3) el país Costa Rica ( $B = 0,16$ ;  $p = <0,01$ ). Las interacciones entre las variables independientes y el país no fueron significativas<sup>28</sup>.

Pereira *et al.* (Brasil, 2013) mediante un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, analizaron la percepción de las mujeres que sufren violencia conyugal en cuanto a la atención recibida en comisaría y en el servicio de salud. Entrevistaron a once mujeres en situación de violencia conyugal. Los datos fueron analizados usando como base el Análisis de Contenido de Bardin. Los resultados muestran que, para las mujeres, la atención recibida no fue acogedora reportando, además, falta de respeto por parte de la comisaría y del servicio de salud. El estudio señala falta de preparación profesional, con un trabajo impregnado por juicios de valor, prevaleciendo el abandono a las mujeres en este servicio<sup>29</sup>.

Alencar y Cantera (España, 2013) efectuaron un estudio cualitativo exploratorio para analizar las perspectivas de las mujeres afectadas por VG acerca del rol de los recursos institucionales en el cese o reducción de la violencia de género; entrevistaron a catorce mujeres inmigrantes latinoamericanas que sufrieron violencia de género. Los datos obtenidos se analizaron según la teoría fundamentada. Los resultados mostraron evidencia cualitativa acerca de los recursos externos que contribuyen y obstaculizan el cese o reducción del maltrato. Concluyeron que conocimiento empírico de esos factores tiene implicaciones prácticas al revelar que el cese y/o reducción de este problema no depende solo de factores individuales, sino también de la interacción de un conjunto de recursos personales, sociales e institucionales<sup>30</sup>.

De Araujo *et al.* (Brasil, 2012) compararon las representaciones sociales de la violencia y el maltrato en ancianos, de agentes comunitarios y profesionales de la salud. La muestra estuvo conformada por cincuenta agentes comunitarios y cincuenta profesionales de ambos géneros (59% mujeres). Se aplicó un cuestionario demográfico y el test de asociación libre de palabras, basado en los estímulos que inducen a la "violencia" y "maltrato". Los datos recogidos se analizaron mediante la técnica de redes semánticas naturales. Se consideró que la violencia y el maltrato de ancianos fueron sobre todo en expresiones como desprecio, agresión y sufrimiento, trayendo consigo consecuencias psicosociales,

familiares y orgánicas. Los profesionales evocaron palabras relacionadas con trauma, mientras que los agentes comunitarios evocaron palabras vinculadas al abandono<sup>31</sup>.

Arredondo *et al.* (España, 2012) analizaron el nivel de conocimientos, opiniones, barreras organizativas percibidas de los profesionales de atención primaria ante el problema de violencia de género. El 70,7% de profesionales cree que este es un problema importante y 91,7% que habitualmente pasa desapercibido. El 55,2% conoce las obligaciones legales que tiene cuando la detectan; 51,8% piensa que existen barreras organizativas como la presión asistencial (29%), falta de formación específica (23,5%), desconocimiento del procedimiento a seguir (11,8%) y de las competencias de cada profesional (7%)<sup>32</sup>.

Baró *et al.* (Cuba, 2011) caracterizaron la preparación sobre violencia doméstica del equipo básico de salud a través del método cualitativo, descriptivo, con un universo de veinte personas, médicos y enfermeras, que laboraban en consultorios de medicina familiar. Se utilizaron los métodos histórico-lógicos, enfoque sistémico, estudio de la literatura especializada, modelación, entrevista, cuestionario y la consulta con los expertos. Más del 60% del personal mostró desconocimiento con relación a qué tipo de atención brindar, curso a seguir, existencia de metodología y perfeccionamiento en la atención frente a casos de violencia doméstica<sup>33</sup>.

López *et al.* (España, 2010) exploraron la práctica de la detección de VG a una muestra de 346 profesionales de la medicina, psiquiatría y psicología de Cataluña (detección, métodos, y actuaciones que realizan y las dificultades con que se encuentran). Los resultados sugieren que la mayoría de los profesionales se encuentra con casos de VG, considera que la detección forma parte de sus funciones, no suele hacerlo de forma rutinaria ni pautada, no la realiza en la primera visita ni con preguntas directas, sino que depende en gran medida de la presencia de indicios<sup>34</sup>.

Alemán *et al.* (Argentina, 2010) analizaron la capacidad de respuesta frente a la violencia familiar. Aplicaron dos encuestas a profesionales que atienden a mujeres de 21 años a más en centros de salud. El 49,7% relató tener conocimientos poco o nada suficientes. Entre el 81,7% y el 88,6% se reconoció como medianamente o poco capacitado en detección de violencia contra la mujer. Un alto porcentaje consideró que no son las mujeres las que generan las situaciones de violencia con su comportamiento inapropiado (86,5%), que no es porque les guste ser golpeadas que no abandonan a sus parejas (84,8%), que los hombres que cometen incesto no lo hacen porque se encuentren insatisfechos sexualmente (93,5%) y que las mujeres no son culpables del abuso de sus hijas por no cuidarlas en forma debida (79,3%). El 45,5% cree que el alcohol y las drogas son la causa de las conductas violentas; el 65,2% consideró que los niños que son testigos de violencia sufrirán consecuencias físicas y/o emocionales y el 64% que repetirán estas conductas en su vida adulta<sup>35</sup>.

Canaval *et al.* (Colombia, 2009), a través de un diseño transversal, midieron el efecto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres que consultan a las comisarías de familia. Utilizaron la Lista de Chequeo de Síntomas



de Distrés y las Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos y de Resiliencia. La muestra de cien mujeres adultas que denuncian VG presentó un Índice Global de Severidad de Síntomas de 1,36; un Índice de Distrés de Síntomas Positivos de 2,27 y puntajes altos en las nueve dimensiones de síntomas psicológicos. En la comparación con muestras normativas de pacientes psiquiátricas ambulatorias no se aprecian diferencias significativas para la mayoría de los índices. El 60% de las mujeres presenta síndrome de estrés postraumático. Los hallazgos son preocupantes por la similitud con las muestras normativas de pacientes psiquiátricas ambulatorias<sup>36</sup>.

Fonseca *et al.* (Brasil, 2009) analizaron la visión del agente comunitario de salud acerca de la violencia de género y las prácticas de los cuidados desarrollados en el sector salud. Los resultados mostraron posiciones y concepciones mayoritariamente apoyadas en el sentido común, o sea, no eran diferentes de las que tenían las mujeres víctimas de VG o de las opiniones de la sociedad en general, señalando un déficit de preparación del profesional frente a situaciones complejas; refleja una visión de práctica asistencial basada en la neutralidad científica y no en el involucramiento personal del profesional, desconsiderando la política de las prácticas en salud<sup>37</sup>.

Coll-Vinent *et al.* (España, 2008) desarrollaron un estudio con el objetivo de evaluar la opinión del personal sanitario de un hospital frente a la VG. Se trató de un estudio descriptivo de prevalencia a 321 profesionales, seleccionados aleatoriamente. El 87,1% consideró que era un problema importante, pero no lo consideró un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico. Menos de la mitad de los encuestados (41,2%) había detectado alguna vez a alguien que se hallara en una situación de violencia intrafamiliar. Sin embargo, un 60,1% de los encuestados consideró que podía tener un papel bastante o muy relevante en la detección de estos casos. Por el contrario, la valoración del propio grado de preparación para asistir a este tipo de pacientes fue globalmente muy baja. Solamente un 18% la puntuó como bastante o mucho. La gran mayoría del personal encuestado consideraba adecuado o muy adecuado especificar en la historia clínica el problema de la violencia de género siempre que se conociera (92,1%), e incluir sistemáticamente en la anamnesis preguntas encaminadas a desvelar el problema de la violencia intrafamiliar en todos los pacientes atendidos (91,5%)<sup>38</sup>.

Díaz y Ruiz (Cuba, 2007) realizaron una investigación acerca del nivel de conocimientos que tenían los profesionales de enfermería en el manejo de la violencia intrafamiliar. Aplicaron un instrumento evaluativo que exploraba conceptos, causas, consecuencias, factores propiciatorios y posibles estrategias a utilizar en el manejo de la violencia familiar por parte de los profesionales de enfermería. La muestra estuvo integrada por ochenta enfermeras a quienes se aplicó el instrumento evaluativo donde se pudo constatar que los conocimientos respecto a este tema no eran suficientes para lograr una mejora en el manejo de

la VG. Se implementó un diplomado en un periodo de doce semanas; posteriormente, se evaluaron los contenidos; se pudo constatar que aumentaron los conocimientos del grupo muestral en cuanto al manejo de la violencia familiar<sup>39</sup>.

Herrera y Agoff (México, 2006) realizaron un estudio cualitativo con treinta médicos y enfermeros del sector público, con el objetivo de conocer en profundidad las concepciones y prácticas frente a la violencia doméstica. Los resultados de las entrevistas evidencian que no existen diferencias entre los profesionales a nivel de la atención, y que además la atención resulta inadecuada. Además, confirmaron la existencia de un repertorio de significados sociales en torno a la violencia que provienen de la tradición cultural y que dificultan una adecuada atención a este problema<sup>40</sup>.

Rodríguez *et al.* (Nicaragua, 2005) estudiaron la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género. Se trató de un estudio transversal con 213 personas de salud de cinco de los diecisiete Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. La actitud de rechazo hacia la violencia fue de 76,06%. En el análisis multivariado, los factores asociados con la actitud de rechazo fueron la profesión médica (RM 6,5, IC 95% 2,70-15,82), al igual que los niveles medio (RM 4,3, IC 95% 1,87-10,26) y alto (RM 3,3, IC 95% 1,03-10,75) de conocimiento sobre las normas de atención y la cercanía de familiares o amigos que han sido víctimas de violencia (RM 3,2, IC 95% 1,56-6,80). La escasa capacitación sobre el tema (59,9%), el temor a involucrarse en asuntos legales (52,6%) y el carácter privado de la violencia (50,7%) constituyen las barreras más importantes para la identificación y la referencia de las víctimas<sup>41</sup>.

Méndez *et al.* (México, 2003), mediante un estudio descriptivo, evaluaron la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, así como identificaron las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres con VG. Aplicaron un cuestionario a 269 médicos y médicas generales, especialistas y estudiantes de pre y posgrado que laboran en treinta unidades de salud, de primer y segundo nivel de atención. El 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer. La actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron. Sobre el nivel de conocimiento acerca del tema, 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% medio y 16% alto. En el personal médico, con nivel de conocimiento medio y alto, se observó 2,1 y 6 veces respectivamente una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos de mujeres maltratadas en comparación con el personal con nivel de conocimiento bajo. Las médicas mostraron 2,3 veces mejor actitud para identificar y canalizar mujeres maltratadas<sup>42</sup>.

Mejía *et al.* (Argentina, 2000) desarrollaron un estudio multicéntrico de corte transversal con el objetivo de estimar la frecuencia con la cual hablan con sus pacientes mujeres acerca de violencia de género, el número de pacientes-

víctimas diagnosticadas y los sitios de derivación utilizados con mayor frecuencia. Se distribuyeron 291 encuestas entre todos los internistas de doce centros de cuatro regiones del país. Se realizó una evaluación consistente en una lista de diez síntomas físicos. El 66% fueron varones, la edad promedio fue 46,4 ( $\pm 2,2$ ) años, hacía 19,5 ( $\pm 1,5$ ) años que se habían recibido, atendían consultorio 105 horas al mes y veían 224 ( $\pm 26,2$ ) pacientes por mes, 64% eran mujeres. Los encuestados habían hablado sobre VG con  $1,2 \pm 0,2$  pacientes y diagnosticado  $0,8 \pm 0,1$  situaciones de VG en el último mes. El 72% de los entrevistados deriva a sus pacientes, 51% a salud mental y 54% a servicio social. El 78% de los participantes no había recibido entrenamiento en VG, el 65% refería no considerarse preparado para diagnosticar o aconsejar a víctimas de VG<sup>43</sup>.

### **Estudios sobre violencia de género en la selva baja peruana**

En el ámbito local se han encontrado escasos estudios que reporten los indicadores de violencia de género. Por lo que, en el siguiente apartado, se presentan los resúmenes de investigaciones encontradas desde 1994 y desarrolladas por la asociación civil Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables (Inagruv), Red de prevención y atención de la violencia familiar y sexual de Loreto y la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana:

Villanueva *et al.* (Iquitos, 2012) realizaron un estudio descriptivo correlacional con el propósito de determinar la asociación entre algunas variables sociodemográficas, capacidad funcional, económica, autoestima, pérdida de roles y apoyo familiar con el nivel de maltrato en el adulto mayor. Participaron 539 adultos mayores de la selva baja peruana a quienes se aplicó una batería de instrumentos como el protocolo de medición de maltrato en la vejez de la Asociación Médica Americana (AMA) (alpha de Cronbach de 0,69), índice de sospecha de maltrato (confiabilidad 0,72 a 0,99), índice de Katz (confiabilidad 0,94), índice de Lawton, test de Rosenberg (0,84), escala de Pérdida de Roles de Leitón (confiabilidad 0,75) y escala MOS (confiabilidad 0,83 a 0,929), a través de entrevista personal en sus domicilios. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 18.0. Los adultos mayores tuvieron una edad promedio de  $71,1 \pm 7,3$  años, 62,9% son mujeres, 57,9% con instrucción primaria, 71% convive con la familia extensa, 76% cuenta con seguro de salud. Solamente el 35% percibe remuneración económica, 68,3% califica su situación económica como regular, 32,8% depende de la ayuda económica de las hijas. El 11,9% de mujeres y 2,6% de varones pertenece a alguna organización social. Se detectó discapacidad en actividades básicas del 18% y en actividades instrumentales en el 30,2% de adultos mayores, el 20,4% presenta autoestima baja, 99,3% pérdida de roles y falta de apoyo social el 12,6%, escaso apoyo emocional el 16,5% e instrumental el 10,4%, escasa interacción social positiva el 18% y escaso apoyo afectivo el 11,1%. El 57,3% de adultos mayores informó maltrato, siendo las mujeres quienes informan más situaciones de maltrato que los varones ( $p = 0,006$ ). Los adultos que informaron maltrato, tienden a informar salud percibida en general buena en menor proporción (11,7%) que los adultos

que niegan maltrato (24,3%) ( $p = 0,000$ ). El análisis de correlación demostró que, a mejor salud percibida, mejor capacidad funcional, mejor autoestima, mejor apoyo social y mejor estado de ánimo, menor referencia de maltrato ( $p < 0,01$ )<sup>44</sup>.

Gutiérrez *et al.* (Iquitos, 2009) determinaron la relación que existe entre algunas características sociodemográficas y el tipo de violencia conyugal en adultos residentes en un asentamiento humano, a través de un estudio descriptivo. La muestra estuvo constituida por doscientas personas adultas de ambos sexos, seleccionadas al azar. El 82,5% fueron adultos intermedios (de 25 a 54 años), 83,5% convivientes, 83% con nivel educativo bajo. El 51% sufrió violencia física, el 58,5% violencia psicológica. Las variables que mostraron relación estadística significativa con la violencia conyugal física y psicológica fueron edad, estado civil y grado de instrucción ( $p < 0,05$ ). En esta población, se evidencia violencia familiar probablemente porque a la mayoría de mujeres le falta empoderamiento, desconoce sus derechos o tal vez conociéndolos no es capaz de aplicarlos en su beneficio; además, la actitud machista se encuentra aun fuertemente arraigada en la sociedad<sup>45</sup>.

Monteza *et al.* (Iquitos, 2007) determinaron la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la violencia conyugal en mujeres de 15 a 49 años en el área urbano-marginal del distrito de Belén. La muestra estuvo constituida por 384 mujeres, a quienes un cuestionario y una escala de actitudes encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la violencia conyugal ( $p = 0,000$ )<sup>46</sup>.

Villanueva *et al.* (Iquitos, 2006) evaluaron el impacto de un modelo de intervención recuperativa de mujeres y varones involucrados en violencia familiar y de género en la selva baja peruana, a través de un estudio cuasiexperimental en series de tiempo. La muestra estuvo constituida por 257 mujeres y 152 varones, quienes ingresaron a talleres de “Autoestima y autocuidado” con metodología lúdica, participativa, reflexiva y vivencial durante 10 días, acompañada de sesiones de seguimiento postintervención a los 30 días y 45 días. Se utilizó la escala de violencia familiar autopercibida (confiabilidad 0,91), escala de autoestima de Rosenberg (confiabilidad 0,87), escala del Apgar familiar (confiabilidad 0,89) y un guion de sesiones de seguimiento. Se presenta datos descriptivos de ambos grupos; la media de la edad de las mujeres fue de 38,4 años y de los varones fue de 39,9 años. Procedieron mayoritariamente del distrito de Iquitos, con estado civil conviviente. Existen diferencias notables en el nivel de escolaridad con mayor desventaja de las mujeres. El 71,5% de varones trabaja frente al 45,9% de mujeres. La funcionalidad familiar, autoestima y la violencia autopercibida de las participantes se modificó favorablemente después de la intervención recuperativa ( $p < 0,01$ ). Se propone que esta información se incluya en el currículo de prestadores de servicios<sup>47</sup>.

La Comisión de Vigilancia de la Red de Violencia Familiar de Iquitos, en el año 2004; realizó un monitoreo de los operadores de servicios de violencia familiar, esta investigación fue desarrollada por la Coordinadora de la Comisión de Vigilancia de la Red, constituida por la ONG Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables (Inagruf), Asociación Huayna Kana Irakana, Colegio de Obstetras,

Asociación de Mujeres Solidarias (AMSA), Minga Perú y Comisión de Justicia Paz y Derechos Humanos. La Red de Prevención y Atención de Violencia Familiar, Sexual y Género de Loreto, creada en 1998 con la finalidad de contar con un espacio permanente de coordinación y concertación de acciones, de las diferentes instituciones del Estado y la sociedad civil que trabaja el tema de la violencia familiar en la ciudad de Iquitos, tiene entre otros objetivos la vigilancia de la magnitud del problema, sus factores condicionantes y la calidad de la atención que brindan los prestadores de servicios. En este contexto, se realizó el monitoreo de la incidencia y prevalencia de la VG a través del procesamiento de la información que generan las diferentes instituciones prestadoras que intervienen en la ruta de atención. La información fue recolectada por medio de un cuestionario elaborado por la Comisión y validado por un grupo de personas expertas en el tema. Se utilizó una matriz que contenía todos los casos que se atendieron en los años 2003 y 2004 por semestres. El número de casos registrados en 1998 por instituciones puerta de entrada al sistema formal de atención (comisarías Iquitos, Punchana, Belén, Moronacocha y 9 de Octubre), alcanzó un total de 900. De enero a junio de 2004, las instituciones informantes (Centro de Emergencia Mujer; comisarías Belén, Punchana e Iquitos; División de la Familia; Demuna Maynas, Belén y San Juan Bautista) registraron 3447 casos, es decir, cuatro veces más de lo registrado en el año 1998 y solo en el I semestre del año, el 15% más respecto a lo observado el año 2003; en él se registraron un total de 2928 casos en las instituciones informantes. El incremento básicamente se ha dado por el mayor número de denuncias de violencia psicológica, sexual y por omisión. El 68,4% del total de casos registrados incluyen a niñas, adolescentes mujeres y mujeres adultas. En cuanto a la contribución de los prestadores de servicios a este incremento, la Demuna de Maynas, San Juan Bautista y la División de Familia son los servicios que más casos han registrado. La Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente de Maynas, circunscribiéndose solo a la población objetivo de su atención ha contribuido en un 49% a este incremento<sup>48</sup>.

La Comisión de Vigilancia de la Red de Violencia Familiar de Iquitos, en el año 2004, desarrolló otro estudio sobre la satisfacción de usuarias de los servicios de violencia familiar, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención y el acceso a los servicios que brindan atención a mujeres, varones, niños y niñas en situación de violencia familiar y sexual. La población estuvo constituida por todas las mujeres, varones, niños, niñas y adolescentes cuyos casos se registraron al demandar atención por problema de violencia familiar, en las diferentes instituciones prestadoras de servicios en la ciudad de Iquitos. Los sujetos de observación fueron seleccionados al azar, de los casos registrados por cada grupo poblacional, en el mes de agosto, en las instituciones prestadoras de servicios. Para acceder al registro institucional se envió una solicitud al representante legal de la institución, la Comisión responsable visitó la institución, logrando en todos los casos el acceso requerido excepto en la Defensoría del Niño y el Adolescente de la Municipalidad de San Juan Bautista. La información fue recolectada a través de un cuestionario; la aplicación de este

cuestionario se realizó a través de una visita domiciliaria. Se entrevistaron a un total de veintidós beneficiarias de los siguientes servicios: División de Familia, Comisaría 9 de Octubre, Centro de Emergencia Mujer, Demuna de Belén. La mayoría (50%) está comprendida en el grupo etáreo de 31 a 40 años, y en cuanto al nivel educativo el 48% alcanzó el nivel primario y similar proporción el nivel secundario; el 78% reporta como ocupación ama de casa. En cuanto al promedio de años que viven en violencia se encontró que es de cinco, siendo el tiempo mínimo de un año y el máximo de dieciocho años; las veces que han solicitado ayuda es de una para el 70% y dos veces para el 30% restante. En cuanto a la percepción de la calidad de atención, esta variable midió: capacidad profesional, oportunidad de la atención, referencia a otros servicios, trato del personal. En cuanto al tipo de violencia, la mayor proporción de casos registrados fue violencia psicológica (36,4%) y omisión (32,8%), mientras que la violencia física y la violencia sexual fueron denunciados por el 27,7% y el 3,1% del total de personas que buscaron atención en los servicios observados. Al comparar estos resultados con los observados en 1998 encontramos una abismal diferencia, toda vez que, en aquel entonces, el 94% de denuncias fueron por agresión física y el 6% restante por maltrato psicológico (3%) y sexual (3%). Que se tenga a la agresión psicológica como principal tipo de agresión registrada sugiere que el nivel de sensibilización de la población objetivo ha mejorado considerablemente<sup>49</sup>.

En el año 2004, el Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables (Inagruv) con financiamiento del Fondo de las Américas a través del proyecto Sui Sui abordó la deconstrucción de la violencia desde los espacios de socialización de sus integrantes: familia, escuela principalmente, considerando que la escuela es el espacio en el que se manifiestan las consecuencias de la violencia que viven los niños en el hogar y en donde muchas veces también se añade la dosis que viene desde los docentes que aún consideran que “con sangre entra la letra”. En el año 2003, del total de denuncias por maltrato recibidas por la Dirección de Educación de Loreto, el 70% fueron cometidos por profesores. La muestra por conveniencia estuvo constituida por 127 docentes de siete centros de educación primaria. Cada sujeto de estudio contestó en forma voluntaria a dos instrumentos (escala de violencia autopercebida y el Apgar familiar). Los resultados mostraron que el 68,7% eran mujeres y el 31,3% varones. El 64% de los docentes percibía violencia en su relación de pareja, mientras que el 26% la negó. Una cuarta parte de la población (26%) informó violencia autopercebida en tres ítems de la escala, 17% registró un ítem, otro porcentaje similar en dos ítems, el 9% en cuatro ítems y el 5% de la población restante entre cinco a ocho ítems. Los ítems de la escala de violencia autopercebida mayormente informados fueron: “No puedo expresar mis sentimientos por temor a la reacción de mi pareja” (40,7%), seguido de “Trato y trato de complacer a mi pareja y solamente obtengo críticas” (29,7%), “Estoy confundida por las enormes diferencias que mi pareja y yo vemos a nuestra relación de pareja” (27,8%), “Tengo que pedir autorización para gastar el dinero” (22,6%) y “Siento que vivo con dos personas diferentes” (18,3%). En cuanto a la funcionalidad familiar de los participantes se observó que solo el 24% mostró funcionalidad

familiar normal, más de la mitad de la población mostró disfuncionalidad familiar moderada y severa con el 35% y 15%, respectivamente, y una cuarta parte disfuncionalidad familiar severa (26%). Entre los testimonios ofrecidos por los docentes en la primera fase de intervención podemos destacar a los siguientes: “Hemos sido criados así diciendo que somos diferentes en todo, que el mundo es de los varones y que pensamos mejor... pero la mujer cumple muchos más roles que los hombres... y con nuestros niños en la escuela, les tratamos a todos de «niños», existiendo niños y niñas... a los varones les exigimos más porque serán los encargados en procurar más dinero para mantener a la familia, eso vemos cuando ayudamos a escoger profesiones a nuestros mismos hijos, en verdad sí utilizamos lenguajes sexistas en los colegios...”<sup>50</sup>.

Alván y Lázaro (Iquitos, 2003) establecieron la relación existente entre algunas características individuales, sociofamiliares y las causas de salida del hogar del niño a la calle, a través de un estudio descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 187 niños en la calle, a quienes se aplicó un cuestionario y el Apgar familiar (confiabilidad 0,87). Los resultados mostraron el perfil de los niños: edad promedio 10,7 años, sexo masculino, proceden de Iquitos, residen en Punchana y Belén, más de la tercera parte se dedica a la venta de cigarrillos y caramelos. Para desplazarse desde su domicilio, utiliza un tiempo promedio de 16,73 minutos, permanece en la calle alrededor de 7,75 horas por día, 6,63 días por semana y el promedio de años de permanencia en la calle es de 2,71 años. Los niños de la calle presentan obstáculos en el proceso de socialización como ausencia prolongada de padres (86,1%), pertenencia a grupos de pares (84%), carencia afectiva familiar (74,9%) y violencia familiar (61,5%). Las causas principales de la salida del hogar referida por el niño son la exigencia económica por parte de la familia (95,2%) y el maltrato infantil (4,8%). Las características individuales que mostraron relación estadística significativa con las causas de salida del hogar fueron: grado de instrucción del niño, ausencia prolongada de padres, tipo de maltrato infantil recibido y pertenencia a grupos de pares ( $p < 0,05$ ). Los niños pertenecen a familias extensas (46,5%), el ingreso promedio familiar es de 256 nuevos soles mensuales, casa propia (74,3%); el 100% de las familias muestran disfuncionalidad familiar predominando la disfuncionalidad severa, violencia familiar (69%). En el 76,4% de las familias se consume bebidas alcohólicas con frecuencia, el 73,8% consume cigarrillos y el 2,7% utiliza drogas ilícitas. La característica sociofamiliar que mostró relación estadística fue el tipo de familia, en su mayoría perteneciente a familias extensas ( $p < 0,05$ )<sup>51</sup>.

Ramírez y Freitas (Iquitos, 2001) realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación existente entre los factores sociodemográficos y psicológicos y la conducta violenta del adulto varón de la ciudad de Iquitos. La muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por 68 adultos varones parejas de mujeres quienes denunciaron violencia familiar en un centro de emergencia. En la recolección de datos se aplicó un cuestionario semiestructurado (validez de contenido 0,90). Los hallazgos mostraron que los

adultos varones son mayormente jóvenes (entre 20 y 44 años de edad), estado civil conviviente, ocupación dependiente. Manifestaron carencia afectiva y orfandad, autoritarismo paterno, crianza opresiva, machismo y sumisión materna y consumo de sustancias tóxicas; de otro lado, la conducta violenta fue mayormente de tipo psicológica, seguida de violencia física y sexual. Sin embargo, la prueba Chi-cuadrado demostró ausencia de relación entre ambas variables ( $p > 0,05$ )<sup>52</sup>.

Olórtegui *et al.* (Iquitos, 1997) estudiaron la prevalencia y aspectos cuantitativos de la violencia contra la mujer en la ciudad de Iquitos. Utilizaron una ficha de registro de datos, la cual fue llenada a partir de los registros de casos denunciados en el año 1996 en las cinco delegaciones policiales, y con la información existente en los archivos de tres Juzgados de Paz y Fiscalía Provincial de Maynas. La tasa de prevalencia encontrada fue de 58,1 por 10 000 mujeres con un índice de omisión de denuncias (80%). De 900 denuncias hubo violencia física en el 94%, con 7 días de incapacidad y 4 días de asistencia médica promedio, el 63% se derivó al juez y fiscalía de familia según su gravedad, el 16,5% fue declarado en abandono y el 11% desistió. A nivel de juzgado de paz el 43% desistió y solo el 15,3% recibió sentencia. Los meses de mayor prevalencia fueron marzo y julio; las causas de violencia referidas por las mujeres y agresores fueron motivos familiares (44,5%), problemas de pareja y estado de ebriedad del agresor. La edad promedio de la mujer agredida fue de 29 años, establecida en relación de pareja (62,3%), residente en zona periurbana (49,5%), ama de casa (55,4%) e instrucción secundaria (54,5%). El agresor tuvo en promedio 33 años, en relación de pareja (67%), ocupación dependiente (50,5%) y grado de instrucción secundaria (61,6%). Las variables que mostraron relación estadística significativa fueron: edad, estado civil, residencia y ocupación de la mujer agredida ( $p < 0,05$ )<sup>53</sup>.

Villacorta *et al.* (Iquitos, 1997) analizaron los aspectos cualitativos de la violencia contra la mujer, en el intento de profundizar las explicaciones de la VG en la ciudad de Iquitos. Se recurrió a técnicas cualitativas (entrevistas en profundidad), teniendo como sujetos de observación a diez mujeres con historia de agresión en su relación de pareja, cuatro varones agresores y siete profesionales de instituciones prestatarias de servicios que intervienen en la ruta que sigue la mujer maltratada cuando decide buscar ayuda en el entorno social. La mayoría de las mujeres refirió agresión física, psicológica y en menor cuantía sexual, en el contexto de una relación abusiva, cuyo inicio se atribuye a la infidelidad, farmacodependencia y/o negligencia económica. En todas las informantes, se estableció un comportamiento que las mantiene atrapadas en el ciclo de la violencia conyugal, viviendo con más frecuencia momentos de tensión, violencia y luna de miel. Las mujeres mostraron baja autoestima expresada en subvaloración de sí mismas: "... no soy nada..." cuando emiten juicios con respecto al significado de su ser, de sus potencialidades y posibilidades de establecerse metas y lograrlas. Los varones agresores muestran sobrevaloración de sí mismos, poder, autoritarismo, dominación y machismo. En las representaciones sociales con respecto al significado de "ser mujer", a su espacio de



actuación y a los roles que debe asumir, tanto agredidas como agresores refieren la necesidad de “prepararse desde niñas para los quehaceres de la casa”; para la mayoría de los casos es el único ámbito de actuación en la que “debe servir al marido y a los hijos” y “procurar armonía familiar” soportando cualquier situación generalmente en silencio. En el proceso de socialización ambos experimentaron carencia afectiva, incomunicación, autoritarismo paterno y subordinación materna, crianza opresiva y farmacodependencia; lo que impidió la construcción de identidad personal capaz de desarrollar una relación de pareja íntima y equilibrada, es decir, sin absorber ni ser absorbido por el otro, y capaz de continuar con su proceso de desarrollo personal y social<sup>54</sup>.

Díaz *et al.* (Iquitos, 1996) examinaron las características de algunos estilos de vida y su influencia en la prevalencia de la violencia familiar y social de la ciudad de Iquitos, mediante un estudio de prevalencia en que la exposición y el efecto fueron evaluados simultáneamente. La población de estudio fue cuatrocientas familias nucleares residentes en la zona urbana y zonas periurbanas de la ciudad de Iquitos. La recolección de la información se realizó mediante encuestas. Los resultados muestran que algunos estilos de vida familiares condicionan la utilización de violencia física como enfrentamientos para tratar de solucionar sus problemas de familia: el 25,5% de las familias informa que no existe intercambio de opiniones entre los miembros de la familia, 80% señala que la opinión del padre es aceptada aunque carezca de razón, el 82,2% señala que el rechazo de una opinión genera resentimientos, el 75% informa que el padre se gana el respeto demostrando enojo y decepción, el 38% de las familias no participa en juegos recreativos en forma conjunta, el 59,5% de los padres utiliza a los hijos para la comunicación indirecta, el 49,5% manifiesta que los problemas laborales afectan la relación familiar. Respecto a violencia familiar: 45,2% refiere violencia psicológica, 24% violencia sexual, 14,25% violencia física y 15,5% se niega a dar dinero a su pareja. La violencia social está determinada por algunos estilos de vida como son el hábito de consumir licor, problemas que tienen con las parejas, quién corrige y apoya en las tareas educativas de los hijos en el hogar<sup>55</sup>.

Orbe *et al.* (Iquitos, 1994) determinaron el efecto de un modelo de atención en el menor de 0 a 10 años con abuso y maltrato, aplicando los niveles de prevención de la salud. El modelo de atención estuvo constituido por el conjunto de acciones y recursos de salud integrados y orientados, que se trabajaron con las familias de los niños a través de una visita domiciliaria por semana y con profesores de centros educativos. El efecto del modelo se midió a través de los cambios producidos en los elementos de la cadena epidemiológica del abuso y maltrato del niño (disminución de factores perturbadores generadores de crisis familiar, incremento de la salud física y psicosocial, mejora de condiciones psicológicas y sociales de la familia). La muestra determinada por conveniencia estuvo conformada por veinticinco niños captados en los centros educativos y en la calle con indicios de abuso y maltrato; el estudio tuvo una duración de dos años. En la recolección de datos se aplicó una ficha de registro de examen físico, psicológico y una ficha familiar. Los elementos de la cadena

epidemiológica del abuso y maltrato tuvieron relativo cambio con la intervención: los factores perturbadores generadores de crisis en las familias no tuvieron cambios significativos con la intervención, que permitan generalizar estos resultados a la población total. El nivel de salud física y psicosocial del niño con abuso y maltrato en lo que se refiere a los factores de vulnerabilidad no cambio en forma significativa, esto se puede observar al analizar la información obtenida, en la que la desnutrición se mantiene como factor coadyuvante a enfermedades recurrentes en los niños. Las condiciones físicas y psicosociales del ambiente familiar tuvieron ligero cambio como lo demuestra la prueba estadística, esto como resultado de la acción educativa desplegada<sup>56</sup>.

#### 1.4. Tipos de violencia

La violencia contra las mujeres incluye no solo las agresiones físicas, sino también el maltrato psíquico, ambiental y sexual, y la dominación y aislamiento, que suelen pasar inadvertidos<sup>57</sup>. En nuestro país, la Ley 30364, ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar<sup>58</sup>, señala en el artículo 8° que existen los siguientes tipos de violencia:

- a. **Violencia física.** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación.
- b. **Violencia psicológica.** Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo.
- c. **Violencia sexual.** Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales, la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.
- d. **Violencia económica o patrimonial.** Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de: la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; la pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación

de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias; la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

### 1.5. Ciclo de la violencia de género

Existen diferentes patrones de maltrato que explican el proceso de la VG, el más utilizado para describir las etapas de causas de la relación violenta es el denominado “*Ciclo de la violencia*” propuesto por Leonor Walker en 1979<sup>59</sup>, basado en entrevistas a 120 mujeres y el análisis de relatos de 300 mujeres agredidas por sus parejas, en el que se establecen tres fases:

- a. **Acumulación de la tensión.** Aumento gradual de la tensión y la hostilidad del hombre. Las reacciones agresivas parecen de manera imprescindible. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. La mujer se cree capaz de controlar estas situaciones y se confía en su desaparición.
- b. **Explosión o agresión.** Es donde se produce las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. La mujer suele denunciar o pedir ayuda durante esta fase.
- c. **Calma, reconciliación o luna de miel.** El agresor se arrepiente y pide perdón utilizando estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, promesas y disculpas). La mujer suele encontrarse esperanzada y confía en que la situación cambiará. A medida que los comportamientos violentos se afianzan esta fase tiende a desaparecer, provocando la aproximación temporal de los episodios violentos.

Algunas investigaciones señalan que la situación de dependencia en que se encuentra la mujer maltratada es generada por las actitudes de poder, control y dominio que adopta el agresor sobre su víctima, lo que acaba generando una situación de dependencia (Hawley y Hawley, 2012)<sup>60</sup>. El maltratador utiliza diferentes estrategias como la intimidación, la amenaza y la degradación, que provocan en la víctima sentimientos de inferioridad y culpa que contribuyen a perpetuar el control y el poder sobre la mujer, sintiéndose esta incapaz de resolver la situación.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las consecuencias de este problema sobre la salud de la mujer son múltiples: lesiones físicas directas como quemaduras, dolores de espalda y articulaciones, cefalea, laceraciones, fracturas, hematomas; problemas psíquicos como ganas de llorar sin motivos, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, angustia, irritabilidad, tristeza, así como consecuencias de tipo sexual como lesiones en genitales o enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de consecuencias, en mayor o menor medida, están presentes siempre y sus efectos pueden tener, en algunos casos, carácter permanente<sup>61</sup>.

## 1.6. Abordaje del problema de la violencia de género en el sector salud: algunos modelos teóricos

La violencia de género es un fenómeno complejo en que inciden numerosos aspectos que operan a diferentes niveles. También existen diversas teorías que explican a la violencia desde varias aristas: teoría biológica, teoría generacional, teoría sistémica, la perspectiva de género, el modelo ecológico entre otros.

Según Alencar-Rodríguez y Cantera (2012) el modelo ecológico y la perspectiva de género son dos teorías importantes cuando se investiga este fenómeno. A través del modelo ecológico, el maltrato es entendido como producto de la interacción de múltiples factores relacionados con la historia individual de la víctima y del maltratador, con el macrosistema (mitos sobre la violencia, cultura machista), con el exosistema (estrés, respuesta de las instituciones ante la solicitud de la víctima, redes sociales) y con el microsistema (conflictos conyugales). La perspectiva de género ayuda a entender que la sociedad está estructurada por el género, pues este atraviesa los sistemas del modelo ecológico a través, por ejemplo, de la socialización en género a nivel individual y de las normas culturales a nivel macrosistémico<sup>62</sup>.

En el abordaje del problema de la violencia de género en el sector de la salud, no existe un modelo único, hay varios modelos superpuestos e interrelacionados que se han manejado mundialmente y que las personas que trabajan en el sector deben conocer y comprender. El modelo ecológico, el enfoque multisectorial y el modelo integrado de los servicios, que se describen a continuación, son estrategias que pueden adoptarse al tratar de responder a la violencia de género. El enfoque multisectorial se remite al nivel de organismo y sector, en tanto que el modelo ecológico y el integrado se remiten al nivel de prestación de servicios.

A continuación, un resumen de los modelos teóricos descritos por Ward<sup>63</sup> en un documento técnico de la ONU Mujeres en un Módulo de programación sobre el trabajo con el sector salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas.

### a. El modelo ecológico: de la respuesta individual al cambio social

Este modelo está organizado en función de cuatro niveles de riesgo: individual, en las relaciones, en la comunidad y en la sociedad. El modelo muestra la importancia de comprender la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que aumentan la posibilidad de que las mujeres y las niñas sean objeto de violencia. Los proveedores de servicios de salud pueden usar el modelo ecológico no solo para comprender los factores de riesgo que afectan a las mujeres y niñas de las comunidades en que viven, sino también para considerar qué intervención deberían emprender para abordar y reducir los riesgos en estos diferentes niveles. Esta perspectiva teórica fue inicialmente propuesta para organizar los resultados de estudios sobre abuso infantil y posteriormente fue utilizada para el tema de maltrato en la

pareja (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012).

Usar el modelo ecológico puede ayudar al personal de salud a transformar la orientación de la prestación de servicios biomedicalizados, a intervenciones de salud más integrales que no solo tengan en cuenta las necesidades de salud individuales, sino que también aborden la necesidad del cambio social. Algunos autores describen que en el nivel individual se produce la socialización y el aprendizaje de conductas violentas cuando el niño es testigo de violencia entre adultos. En el nivel relacional, la relación con pares que son violentos con su pareja íntima aumenta la probabilidad de generar VG. En el ámbito comunitario las tasas de delincuencia del vecindario afectan la probabilidad de VG, supuestamente a través de normas aceptadas. En el nivel social las normas culturales respaldan la VG como medio para resolver conflictos (Morrison *et al.*, 2005)<sup>64</sup>.

**b. El marco multisectorial: participación de todos los interesados en la prevención y la respuesta**

El modelo multisectorial requiere de iniciativas integrales entre organizaciones que promuevan la participación de las personas afectadas por la violencia o que corren el riesgo de sufrirla, la cooperación interdisciplinaria e interinstitucional, la colaboración y coordinación en todos los sectores claves, entre ellos el de salud, el psicosocial, el jurídico y judicial, y el de seguridad. Este modelo multisectorial equivale a aplicar una respuesta comunitaria coordinada a nivel nacional.

El sector salud debería ocuparse de conceder formación a los proveedores de los servicios de salud para que reconozcan y aborden el problema de la violencia contra las mujeres y las niñas; garantizar que las víctimas de la violencia sean entrevistadas por personas del mismo sexo; responder a las necesidades psicológicas y de salud inmediatas de las mujeres y las niñas que han estado expuestas a la violencia, en particular la planificación de la seguridad; instituir protocolos para el tratamiento, la remisión y la documentación que garanticen la confidencialidad; proveer servicios gratuitos relacionados con la violencia; y estar preparados para suministrar pruebas forenses y testimonios en los tribunales cuando las personas afectadas lo autorizan.

El sector social debería estar en condiciones de prestar apoyo inmediato (por ejemplo, mediante grupos de apoyo); información sobre los derechos de la mujer y adónde puede recurrir en caso de necesidad; asistencia psicológica permanente, que exige la formación y supervisión constante de asistentes sociales y trabajadores de servicios comunitarios; y la facilitación de remisiones a otros servicios, según proceda. Los servicios de educación deberían garantizar planes de estudio sobre “contacto físico apropiado”, relaciones sanas y derechos humanos básicos; instituir códigos de conducta para todos los maestros y formación para detectar señales de violencia entre los niños; y prestar servicios escolares a los niños que han sido víctimas de la violencia. Los proyectos destinados a generar ingresos

deberían promover no solo la autonomía económica de las mujeres sino también vigilar los riesgos de violencia doméstica e integrar la educación en materia de derechos humanos en las actividades de proyectos.

De otra parte, el sector jurídico/judicial debería estar en condiciones de suministrar orientación, representación jurídica y apoyo judicial gratuito o de bajo costo a mujeres y niñas que han estado expuestas a la violencia; examinar y revisar leyes que fortalecen la violencia contra las mujeres y las niñas; asegurar el cumplimiento de leyes que las protegen y castigar a los infractores; hacer el seguimiento de las demandas presentadas ante los tribunales y los procesos judiciales; emitir órdenes de protección y otros mecanismos de seguridad jurídica para las supervivientes; y vigilar el cumplimiento por los autores de la rehabilitación dispuesta por los tribunales (por ejemplo, los programas para varones maltratadores).

**c. El enfoque sistémico de la prestación de servicios de salud**

Según Bott *et al.* (2010) este enfoque se centra en el fomento de los recursos y las competencias en toda la organización, considerando a los siguientes: a) fortalecer el compromiso institucional de abordar la violencia de género; b) fortalecer la privacidad y confidencialidad de todas las mujeres que requieren servicios por medio de mejoras de la infraestructura y políticas clínicas; c) mejorar la comprensión de los trabajadores de salud y de los encargados de hacer cumplir la ley acerca de las leyes y políticas nacionales relativas a la violencia contra la mujer y el sector salud; d) mejorar los conocimientos, actitudes y competencias de los proveedores de servicios mediante su sensibilización y formación; e) fortalecer las redes de remisión y facilitar el acceso de las supervivientes a otros servicios; f) elaborar o mejorar las políticas y los protocolos institucionales escritos sobre el cuidado de mujeres que han sido objeto de violencia; g) garantizar/mejorar los materiales didácticos disponibles para los destinatarios sobre temas relacionados con la violencia de género; h) fortalecer los registros y los sistemas de información que permiten al personal documentar y vigilar los casos de violencia de género; i) garantizar la vigilancia y evaluación adecuada relacionada con la violencia de género<sup>65</sup>.

**d. El enfoque “integrado” de la prestación de servicios de salud**

La integración guarda estrecha relación con el enfoque sistémico en la medida en que se centra en las organizaciones que prestan servicios de salud, aunque la integración se refiere más específicamente a tipos de proveedores de servicios de salud (por ejemplo, salas de urgencia, clínicas, servicios de salud sexual y reproductiva, etc.) y a determinar la forma en que los servicios relacionados con la violencia pueden incorporarse para garantizar que las supervivientes que solicitan atención (esté o no relacionada con un incidente de violencia) reciban la asistencia necesaria en lo que se refiere a su exposición a la violencia lo más rápidamente posible.

## 1.7. Conocimiento sobre normas y protocolos de la violencia de género

La atención de la mujer maltratada que acude a los servicios de salud, requiere que el personal de salud tenga conocimiento, sensibilidad y capacitación para atender la violencia de género; dado que son los primeros en entrar en contacto directo con las mujeres. Existen pocos estudios que dan cuenta sobre cómo se identifican los casos de violencia y cómo se debe tratar cada situación, los aspectos de carácter legal, la protección del personal de salud, así como los derechos de las mujeres a ser atendidas en una institución de salud (Saucedo, 1996)<sup>66</sup>.

La información sobre el conocimiento y prácticas de los prestadores de salud puede ayudar a los gestores a comprender las percepciones y conocimientos sobre la VG que posee el personal de salud. En algunos estudios se ha notificado que los profesionales del estudio consideran que no están lo suficientemente formados sobre la temática de violencia de género; asumen esta falta de formación como una de las principales barreras para la detección y actuación de forma apropiada (Martínez y Roche)<sup>67</sup>.

Para la recolección de datos sobre el conocimiento, actitudes y prácticas de los prestadores de salud se pueden utilizar métodos de medición cuantitativos como encuestas, test, escalas y métodos cualitativos como entrevistas en profundidad y grupos focales. Estos últimos pueden proveer una comprensión en profundidad de las representaciones de los proveedores, mientras que los métodos cuantitativos facilitan la medición de cambios durante el transcurso del tiempo.

Según la Organización de las Naciones Unidas, el sector de la salud debería impartir formación a los proveedores de los servicios de salud en el abordaje del problema de la violencia de género, garantizando que las víctimas sean entrevistadas por personas del mismo sexo y responder a las necesidades psicológicas y de salud inmediatas de las mujeres y las niñas; asimismo, incorporar protocolos de tratamiento, remisión y documentación que garanticen la confidencialidad y estar preparados para suministrar pruebas forenses y testimonios en los tribunales cuando las personas afectadas lo autorizan<sup>68</sup>. Es decir que, la capacitación del personal, implica el fortalecimiento de las competencias del personal como piedra angular para abordar ética y eficazmente la violencia contra las mujeres y las niñas; sin embargo, en contextos como el nuestro es común observar que, el personal no recibe capacitación en esta temática, constituyéndose en una barrera para la detección y atención de la VG.

Berdasco (2018) señala que los establecimientos de salud deberían ejecutar las siguientes actividades para mejorar las capacidades del personal, incluyendo gestores, prestadores de servicios y personal de apoyo<sup>69</sup>:

- Sensibilizar sobre los temas relacionados con la violencia contra las mujeres y la discriminación por motivos de género a todo el personal de salud, en la naturaleza y el alcance de la violencia contra las mujeres y las

- niñas, la dinámica del abuso, los factores de riesgo y las consecuencias.
- Capacitar complementaria y permanentemente sobre los elementos fundamentales relativos a la admisión, el examen y el mantenimiento de registros, al personal especializado que presta servicios directos a las víctimas de violencia.

Otro de los aspectos que enfatiza la ONU Mujeres es la evaluación del personal, sobre los conocimientos, las actitudes y las prácticas del personal para determinar el nivel, el alcance y el tipo de sensibilización y capacitación que deberán promoverse en el personal de salud. Esta evaluación debería incluir: a) las percepciones, actitudes y creencias personales relacionadas con la violencia contra las mujeres y las niñas; b) los conocimientos sobre cuestiones de género y derechos humanos; c) la comprensión del marco jurídico, las políticas nacionales y los protocolos. En los procesos de capacitación, es importante tener en cuenta que posiblemente algunos hayan sido objeto de violencia y/o autores de estos actos, por lo que los facilitadores deben estar capacitados para anticipar y abordar las cuestiones personales que podrían surgir durante las actividades.

Finalmente, la identificación y atención de víctimas de violencia de género es un reto para el personal de salud, se precisa de habilidades clínicas y comunitarias para las cuales quizás no hayan recibido suficiente capacitación. Además, escuchar a las sobrevivientes con compasión y apoyarlas, a menudo requiere que el personal de salud salga de su “zona de confort” de compromiso con la usuaria.

### **1.8. Actitud frente a la violencia de género**

El personal de salud es fruto de la misma tradición cultural, no necesariamente juzga de manera negativa las actitudes que dan soporte al abuso contra la mujer. La actitud hacia la violencia de género puede ser potencialmente nociva, y esto se ha observado en mujeres que señalan haber sido doblemente victimizadas: por parte del abusador, y también por parte del personal de salud que las responsabiliza del maltrato. En un estudio realizado por Agoff (2006) acerca de las barreras en la atención de la mujer mexicana violentada, informó que las mujeres entrevistadas señalan no acudir a los servicios de salud para solicitar ayuda. Suelen evitar hacerse “visibles” en los servicios de atención por vergüenza o desconfianza, y cuando acuden por lesiones o malestares causados por la violencia, constatan que los médicos y personal de salud se muestran indiferentes<sup>70</sup>.

#### **Definición de actitud**

Según Ortega, desde 1935 la definición de actitud de Allport hasta la actualidad tiene vigencia: *“Actitud es un estado mental y nervioso de disposición, adquirido a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con los que se relaciona”*. Se desarrolla a través de la experiencia con un objeto, que



predispone a actuar de una cierta manera relativamente estable, y que consiste en evaluaciones positivas o negativas, cualquiera que sea la interpretación que se dé de estas características básicas<sup>71</sup>.

Es decir, que la actitud es una predisposición que responde a un objeto y no solo a la conducta afectiva hacia él. Los numerosos estudios sobre las actitudes indican que son susceptibles de cambio, la alteración de las actitudes requiere de fuerte presión. La actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales, da origen a la consistencia entre sus diferentes manifestaciones, que pueden tomar la forma de verbalizaciones hacia el objeto, expresión de sentimientos acerca del objeto, y aproximaciones o evitación del objeto. La actitud tiene una cualidad direccional; esto implica la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, además que posee una característica motivacional (Berdasco, 2018).

### **Componentes de la actitud**

La actitud se conceptualiza como un constructo teórico, hipotético, que integra diversos componentes a través de los cuales se puede analizar la conducta. Morales (2006) afirma también que desde 1960, Rosenberg y Hovland, clasificaron a los componentes que estructuran las actitudes: el cognitivo (información, creencias), el afectivo (gusto-disgusto, valoración) y el conductual (tendencia a la acción). El núcleo de las actitudes está en la tendencia afectivo-valorativa y en esto coinciden varios autores, lo mismo en la interrelación entre el componente afectivo-cognitivo (prejuicios)<sup>72</sup>.

Zazzo y Balmonte (1975) señalan los siguientes componentes: a) cognitivo: incluyen las creencias acerca de un objeto; el número de elementos de este componente varía de una persona a otra; un individuo puede creer que muchas cosas acerca de un objeto son verdaderas; abarcan las creencias acerca de las cualidades deseables o indeseables, aceptables o inaceptables y buenas o malas; b) emocional: se refiere a las emociones o sentimientos con el objeto de la actitud; los adjetivos bipolares usados frecuentemente son amor, odio, gusto, disgusto, admiración, desprecio y otros que denoten sentimiento de tipo favorable o desfavorable; c) reactivo o de tendencia a la acción: incorpora la disposición conductual del individuo a responder al objeto; se acepta que hay relación entre los componentes cognitivos, particularmente las creencias que expresan cualidad deseable o indeseable, aceptable o inaceptable, etc., y la disposición a responder al objeto (comportamiento)<sup>73</sup>.

Cuando se analiza la actitud del prestador de salud, hay que considerar que generalmente, las mujeres afectadas por violencia de género son renuentes a expresar su problema y a solicitar ayuda, ya sea en su entorno o en los servicios oficiales; solamente cuando la violencia se vuelve insoportable solicitan asistencia de algún tipo. Como cifra, se puede afirmar que en torno al 80% de las mujeres asesinadas cada año por violencia de género no habían denunciado ni puesto en conocimiento de ninguna institución su situación. Las principales razones por las que la mujer no busca ayuda son: el temor a que la situación empeore, la consideración de la violencia como algo normal y merecido y, por

último, el miedo al rechazo y a la incompreensión por parte de su entorno (Tower *et al.*, 2012)<sup>74</sup>.

Los Centros de Atención Primaria y los Servicios de Urgencias suelen ser los primeros recursos asistenciales a los que acuden las víctimas de violencia. Según la OMS, de un 30 a un 60% de las mujeres que solicitan atención en estos servicios sufren malos tratos, constituyendo un ámbito ideal para la detección precoz de casos de violencia de género<sup>75</sup>. Por todo ello, los profesionales de la salud de esas áreas tienen una gran responsabilidad a la hora de detectar, sospechar y notificar las agresiones por maltrato. Es imprescindible un abordaje integral y que, además, exista una coordinación amplia con otros profesionales e instituciones del sector Salud, en particular en el ámbito de la atención primaria<sup>76</sup>.

En un informe del Banco Mundial (2005), se ha descrito que un factor que determina el malestar de los proveedores al momento de abordar la violencia de género son sus actitudes y sus valores. Es probable que los proveedores tengan la misma actitud frente a la violencia que la mayoría de los miembros de las sociedades en que les toca vivir y la violencia contra la mujer se tolera. Un estudio ejecutado por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) entre proveedores de salud reproductiva en tres filiales de América Latina confirmó que las actitudes de muchos proveedores de salud reproductiva culpaban más bien a las mujeres por la violencia que a sus agresores. Más del 50% sentía que era la conducta poco adecuada de las mujeres la que provocaba la agresión de sus respectivos maridos y casi el 25% sentía que las mujeres en cierto grado no abandonaban a su pareja violenta porque les agradaba ser tratadas con violencia (Bott *et al.*, 2010). Estas actitudes discriminatorias se reflejan en los interrogatorios hostiles y procedimientos invasivos de los proveedores de servicio a los cuales son sometidas las mujeres que buscan ayuda, trato que equivale a una nueva victimización y puede profundizar los efectos traumáticos del propio abuso (Morrison *et al.*, 2005).

Considerando que la actitud es la disposición y participación compleja a responder favorable, medianamente favorable o desfavorablemente traducida en respuesta de aceptación o rechazo frente a determinadas situaciones, personas o cosas. Con fines de investigación, en este estudio se define a la actitud hacia la violencia de género como la predisposición del prestador de salud para detectar la violencia de género de acuerdo con su función asistencial mediante su capacidad y/o las características inherentes que debe tener frente a sus experiencias, ideas, creencias o sentimientos, las cuales a su vez se relacionan con los factores personales y profesionales que se suscitan en la práctica profesional.

### **1.9. El personal de salud en la detección y atención de la violencia de género**

Los prestadores de salud son actores claves en el proceso de prevención, detección, atención y seguimiento de los problemas de violencia de género; sin embargo, al parecer este sector no ha respondido de manera efectiva, como se informa también en otras partes del mundo. Estudios previos han informado

que la detección de personas afectadas por violencia de género es superior, cuando el prestador tiene mayor conocimiento sobre VG. Otros han señalado que el desconocimiento sobre las normas y protocolos de atención es la variable predictora de la actitud hacia la VG de los profesionales.

Los criterios que modelan el desempeño profesional del personal de salud provienen de un sistema organizacional que responde en teoría al Estado, y establece ciertas obligaciones para los prestadores para identificar, atender y reportar como delito casos de violencia detectados entre las pacientes. En la práctica, este grupo de profesionales está formado por individuos inmersos en un mundo de patrones culturales que dan sustento a la misoginia. No solamente se ha constatado que un cierto porcentaje de ellos está involucrado en situaciones de violencia doméstica, sino que la mayoría comparte los valores sociales que contribuyen a concebir la violencia como algo privado (Herrera y Agoff, 2006).

Arboit *et al.* (2017) analizaron las concepciones y acciones de profesionales sanitarios acerca de la red de atención a las mujeres en situación de violencia, a través de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio. Participaron veintiún profesionales sanitarios de cuatro equipos de la atención primaria de salud. Los profesionales sanitarios reconocían la importancia de la red de atención sanitaria en el enfrentamiento de la problemática de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, sus concepciones y acciones estaban limitadas por la desarticulación o ausencia de integración entre los profesionales y servicios de la red de atención. Concluyeron, que las concepciones y acciones de los profesionales sanitarios contribuyen a la desarticulación entre los servicios. Es necesario reflejar acerca de las prácticas cotidianas de cuidados dirigidos a las mujeres en situación de violencia<sup>77</sup>.

Se hace así evidente que los prestadores de salud se encuentran en un lugar de tensión, donde confluyen de manera conflictiva discursos e imaginarios sobre lo público y lo privado, sobre la familia, las normas de género y la autoridad, y en particular sobre la violencia de género, y que resultan de un proceso amplio de socialización, educación y formación profesional.

### **Pautas para el personal de salud**

La Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, publicada por el Ministerio de Salud de nuestro país en el año 2007, establece las pautas necesarias para el abordaje de las víctimas de violencia en los establecimientos de salud<sup>78</sup>.

Cuando la mujer afectada por violencia de género accede a los servicios de Atención Primaria y Urgencias, debe iniciarse con una anamnesis minuciosa que permita identificar problemas existentes o potenciales y realizar una valoración adecuada del estado de la víctima para activar los recursos necesarios para su atención. Sin embargo, en diversos estudios se ha señalado que, a pesar de la alta prevalencia de la violencia de pareja hacia las mujeres, se detecta poco y suele ser en fases tardías. Algunos estudios también ponen de manifiesto una percepción insuficiente desde los servicios sanitarios como problema de salud

(Coll-Vinent *et al.*, 2008)<sup>79</sup>.

Muchas víctimas de violencia de género acuden a urgencias y por múltiples motivos no manifiestan el origen real de sus lesiones; estos motivos incumben tanto a la propia víctima<sup>80</sup> como a los profesionales de la salud. Las víctimas suelen experimentar vergüenza, inseguridad y miedo a denunciar, identificándose tres actitudes diferentes y bien definidas: a) la denuncia abierta de lo ocurrido, b) la no denuncia simulando el hecho y c) la no denuncia manteniendo una actitud pasiva y neutral. El grado de sensibilidad y el estado de alerta de los profesionales de la salud condiciona profundamente la capacidad de intervención del sistema sanitario. Suele ser el primer lugar de protección social al que acuden las víctimas, pudiéndose convertir así en lugares idóneos para la detección precoz. Probablemente como señala Olson *et al.* (1999), el desconocimiento y desmotivación de los trabajadores de salud sean los pilares básicos que fomentan la infradetección de la VG<sup>81</sup>.

Durante todo el proceso de atención deberá mantenerse informada a la mujer sobre todos los procedimientos y exploraciones que se le realizarán, así como su finalidad, obteniendo previamente el consentimiento informado<sup>82</sup>.

Existen pocos estudios que dan cuenta sobre cómo se identifican los casos de violencia y cómo se debe canalizar cada situación, dependiendo de la problemática de que se trate, como pueden ser los de carácter legal, la protección del personal de salud, así como los derechos de las mujeres a ser atendidas en una institución de salud<sup>83</sup>.

La consulta en los centros de atención primaria es uno de los lugares ideales para la detección precoz y asistencia de mujeres maltratadas debido a la accesibilidad y continuidad en la atención que proporcionan, favorecen que se establezcan relaciones de confianza y cercanía entre el profesional de la salud y la paciente, facilitando la expresión de los problemas y la demanda de asistencia por parte de la víctima. El personal de salud debe participar activamente en la búsqueda e intervenciones necesarias para dar respuesta a las mujeres víctimas de violencia de género. Tiene también la obligación de adquirir el conocimiento para diferenciar los tipos de violencia existentes; así como la prevalencia del problema y los aspectos generales sobre la legislación de la VG, con el fin de brindar atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema.

Debido a que el personal de Enfermería cuenta con mayor tiempo de contacto con las usuarias de los servicios de salud, el personal disfruta, en general, de la confianza y la empatía de la paciente, por lo cual se convierte en el receptor ideal para la identificación de casos de violencia (Griffin y Koss, 2002)<sup>84</sup>. Es necesario enfatizar la importancia de la prevención e identificación de los casos de violencia contra la mujer, por parte de los profesionales de la salud y ofrecer información suficiente, oportuna y sin prejuicios<sup>85</sup>.

Durante la entrevista se debe crear un clima de confianza e intimidad que facilite la expresión de sentimientos y emociones; las mujeres maltratadas suelen tener un estado de ánimo disminuido, baja autoestima y muy poca seguridad en sí mismas. La mujer siempre será recibida sola y el profesional mostrará comprensión, aceptación, confianza y apoyo. Además, se deberá mantener una

actitud de escucha activa, sin interrumpir ni juzgar, permitiendo a la persona explicar sus problemas y preocupaciones<sup>86</sup>.

Reconocerse víctima de maltrato puede resultar costoso y doloroso, por ello se reforzarán los logros y capacidades de la mujer, además de orientar y apoyar sus decisiones, lo que contribuirá a aumentar su confianza en sí misma. El objetivo final de la entrevista, además de detectar los posibles casos ocultos de violencia, es informar y ayudar a clarificar ideas y pensamientos para tomar decisiones sobre el problema. Una vez confirmado el maltrato, deberá seguirse un plan de actuación adecuado a la situación de la mujer y a sus necesidades<sup>87</sup>.

La OMS enumera recomendaciones básicas para los servicios sanitarios en el abordaje de la violencia de género:

- a. Preguntar con regularidad, cuando sea factible a todas las mujeres, sobre la existencia de violencia de género, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- b. Estar alerta a posibles signos y síntomas de violencia de género y hacer su seguimiento.
- c. Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- d. Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- e. Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- f. Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- g. Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- h. Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras, ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- i. Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- j. Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.



## 2. PARTE EMPÍRICA

### 2.1. Problema y objetivos

A nivel mundial la prevalencia de violencia de género (VG) varía entre 15% y 71% (Bott *et al.*, 2010), afecta a las mujeres independientemente de edad, color, raza, religión, nacionalidad, opción sexual o condición social; un informe del Banco Mundial señala que las mujeres ganan, por la VG, 9,5 años de vida con discapacidad (AVAD) y pierden 20% de años de vida saludable (AVISA). El costo que se genera dentro de los servicios de salud en el ámbito mundial por este problema es de aproximadamente 5% del producto interno bruto (PIB)<sup>88 y 89</sup>.

En el ámbito nacional y regional, los indicadores de violencia de género son altos, a nivel de país varía entre el 35,7 y 38% y en Loreto del 36,2 al 40,8%; violencia ejercida básicamente por la pareja o esposo. Con mayor preocupación se observa que la tasa de violencia psicológica a nivel de país varía entre el 67 y 73%, siendo más altas en la región Loreto entre el 72,6 y 80%. Situación similar ocurre con la violencia sexual; la tasa de prevalencia en el ámbito nacional es del 8,4 al 9,3%, mientras que en la región selva del 8,3 al 11% (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2014)<sup>90</sup>.

La violencia de género tiene efectos en el ámbito individual, familiar y social; provoca daño, sufrimiento y pérdida de vida para las mujeres y sus familias, ocasionando costos directos que comprenden los bienes y servicios utilizados en los centros para atender o prevenir la violencia; así como, los costos no monetarios referidos al dolor y sufrimiento inciden en la salud, reflejándose en las tasas de morbilidad y mortalidad; de otra parte, la violencia de género tiene efectos multiplicadores económicos que provocan una menor participación de la mujer en el mercado laboral en su rendimiento y productividad en el trabajo, en un mayor ausentismo, en sus ingresos económicos<sup>91</sup>. Es decir, la VG tiene un alto impacto en la productividad intergeneracional y en el capital humano futuro, deterioro de la calidad de vida y una menor participación en los procesos democráticos.

A pesar de estos datos, el sector salud de los diferentes países, ha tenido una lenta respuesta ante este grave problema social; los servicios sanitarios son un punto clave para el abordaje de este tipo de violencia; sin embargo, rara vez los profesionales sospechan la existencia de esta situación y solo se identifica el 1% del total estimado de casos de mujeres maltratadas<sup>92</sup>. Esta situación es realmente seria, las instituciones del sector salud son las primeras instancias a las que acuden muchas de las mujeres maltratadas; por razones culturales, estas mujeres no acuden a exponer directamente su problema de violencia, sino a reportar las innumerables dolencias físicas y emocionales producto de las situaciones violentas que las afectan; en los servicios de salud se atiende a mujeres maltratadas, pero sin ninguna especificidad en la atención; se limitan a la intervención sobre sus lesiones. Por lo que, las instituciones del sector salud podrían representar un primer espacio de develamiento y de contención física y

emocional en la ruta crítica.

De otro lado, Herrera *et al.* (2006)<sup>93</sup> han señalado que los prestadores de salud manifiestan desconfianza generalizada en todo lo referente a cuestiones legales, y en la falta de mecanismos integrales en la sociedad en general para enfrentar el problema de la violencia de género.

En el ámbito de la interacción paciente-profesional de salud, se observan limitaciones de diferentes tipos. Gerbert *et al.* (1999)<sup>94</sup> describen lo fatigante y poco satisfactorio que es para el personal de salud tratar de resolver estos casos, debido a la reticencia de las mujeres a denunciar la violencia que sufren. Estudios a nivel internacional con mujeres maltratadas muestran que estas mujeres estarían dispuestas a hablar de la violencia si los prestadores de salud se mostraran más sensibles. A pesar de que en algunos casos ni siquiera en estas condiciones revelan la situación en la que se encuentran, en general, puede decirse que la percepción de las mujeres es que los profesionales de la salud dan una respuesta inapropiada al problema de la violencia que sufren<sup>95</sup>.

En el sistema de salud existe tendencia a la práctica desde una visión mecanicista, fragmentada y biológica por parte del personal de salud, que no facilita una atención integral y humanizada de las pacientes. Algunos autores han informado que la mayoría del personal de salud no concibe a la violencia de género como un serio problema social multicausal; muchas veces se atribuye responsabilidad a la mujer afectada, o cuando una mujer confiesa el problema se tiende a psiquiatrizar a las afectadas, o referirlas a los servicios de trabajo social o psicología; por lo tanto, las inadecuadas respuestas institucionales se convierten en la pared y el laberinto que detiene a las afectadas y las coloca en trámites y procedimientos complicados<sup>96</sup>. Las representaciones sociales y actitudes negativas de los prestatarios promueve la impunidad.

Analizar en profundidad la manera en que perciben y enfrentan la violencia de género los principales actores involucrados en la atención de este problema en los servicios de salud, permitirá comprender valores y concepciones de género, la percepción de las causas y consecuencias de la violencia y sus efectos que afectan la interacción entre usuarias y los servicios de salud que dificultan la atención. Los resultados del presente estudio contribuyen con insumos a decisores de los sectores salud, educación y gobierno regional y local para la formulación de políticas y diseño de estrategias contra la violencia de género en la región Loreto.

## Objetivos

- **Objetivo general**  
Determinar los factores asociados a la capacidad resolutoria de establecimientos de salud en la detección de violencia de género
- **Objetivos específicos**
  - Caracterizar al prestador de salud: edad, sexo, estado civil, cargo que desempeña, tiempo de ejercicio laboral y área laboral.



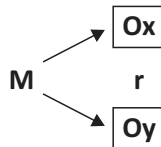
- Identificar las prácticas del prestador de salud en la detección a la usuaria afectada por violencia de género.
- Identificar los conocimientos de prestadores de salud sobre las normas legales y protocolos en la prevención y atención de la violencia de género.
- Identificar las actitudes frente a la violencia de género del prestador de salud.
- Identificar y analizar la capacidad resolutive del establecimiento de salud: número de registro de casos sobre violencia de género, acciones de referencia, existencia de recursos en el establecimiento de salud (directorío de instituciones, sistema de seguimiento a la usuaria, cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria, protocolos de atención, acuerdos de cooperación con otras instituciones, mecanismos de documentación de la referencia y contrarreferencia, anticonceptivos de emergencia), atención individualizada a la usuaria (espacio físico de consulta, consejería individualizada, espacio para cuidar a niños durante la consulta, folletería y material educativo en recepción, sala de espera, consulta (médica, de enfermería, psicológica, obstétrica, etc.).
- Establecer la asociación entre los factores identificados y la capacidad resolutive del establecimiento de salud.

## 2.2. Metodología

### 2.2.1. Tipo y diseño

Se ha utilizado el método cuantitativo, diseño descriptivo transversal y correlacional, porque se estableció la asociación entre las variables de estudio, sin establecer causalidad.

El diagrama del diseño es el siguiente:



Especificaciones:

M : muestra.

O : observaciones.

xy : subíndices (observaciones obtenidas en cada una de las variables).

r : indica la asociación entre las variables de estudio.

### 2.2.2. Variables

#### Características del prestador de salud

Constituye la variable independiente del estudio, compuesto por el conjunto

de atributos que caracterizan al prestador de salud que labora en los establecimientos seleccionados:

- Edad: número de años cumplidos en el momento del estudio.
- Sexo: masculino, femenino.
- Estado civil: soltero, casado, conviviente, separado.
- Categoría profesional: enfermero, médico, obstetra, psicólogo, odontólogo, químico farmacéutico.
- Tiempo de ejercicio laboral: número de años de trabajo en el establecimiento de salud.
- Área laboral: lugar de trabajo durante el último año.

### **Conocimientos de prestadores de salud sobre normas legales y protocolos de atención en violencia de género**

Variable independiente del estudio definido como el conjunto de conocimientos/información actualizados que posee el prestador de salud respecto al concepto, importancia del problema, factores relacionados a la VG, normas legales y protocolos de atención a la persona afectada por violencia de género.

Se midió en función del porcentaje de respuestas obtenidas:

- Conocimiento muy alto: 81% a más de respuestas correctas.
- Conocimiento alto: 61 a 80% de respuestas correctas.
- Conocimiento medio: 41 a 60% de respuestas correctas.
- Conocimientos bajo : 21 a 40% de respuestas correctas.
- Conocimiento muy bajo: menos o igual del 20% de respuestas correctas.

### **Actitud frente a la violencia de género**

Variable independiente del estudio definida como las opiniones del prestador de salud que puedan influir en la atención en VG en casos como las situaciones previas de VG (cercanía de familiares o amigos que han sido víctimas de VG, temor a involucrarse en asuntos legales, experiencia de VG). Se trabajó con la definición de actitud de Allport “estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Cuenta con tres componentes: el *cognitivo* (lo que uno piensa), el *afectivo* (lo que uno siente) y el *conductual* (tendencia a manifestar los pensamientos y las emociones).

La actitud se midió a través de 35 preguntas, puntuando del 1 al 5 los ítems negativos y del 5 al 1, los ítems positivos, siendo el puntaje máximo 175 puntos y el mínimo 35 puntos. Para las alternativas de respuesta del prestador de salud hacia la actitud, se utilizó la escala de Likert (a partir de la pregunta 1 hasta la 35): muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso, en

desacuerdo y muy en desacuerdo. Consta de los siguientes indicadores:

- Actitud favorable : puntaje de 100 puntos a más.
- Actitud neutra: puntaje entre 71 y 99 puntos.
- Actitud desfavorable: puntaje inferior a 71 puntos.

### **Capacidad resolutive del establecimiento de salud frente a la violencia de género**

Es la variable dependiente del estudio, corresponde a la capacidad de atención a mujeres afectadas por violencia de género del establecimiento de salud referida por los prestadores de salud; medida a través de los siguientes indicadores:

- Número de registro de casos sobre violencia de género.
- Acciones de referencia.
- Existencia de recursos en el establecimiento de salud: directorio de instituciones, sistema de seguimiento a la usuaria, cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria, protocolos de atención, acuerdos de cooperación con otras instituciones, mecanismos de documentación de la referencia y contrarreferencia, atención individualizada a la usuaria (espacio físico de consulta), consejería individualizada, espacio para cuidar a niños durante la consulta, folletería y material educativo en recepción, sala de espera, consulta (médica, de enfermería, psicológica, obstétrica, etc.).

### **2.2.3. Población y muestra**

La población objeto del presente estudio estuvo conformada por “todos los prestadores de salud de Iquitos que atienden a mujeres afectadas por violencia de género, que laboran en los establecimientos de salud de Loreto” (cuadro 1).

**Cuadro 1.** Número de prestadores de salud de los establecimientos de salud.

Prestadores de salud	H1	H2	Microrred	Microrred	Microrred	Microrred	Total
			A	B	C	D	
Médicos	67	49	22	16	18	17	189
Enfermeros	134	96	38	22	30	22	342
Obstetras	27	34	40	14	30	21	166
Odontólogos	7	5	11	6	6	4	39
Químico farmacéuticos	4	5	1	1	2	2	15
Psicólogos	3	1	2	1	0	0	7
<b>Total</b>	<b>242</b>	<b>190</b>	<b>114</b>	<b>60</b>	<b>86</b>	<b>66</b>	<b>758</b>

H1, H2: hospitales. Fuente: Diresa-Loreto.

La muestra inicial estuvo constituida por 384 prestadores de salud, obtenida a través de la fórmula de proporciones para poblaciones finitas.

$$n = \left( \frac{z}{e} \right)^2 \times p \times q$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

Z: 1,96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%).

p: 0,5 proporción de la muestra.

q: 0,5 complemento de p.

e: nivel de precisión.

n: 384.

Dado que se trata de una población menor de 10 000 se procedió a ajustar. La muestra estuvo conformada por 256 prestadores de salud. La selección de las unidades de muestreo se realizó utilizando el método probabilístico estratificado, la fracción del estrato (Fh) correspondió a 0,338. El cuadro 2 contiene la muestra final.

**Cuadro 2.** Tamaño de la muestra: prestadores de salud de los establecimientos de salud.

Prestadores de salud	H1	H2	Microrred	Microrred	Microrred	Microrred	Total
			A	B	C	D	
Médicos	23	17	7	5	6	6	64
Enfermeros	46	32	13	8	10	7	116
Obstetras	9	11	14	5	10	7	56
Odontólogos	2	2	4	2	2	1	13
Químico farmacéuticos	1	2	0	0	1	1	5
Psicólogos	1	0	1	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>64</b>	<b>39</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>22</b>	<b>256</b>

H1, H2: hospitales. Fuente: Diresa-Loreto.

### Criterios de inclusión

- Prestadores de salud con tiempo laboral mayor a seis meses en los establecimientos seleccionados.
- Prestador de salud profesional.
- Aceptación voluntaria para participar en el presente estudio.

### Criterios de exclusión

- Internos o residentes: médicos, enfermeros, obstetras, odontólogos, químico farmacéuticos y psicólogos.
- Encuestas en las que el prestador haya contestado un porcentaje inferior al 80% del total de las preguntas.

## 2.2.4. Técnicas e instrumentos

La técnica que se empleó para recoger los datos fue la entrevista, que permitió interrelacionar con los prestadores de salud, donde se estableció un diálogo mutuo y a la vez facilitó la recolección de la información directa a los sujetos de la muestra en estudio. Se utilizó una batería de instrumentos (anexos) que contiene las variables del estudio organizado en los siguientes aspectos:

- a. **Características sociodemográficas del prestador.** Contiene datos generales del mismo: edad, sexo, estado civil, categoría profesional que desempeña, tiempo de ejercicio laboral y área laboral.
- b. **Cuestionario de conocimientos sobre violencia de género.** Instrumento que fue adaptado por el equipo investigador, a partir del estudio del Siendonés *et al.* (2002)<sup>97</sup>. El nivel de conocimientos se establece en cinco grados, en función del porcentaje de respuestas correctas obtenidas para cada categoría profesional: muy bajo (menos o igual del 20%), bajo (21-40%), medio (41-60%), alto (61-80%) y muy alto (del 81% a más). La validez de contenido fue de 0,90. El instrumento fue sometido a prueba piloto en una muestra por conveniencia en treinta prestadores de salud, con la finalidad de comprobar la estructura y consistencia interna de los ítems planteados. La medición de la confiabilidad se realizó con el coeficiente de alpha de Cronbach = 0,91.
- c. **Escala de actitudes en violencia contra la mujer.** Se utilizó la escala de Chuquimajo (2000)<sup>98</sup>, la cual contiene 35 ítems referidos a estereotipos y actuaciones frente a situaciones de violencia. Las opciones de cada ítem varían en términos de grados y bajo la forma de alternativas: muy en acuerdo = MA, de acuerdo = DA, indeciso = I, desacuerdo = D, muy en desacuerdo = MD, puntuando del 1 al 5 los ítems negativos y del 5 al 1 los ítems positivos; así, los puntajes altos significan “actitud a favor” y los puntajes bajos “actitud en contra”. Tiene una confiabilidad de coeficiente alpha de Cronbach = 0,81.
- d. **Lista de cotejo de indicadores de capacidad resolutive frente a la detección de la violencia de género.** Número de registro de casos sobre violencia de género, acciones referencia y existencia de recursos en el establecimiento de salud (directorio de instituciones, sistema de seguimiento a la usuaria, cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria, protocolos de atención, acuerdos de cooperación con otras instituciones, mecanismos de documentación de la referencia y contrarreferencia, anticonceptivos de emergencia), atención individualizada a la usuaria (espacio físico de consulta, consejería individualizada, espacio para cuidar a niños durante la consulta, folletería y material educativo en recepción, sala de espera, consulta (médica, de enfermería, psicológica, obstétrica, etc.).

### **2.2.5. Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de la información se ejecutaron las siguientes actividades:

- a. Se estableció coordinación con los responsables de establecimientos de salud seleccionados.
- b. Antes de la entrevista se estableció coordinación telefónica y presencial con el prestador de salud, con la finalidad de obtener el consentimiento informado.
- c. La entrevista investigador-prestador de salud se desarrolló en los establecimientos de salud, durante las horas de mañana y tarde, al término de su horario de trabajo. La entrevista tuvo una duración promedio de veinticinco minutos.

### **2.2.6. Control de calidad y seguridad**

Se usaron instrumentos estandarizados válidos y confiables anteriormente citados para la evaluación de las variables en estudio. La bioseguridad se garantizó a través del uso de materiales y equipos de buena calidad y la participación de profesionales idóneos durante todas las etapas del proyecto. La recolección de datos fue realizado por investigadores capacitados y bachilleres en enfermería, quienes aplicaron entrevistas personalizadas.

El procesamiento y análisis de datos fueron ejecutados por un subequipo de investigadores, quienes analizaron la información en forma agrupada sin discriminar el establecimiento de salud.

### **2.2.7. Análisis de los datos**

Los datos fueron codificados y procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0. El análisis se realizó en dos etapas: en la primera etapa fueron consideradas la descripción y comparación de las variables en estudio usándose medidas de tendencia central y de dispersión. Se utilizó la estadística descriptiva de frecuencias y porcentajes en tablas y gráficos, se empleó prueba estadística no paramétrica como Chi-cuadrado ( $X^2$ ) y el coeficiente de contingencia (C.C.)

Se aplicó la prueba t de Student para verificar las diferencias entre las medias de las variables que evalúan el conocimiento, actitud y número de indicadores de capacidad resolutive. Se construyó una matriz de correlación r de Pearson para verificar el tipo e intensidad de la asociación de las variables independientes y dependiente.

### **2.2.8. Aspectos bioéticos**

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la UNAP. De acuerdo con la declaración de Helsinki de la Asociación

Médica Mundial (AMM) sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos realizadas en Seúl, Corea, octubre 2008, la participación de las unidades de estudio fue en forma voluntaria, mediante la firma de la hoja de consentimiento informado, previa información de parte del equipo de investigación: el propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, beneficios de la investigación, incentivos por su participación y a quién contactar en caso de preguntas acerca de la investigación.

En todo momento se respetó la decisión del prestador de salud de retirarse del estudio si así lo deseara. Los instrumentos de recolección de datos fueron manejados en forma anónima, se codificó en la misma ficha y luego se creó una base de datos en el paquete estadístico SSPS. Solo tuvieron acceso a la base de datos tres investigadores. Los resultados que se obtuvieron fueron confidenciales y utilizados para fines de estudio.

## 2.3. Resultados

### 2.3.1. Características sociodemográficas del prestador de salud

**Tabla 1.** Características sociodemográficas del prestador de salud según sexo.

	Femenino (n = 162)		Masculino (n = 94)		Total (n = 256)		p
<b>Edad</b>							
Media (M, DS)	(37,1±8,9)		(39,81±8,9)		(38,1±9,0)		t = - 2,30
Adulto joven	34	13,3	8	3,1	42	16,4	p = 0,022
Adulto intermedio	124	48,4	81	31,6	205	80,1	
Adulto mayor	4	1,6	5	2,0	9	3,5	
<b>Estado civil</b>							
Casado	64	25,0	46	18,0	110	43,0	NS
Soltero(a)	48	18,8	27	10,5	75	29,3	
Conviviente	42	16,4	16	6,3	58	22,7	
Separado/divorciado	8	3,1	5	2,0	13	5,1	
<b>Categoría profesional</b>							
Enfermero	93	36,3	23	9,0	116	45,3	CC = 0,477
Médico	12	4,7	52	20,3	64	25,0	p = 0,000
Obstetra	44	17,2	12	4,7	56	21,9	
Odontólogo	8	3,1	5	2,0	13	5,1	
Psicólogo	1	0,4	1	0,4	2	2,0	
Químico farmacéutico	4	1,6	1	0,4	5	0,8	
<b>Área de trabajo</b>							
Servicios de hospitalización	95	31,7	57	22,3	152	59,4	χ <sup>2</sup> = 15,18
Estrategias sanitarias	41	16,0	8	3,1	49	19,1	p = 0,000
Consultorios	20	7,8	24	9,4	44	17,2	
Otros	6	2,3	5	2,0	11	4,3	

Continúa...

Continúa...

	Femenino (n = 162)		Masculino (n = 94)		Total (n = 256)		p
<b>Tiempo laboral</b>							
Media (M, DS)	(9,1±7,9)		(10,6±8,1)		(9,68±8,0)		NS
1 a 5 años	69	27,0	33	12,9	102	39,8	$\chi^2 = 12,16$
6 a 10 años	47	18,4	17	6,6	64	25,0	p = 0,016
11 a 15 años	17	6,6	22	8,6	39	15,2	
16 a 20 años	13	5,1	13	5,1	26	10,2	
20 años a más	16	6,3	9	3,5	25	9,8	

M: media aritmética, DS: desviación estándar, NS: no significativo ( $p > 0,05$ ).

Las características sociodemográficas del prestador de salud fueron analizadas según el sexo (ver tabla 1), observándose lo siguiente:

La edad media del prestador de salud fue de  $38,1 \pm 9,0$  años siendo mayor en los varones ( $p = 0,022$ ). El 80,1% son adultos intermedios y el 16,4% adultos jóvenes, siendo mayor esta proporción en el prestador de sexo femenino. En cuanto al estado civil, el 43% son casados, 29,3% solteros y 22,7%, convivientes. Respecto a la categoría profesional del prestador, el 45,3% son enfermeros, 25% médicos y 21,9% obstetras. Las enfermeras y obstetras son mayoritariamente del sexo femenino (36,3% y 17,2%, respectivamente), mientras que los médicos en mayor proporción son varones (20,3%) ( $p < 0,05$ ).

El 59,4% labora en servicios de hospitalización, el 19,1% en las estrategias sanitarias y el 17,2% en consultorios; siendo las mujeres quienes predominan en servicios de hospitalización y estrategias sanitarias, mientras que el grupo de varones predomina en consultorios externos ( $p < 0,02$ ). Respecto al tiempo laboral, el 39,8% refiere entre 1 a 5 años, 25% entre 6 a 10 años y el 15,2% entre 11 a 15 años. Las mujeres son quienes informan mayor tiempo laboral que los varones (relación 3:1) ( $p < 0,05$ ).

### 2.3.2. Prácticas del prestador de salud en la atención a la usuaria

#### Circunstancias en que preguntó sobre violencia de género

El 49,2% de los prestadores informó que las personas en situación de violencia llegan al establecimiento de salud con frecuencia y el 32% indicó que llegan pocas veces.

En cuanto a la anamnesis sobre VG, más de la mitad (55,5%) informó que ha realizado al menos una pregunta específica sobre VG, y solamente el 28,9% ha preguntado de forma indirecta. El 54,7% refiere que la usuaria le manifestó algo que le hizo sospechar que sufría de violencia; mientras que el 46,1% señaló que pregunta de forma rutinaria, porque es parte de historia clínica. (Tabla 2).



**Tabla 2.** Prácticas del prestador de salud en la atención a afectados por violencia de género.

Prácticas en anamnesis VG	n	%
<b>Vienen frecuentemente al hospital personas en situación de violencia</b>		
Sí	126	49,2
Pocas veces	82	32,0
No	48	18,8
<b>Durante el 2015 Ud. ha preguntado alguna vez a la mujer, si ha sido maltratada o abusada</b>		
Sí, he hecho al menos una pregunta específica	142	55,5
Nunca he hecho una pregunta directa, pero he preguntado de forma indirecta	74	28,9
No he preguntado sobre violencia	40	15,6
<b>La usuaria le manifestó algo que le hizo sospechar que sufría de violencia</b>		
Sí	140	54,7
No	116	45,3
<b>Preguntó de forma rutinaria porque es parte de historia clínica</b>		
No	138	53,9
Sí	118	46,1

VG: violencia de género.

### Número de mujeres atendidas por semana e indicios de violencia de género

Las estadísticas descriptivas del número de mujeres atendidas por semana y además del número de casos según tipo de VG, expresaron que el profesional que atendió el mayor número de mujeres por semana fue el psicólogo: 35; además, este profesional identificó en promedio a 6 mujeres con violencia física, 3 con violencia sexual y 2,5 con abuso sexual en la niñez.

El químico farmacéutico atendió a 31,2 mujeres por semana, encontrando 1,8 mujeres en violencia física, 1,6 mujeres con violencia sexual y 0,4 abuso sexual en la niñez. El médico atendió a 30,5 mujeres por semana, en promedio detectó a 2 con violencia física y en menor proporción abuso sexual en la niñez (0,75) y violencia sexual en 0,67. El obstetra atendió a 26,5 mujeres por semana, encontrando 3,05 de mujeres con violencia física, 1,41 con violencia sexual y 0,96 con abuso sexual en la niñez. El mayor número de mujeres con violencia física fue atendido por los psicólogos (6), obstetras (3,05), enfermeros (2,16), odontólogos (2,15) y médicos (2). Las mujeres con violencia sexual fueron atendidas por el psicólogo (3), químico farmacéutico (1,6), obstetra (1,41).

**Tabla 3.** Número de mujeres atendidas por semana y sospecha de violencia de género, informado por el prestador de salud.

Categoría profesional	N° mujeres/semana				Violencia física				Violencia sexual o violación			
	M	E típ.	IC al 95%		M	E típ.	IC al 95%		M	E típ.	IC al 95%	
			L. inf	L. sup			L. inf	L. sup			L. inf	L. sup
Médico	30,50	2,84	24,91	36,09	2,00	0,29	1,44	2,56	0,67	0,20	0,27	1,07
Enfermero	18,43	2,11	14,28	22,58	2,16	0,21	1,74	2,57	0,76	0,15	0,46	1,06
Odontólogo	20,46	6,30	8,06	32,87	2,15	0,63	0,91	3,40	0,38	0,45	-0,51	1,28
Psicólogo	35,00	16,06	3,38	66,62	6,00	1,61	2,82	9,18	3,00	1,15	0,73	5,27
Obstetra	26,50	3,03	20,52	32,48	3,05	0,30	2,45	3,65	1,41	0,22	0,98	1,84
Químico farmacéutico	31,20	10,16	11,20	51,20	1,80	1,02	-0,21	3,81	1,60	0,73	0,16	3,04

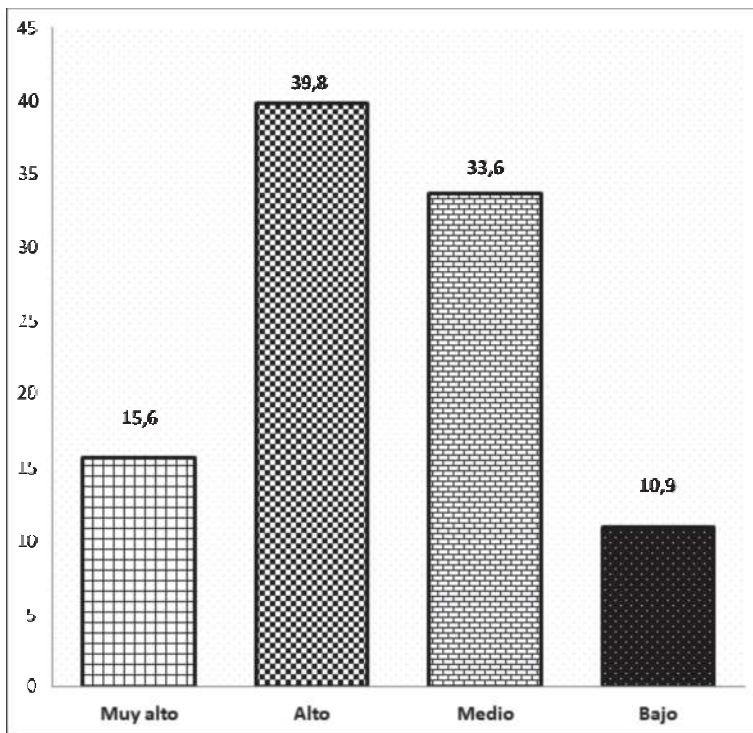
M: medida, E típ: E típico, IC: intervalo de confianza, L. inf: límite inferior, L. sup: límite superior.

### 2.3.3. Nivel de conocimiento sobre violencia de género del prestador de salud

El nivel de conocimiento incluyó las características generales de VG y normas legales; además, incluyó la metacognición respecto a la capacidad autoinformada por el prestador para afrontar los casos de VG.

La puntuación media del nivel de conocimiento sobre violencia de género del prestador de salud fue de  $30,52 \pm 8,4$  puntos, siendo ligeramente superior en las mujeres (media = de  $31,1 \pm 8,03$ ) que en los varones ( $29,3 \pm 9,0$ ). La prueba t de Student demostró que ambas puntuaciones son similares ( $t = 1,59$ ,  $gl = 176$ ,  $p = 0,113$ ).

En el gráfico 1 se observa el nivel de conocimiento sobre VG en forma global de los prestadores de salud, notándose que el 39,8% presentó conocimiento alto, el 33,6% conocimiento medio, 15,6% conocimiento muy alto y solamente el 10,9% conocimiento bajo.



**Gráfico 1.** Nivel de conocimiento del prestador de salud frente a la violencia de género.

En la tabla 4 se observa el nivel de conocimiento según sexo, notándose que son las mujeres quienes mostraron mejor nivel de conocimiento sobre la violencia de género, tanto en las categorías de conocimiento alto (28,5%), conocimiento medio (19,9%) y muy alto (9,8%); sin embargo, la prueba Chi-cuadrado demostró que no existe relación estadística significativa entre el sexo y el nivel de conocimientos ( $\chi^2 = 7,03$ ;  $gl = 3$ ;  $p = 0,113$ ).

**Tabla 4.** Nivel de conocimiento sobre VG del prestador de salud según sexo.

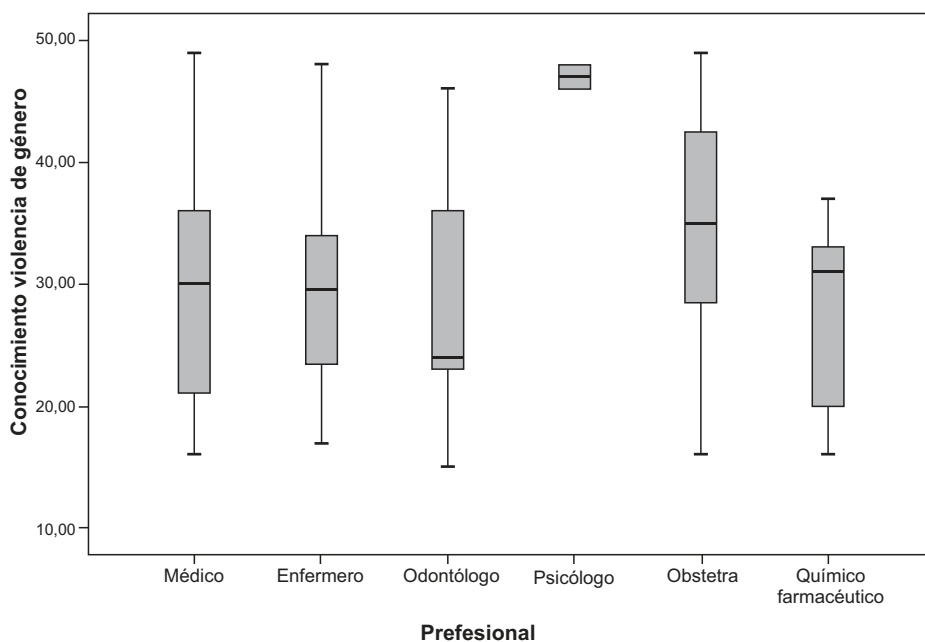
Conocimiento	Femenino		Masculino		Total	
	(n = 162)		(n = 94)		(n = 256)	
Bajo	13	5,1	15	5,9	28	10,9
Medio	51	19,9	35	13,7	86	33,6
Alto	73	28,5	29	11,3	102	39,8
Muy alto	25	9,8	15	5,9	40	15,6

$p > 0,05$

Al comparar el nivel de conocimiento según la profesión (gráfico 2), se observó que la mayor puntuación promedio del conocimiento sobre VG fue alcanzado por los psicólogos ( $x = 47,0$ ), seguido de las obstetras (34,37), médicos (29,39) y enfermeras (29,34).

En el análisis de los ítems que midieron los conocimientos sobre VG (tabla 5) se encontró que más de la mitad de los prestadores refiere que “violencia doméstica” es similar a “violencia de género” (52,3%). El 52,7% señaló que la violencia de género es un problema muy frecuente en la sociedad. Para la mayoría de prestadores (95,7%), los casos de VG pasan desapercibidos. Solamente la cuarta parte de los entrevistados reconoce el fenómeno “iceberg” de la VG (25,4%).

El 59,0% señala que VG se asocian a todas las clases sociales sin distinción, y el 55,1% señala que el factor socioeconómico bajo influye en la VG. Por otro lado, la tercera parte de los entrevistados desconoce las obligaciones legales ante sospecha de violencia de género (32,0%).



**Gráfico 2.** Conocimiento sobre VG según profesión del prestador de salud.

**Tabla 5.** Conocimientos del prestador de salud en violencia de género.

Conocimientos VG	n	%	Conocimientos VG	n	%
<i>“Violencia doméstica” y “violencia de género” es lo mismo</i>			<i>La mayoría de personas que sufren violencia de género</i>		
Son similares	134	52,3	Pasan desapercibidas	245	95,7
Hay diferencias	122	47,7	Comunican su situación	11	4,3
<i>La violencia de género en nuestra sociedad es un problema</i>			<i>Porcentaje de casos de VG que no son diagnosticados</i>		
Muy frecuente	135	52,7	50-70%	132	51,6
Bastante frecuente	80	31,3	30-50%	61	23,8
Algo frecuente	30	11,7	70-90%	42	16,4
Poco frecuente	11	4,3	10-30%	21	8,2
<i>Conoces el fenómeno “iceberg” en violencia de género</i>			<i>Conocimiento de obligaciones legales de VG</i>		
No	191	74,6	Sí	174	68,0
Sí	65	25,4	No	82	32,0
<i>Se asocian más la violencia a clases sociales</i>			<i>Factores de la VG en nuestro medio</i>		
Las dos por igual	151	59,0	Nivel sociocultural bajo	141	55,1
Bajas	96	37,5	Nivel socioeconómico bajo	81	31,6
Altas	9	3,5	Estar en trámites separación/divorcio	34	13,3

La tabla 6 muestra las respuestas en cada uno de los ítems que midieron el conocimiento según la profesión del prestador, observándose lo siguiente: En cuanto al significado de la VG, fueron las obstetras quienes alcanzaron mayor porcentaje de respuestas correctas (62,5%), seguido de los odontólogos (61,5%) y farmacéuticos (60%); mientras que, las enfermeras, psicólogos y médicos alcanzaron porcentajes más inferiores (55,2%; 50% y 35,9%, respectivamente) (C.C. = 0,195,  $p = 0,071$ ).

Respecto a la VG como problema social, los farmacéuticos alcanzaron mayor porcentaje de respuestas correctas (80%), seguido de odontólogos (61,5%) y enfermeras (58,6%); en tanto que, obstetras, médicos y psicólogos presentaron cifras más bajas (46,4%, 48,4% y 50%, respectivamente) (C.C. = 0,146,  $p = 0,354$ ).

Referente a ítem sobre la denuncia de la VG de personas afectadas señalando que esta queda desapercibida, todos los grupos profesionales respondieron en forma correcta especialmente los psicólogos (100%), farmacéuticos (100%), médicos (98,4%), obstetras (96,4%), enfermeras (94%) (C.C. = 0,103,  $p = 0,736$ ). El reconocimiento del fenómeno “iceberg” de la VG, fue mayormente señalado en forma correcta por el 100% de psicólogos, seguido del 37,5% de médicos y 30,4% de obstetras; mientras que, las enfermeras, odontólogos y farmacéuticos alcanzaron cifras más bajas. La prueba coeficiente de contingencia demostró la relación estadística significativa entre la categoría profesional y el conocimiento del fenómeno iceberg de la VG (C.C. = 0,261;  $p = 0,002$ ).

De otra parte, el índice de omisión de la VG es mayormente conocido por el 50% de psicólogos, seguido del 30,8% de odontólogos, 21,4% de

obstetras, 15,5% de enfermeras; las demás profesiones alcanzaron cifras más bajas (C.C. = 0,164; p = 0,2156). Referente al conocimiento de los factores que influyen en la VG, respondieron en forma correcta el 31,9% de enfermeras, 30,8% de odontólogos, 30,4% de obstetras y 29,7% de médicos (C.C. = 0,157, p = 0,261). En cuanto al conocimiento de las obligaciones legales, reconocieron en forma correcta el 100% de psicólogos, el 75% de obstetras, seguido del 69,8% de las enfermeras, 62,5% de los médicos (C.C. = 0,182, p = 0,117).

**Tabla 6.** Conocimientos del prestador de salud en violencia familiar según la categoría profesional.

	E (116)		M (64)		Ob (56)		O (13)		F (5)		Ps (2)	
	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
<i>Significado de VG</i>	55,2	44,8	35,9	64,1	62,5	37,5	61,5	38,5	60,0	40,0	50,0	50,0
Frecuencia de la VG como problema social	58,6	41,4	48,4	51,6	46,4	53,6	61,5	38,5	80,0	20,0	50,0	50,0
<i>Denuncia de la VG de personas afectadas</i>	94,0	6,0	98,4	1,6	96,4	3,6	92,3	7,7	100,0	0,0	100,0	0,0
Reconocimiento del fenómeno "iceberg" de VG	18,1	81,9	37,5	62,5	30,4	69,6	7,7	92,3	0,0	100,0	100,0	0,0
<i>Índice de omisión VG</i>	15,5	84,5	10,9	89,1	21,4	78,6	30,8	69,2	0,0	100,0	50,0	50,0
VG se asocia a clases sociales	62,1	37,9	45,3	54,7	69,6	30,4	61,5	38,5	40,0	60,0	50,0	50,0
<i>Factores de VG</i>	31,9	68,1	29,7	70,3	30,4	69,6	30,8	69,2	20,0	80,0	0,0	100,0
Obligaciones legales del personal de salud	69,8	30,2	62,5	37,5	75,0	25,0	61,5	38,5	20,0	80,0	100,0	0,0

E: enfermera, M: médico, O: odontólogo, Ps: psicólogo, Ob: obstetra, F: farmacéutico.  
C: correcto, I: incorrecto.

La tabla 7 presenta la metacognición, el prestador de salud señaló que está “poco capacitado” para: realizar un plan de seguridad con el usuario (49,6%), seguido de valoración de la mujer violentada (39,1%), detección de violencia sexual e historia de abuso sexual (38,3%) y atender a la mujer víctima de VG (37,9%). Los ítems en la que el prestador de salud señaló que está “medianamente capacitado” fueron: hablar sobre VG con las mujeres (57,0%), seguido de detección de violencia física (57,0%), violencia psicológica (53,1%), orientación a la usuaria afectada (47,3%).

**Tabla 7.** Metacognición sobre violencia de género del prestador de salud.

Cuán capacitado se siente para: n (%)	Poco capacitado	Medianamente capacitado	Suficientemente capacitado
Realizar con la usuaria un plan de seguridad	127 (49,6)	92 (35,9)	37 (14,5)
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	100 (39,1)	113 (44,1)	43 (16,8)
Detectar casos de violencia sexual	98 (38,3)	122 (47,7)	36 (14,1)
Detectar a la usuaria con una historia de abuso sexual en la niñez	98 (38,3)	122 (47,7)	36 (14,1)
Atender a las mujeres víctimas de violencia de género	97 (37,9)	120 (46,9)	39 (15,2)
Hablar sobre violencia basada en género con las mujeres	74 (28,9)	146 (57,0)	36 (14,1)

Continúa...

Continúa...

Cuán capacitado se siente para: n (%)	Poco capacitado			Medianamente capacitado			Suficientemente capacitado		
Detectar casos de violencia física	63 (24,6)			146 (57,0)			47 (18,4)		
Detectar casos de violencia psicológica	76 (29,7)			136 (53,1)			44 (17,2)		
Registrar los casos de violencia	92 (35,9)			110 (43,0)			54 (21,1)		
Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	92 (35,9)			99 (38,7)			65 (25,4)		
Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencia de violencia sexual	91 (35,5)			100 (39,1)			65 (25,4)		
Orientar a una usuaria sobre la anticoncepción de emergencia	81 (31,6)			93 (36,3)			82 (32)		
Detallar un caso de violencia en la historia clínica	80 (31,3)			111 (43,4)			65 (25,4)		
Orientar a la usuaria afectada	69 (27,0)			121 (47,3)			66 (25,8)		

n (%): valores expresados en frecuencia y porcentaje.

En la tabla 8 se aprecia la metacognición sobre VG según el sexo; fueron las mujeres prestadoras quienes informaron sentirse “suficientemente capacitadas” para orientar a usuarias sobre anticoncepción de emergencia (20,7%), orientar a la usuaria afectada (17,6%), detallar un caso de VG en la historia clínica, abordar la salud reproductiva de mujeres con historia de violencia sexual (16,8%).

Mientras que los varones declararon estar poco capacitados en realizar un plan de seguridad con la mujer violentada (21,1%), detectar a las mujeres con historia de violencia sexual en la niñez (20,3%), registrar los casos de violencia (16,8%).

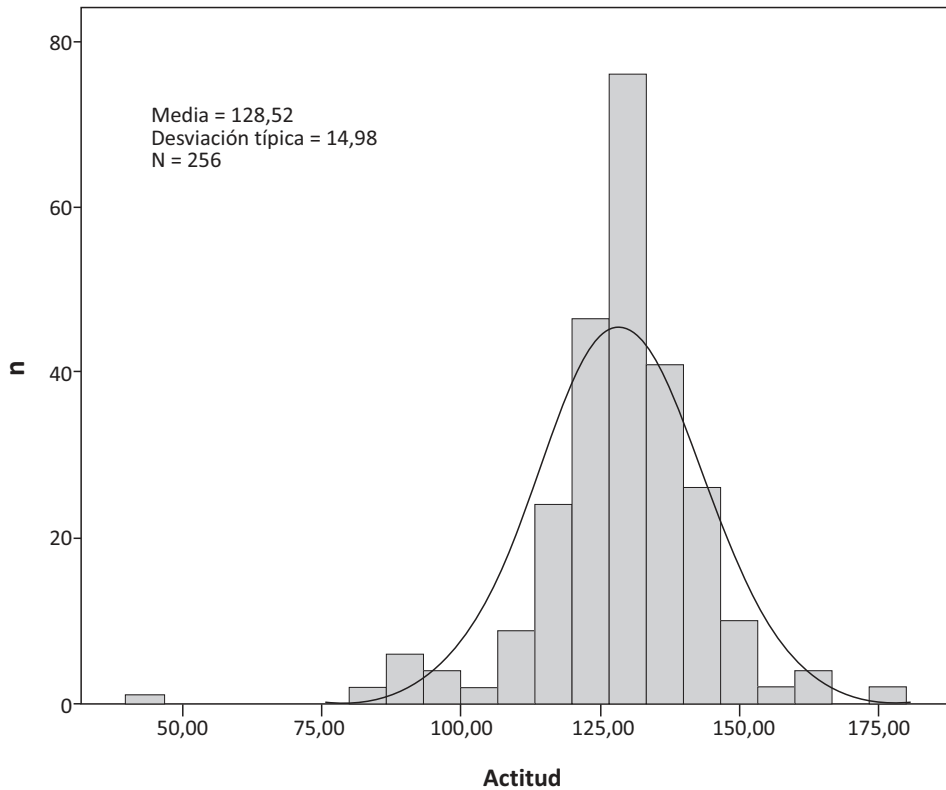
**Tabla 8.** Metacognición sobre violencia de género del prestador de salud según sexo.

Cuán capacitado se siente para: n (%)	Poco capacitado		Medianamente capacitado		Suficientemente capacitado	
	F	M	F	M	F	M
Hablar sobre violencia basada en género con las mujeres	42 (16,4)	32 (12,5)	99 (38,7)	47 (18,4)	21 (8,2)	15 (5,9)
Detectar casos de violencia intrafamiliar física	33 (12,9)	30 (11,7)	99 (38,7)	47 (18,4)	30 (11,7)	17 (6,6)
Detectar casos de violencia psicológica	40 (15,6)	36 (14,1)	94 (36,7)	42 (16,4)	28 (10,9)	16 (6,3)
Detectar casos de violencia sexual	57 (22,3)	41 (16,0)	83 (32,4)	39 (15,2)	22 (8,6)	14 (5,5)
Detectar a las usuarias con historia de abuso sexual en la niñez	64 (25,0)	52 (20,3)	73 (28,5)	29 (11,3)	25 (9,8)	13 (5,1)
Atender a las mujeres víctimas de VG	57 (22,3)	40 (15,6)	82 (32,0)	38 (14,8)	23 (9,0)	16 (6,3)
Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	58 (22,7)	42 (16,4)	76 (29,7)	37 (14,5)	28 (10,9)	15 (5,9)
Realizar con la usuaria un plan de seguridad	73 (28,5)	54 (21,1)	67 (26,2)	25 (9,8)	22 (8,6)	15 (5,9)
Registrar los casos de violencia	49 (19,1)	43 (16,8)	78 (30,5)	32 (12,5)	35 (13,7)	19 (7,4)
Detallar un caso de violencia en la H.Cl.	46 (18,0)	34 (13,3)	73 (28,5)	38 (14,8)	43 (16,8)	22 (8,6)
Orientar a la usuaria afectada	38 (14,8)	31 (12,1)	79 (30,9)	42 (16,4)	45 (17,6)	21 (8,2)
Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	52 (20,3)	40 (15,6)	70 (27,3)	29 (11,3)	40 (15,6)	25 (9,8)
Orientar a una usuaria sobre a anticoncepción de emergencia	46 (18,0)	35 (13,7)	63 (24,6)	30 (11,7)	53 (20,7)	29 (11,3)
Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencia de violencia sexual	51 (19,9)	40 (15,6)	68 (26,6)	32 (12,5)	43 (16,8)	22 (8,6)

n (%): valores expresados en frecuencia y porcentaje.

F: femenino, M: masculino.

### 2.3.4. Actitud frente a la violencia de género del prestador de salud

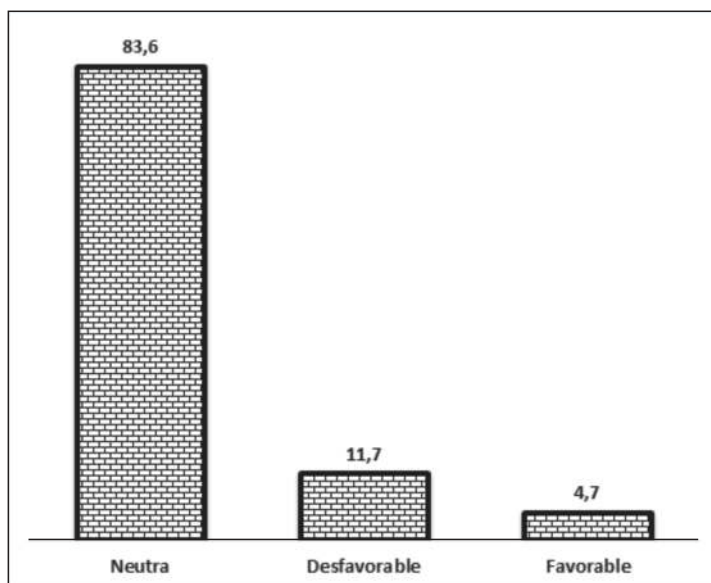


**Gráfico 3.** Actitud global frente a la violencia de género del prestador de salud.

El gráfico 3 muestra que la puntuación promedio de la escala de actitud frente a la violencia de género del prestador de salud fue de  $128,52 \pm 14,98$  (valor mínimo = 40 y valor máximo = 175); siendo las mujeres quienes muestran mejor actitud en la detección de violencia de género que los varones.

En el gráfico 4 se puede apreciar que el 83,6% de la muestra tiene una actitud neutra frente a la violencia de género, el 11,7% actitud desfavorable y solo el 4,7% tiene una actitud favorable.

En la tabla 9 y tabla 9.1 se presenta la distribución porcentual de los ítems de la escala de actitudes del prestador de salud frente a la violencia de género. La mayoría corresponde a muy en desacuerdo en los siguientes ítems: es normal que el hombre golpee a su pareja (77,0%), normal que el hombre haga sentir su poder con golpes (68,4%), el hombre debe conseguir respeto de su pareja con golpes (63,3%), la mujer debe alejarse totalmente de familiares y amigos (62,1%), la opinión del hombre es más importante que la de la mujer (59%), el cuerpo de la mujer le pertenece al hombre (58,2%), quitarle dinero a la esposa de los gastos diarios (58,2).



**Gráfico 4.** Actitud del prestador de salud frente a la violencia de género.

**Tabla 9.** Actitud del prestador de salud frente a la violencia de género.

Actitud n (%)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Es normal que el hombre golpee a su pareja	7 (2,7)	4 (1,6)	2 (0,8)	46 (18,0)	197 (77,0)
Es normal que el hombre haga sentir su poder con golpes	7 (2,7)	10 (3,9)	3 (1,2)	61 (23,8)	175 (68,4)
El hombre debe conseguir respeto de su pareja con golpes	7 (2,7)	9 (3,5)	7 (2,7)	71 (27,7)	162 (63,3)
Convivir con la pareja significa que la mujer debe alejarse totalmente de familiares y amigos(as)	2 (0,8)	7 (2,7)	4 (1,6)	84 (32,8)	159 (62,1)
En la relación de pareja la opinión del hombre es más importante que la de la mujer	14 (5,5)	9 (3,5)	10 (3,9)	72 (28,1)	151 (59,0)
En la convivencia, el cuerpo de la mujer le pertenece al hombre	14 (5,5)	16 (6,3)	11 (4,3)	66 (25,8)	149 (58,2)
Quitarle dinero a la esposa de los gastos diarios es bueno para hacer sentir la importancia del hombre	16 (6,3)	13 (5,1)	6 (2,3)	72 (28,1)	149 (58,2)
La agresión física a la esposa es muestra de interés del varón	10 (3,9)	12 (4,7)	17 (6,6)	70 (27,3)	147 (57,4)
Es adecuado levantar la mano a la mujer si esta da motivos a su pareja	8 (3,1)	12 (4,7)	6 (2,3)	85 (33,2)	145 (56,6)
Es apropiado que el hombre cubra solo los gastos de los hijos, sin considerar las necesidades de su pareja	13 (5,1)	7 (2,7)	3 (1,2)	88 (34,4)	145 (56,6)
Es apropiado la destrucción de objetos apreciados por la mujer cuando el hombre está enfadado	15 (5,9)	11 (4,3)	6 (2,3)	87 (34,0)	137 (53,5)
El número de hijos en la pareja depende del hombre	12 (4,7)	13 (5,1)	19 (7,4)	78 (30,5)	134 (52,3)
Es malo que se compare a la mujer con otras mujeres que la pareja considera como mejores	53 (20,7)	24 (9,4)	2 (0,8)	43 (16,8)	134 (52,3)
Me indigna el hombre que usa armas y objetos para dañar a su pareja	46 (18,0)	15 (5,9)	12 (4,7)	51 (19,9)	132 (51,6)
La mujer debe satisfacer los deseos de su pareja	11 (4,3)	18 (7,0)	24 (9,4)	71 (27,7)	132 (51,6)

n (%): valores expresados en frecuencia y porcentaje.



**Tabla 9.1.** Actitud del prestador de salud frente a la violencia de género (continuación de la tabla 9).

Actitud n (%)	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Es malo que el hombre imponga autoridad a su pareja incluso con gritos	50 (19,5)	30 (11,7)	4 (1,6)	53 (20,7)	119 (46,5)
Son innecesarios los maltratos físicos a la mujer para solucionar los problemas de pareja	41 (16,0)	16 (6,3)	12 (4,7)	86 (33,6)	101 (39,5)
Es injusto golpear a la mujer que realiza gastos innecesarios al hogar	47 (18,4)	26 (10,2)	11 (4,3)	76 (29,7)	96 (37,5)
Es desagradable agredir verbalmente a la mujer que malgasta el dinero del hogar	34 (13,3)	32 (12,5)	16 (6,3)	79 (30,9)	95 (37,1)
Es necesario que el hombre consulte a su pareja para vender o alquilar una propiedad en común	29 (11,3)	31 (12,1)	19 (7,4)	84 (32,8)	93 (36,3)
Es desagradable la mujer que no aporta nada económicamente en el hogar	15 (5,9)	30 (11,7)	27 (10,5)	91 (35,5)	93 (36,3)
La mujer debe satisfacer las fantasías sexuales de su pareja	10 (3,9)	31 (12,1)	36 (14,1)	89 (34,8)	90 (35,2)
Pienso que es responsabilidad de la mujer el cuidado y atención de los hijos	6 (2,3)	25 (9,8)	15 (5,9)	125 (48,8)	85 (33,2)
Me molesta cuando el hombre es quien tiene el control sobre su pareja	31 (12,1)	28 (10,9)	24 (9,4)	86 (33,6)	87 (34,0)
El uso de anticonceptivo en la mujer, debe ser con la aprobación y consentimiento de su pareja	8 (3,1)	49 (19,1)	19 (7,4)	102 (39,8)	78 (30,5)
Siento mayor respeto por la mujer que aporta económicamente en el hogar	27 (10,5)	56 (21,9)	17 (6,6)	93 (36,3)	63 (24,6)
Se perdonan fácilmente las agresiones verbales en la relación de pareja	12 (4,7)	49 (19,1)	72 (28,1)	67 (26,2)	56 (21,9)
Es inadecuado agredir físicamente a la mujer que descuida a sus hijos	97 (37,9)	48 (18,8)	4 (1,6)	52 (20,3)	55 (21,5)
Es injusto maltratar físicamente a la mujer que descuida las tareas domésticas	107 (41,8)	66 (25,8)	4 (1,6)	31 (12,1)	48 (18,8)
Es inadecuado controlar los gastos que realiza la mujer en el hogar	33 (12,9)	67 (26,2)	37 (14,5)	74 (28,9)	45 (17,6)
Es malo que el hombre invierta dinero sin consultar a la mujer	40 (15,6)	59 (23,0)	27 (10,5)	85 (33,2)	45 (17,6)
Es malo levantarle la mano a la mujer que decepciona a su pareja	93 (36,3)	70 (27,3)	8 (3,1)	41 (16,0)	44 (17,2)
Es dañino usar insultos para solucionar los problemas de pareja	113 (44,1)	61 (23,8)	5 (2,0)	33 (12,9)	44 (17,2)
Son normales los insultos a la mujer en la relación de pareja	117 (45,7)	82 (32,0)	8 (3,1)	18 (7,0)	31 (12,1)
Es adecuado que el hombre humille a su pareja si esta descuida su imagen personal	158 (61,7)	50 (19,5)	6 (2,3)	14 (5,5)	28 (10,9)

n (%): valores expresados en frecuencia y porcentaje.

Las puntuaciones medias de VG, en mujeres y hombres, son similares para los diferentes ítems, a excepción del ítem “consideras que especificar en la historia clínica los casos de violencia doméstica es adecuado”. Los hombres tienen una puntuación de 2,74 y las mujeres una puntuación de 1,72 (tabla 10).

**Tabla 10.** Puntuaciones medias de la violencia de género según sexo.

Ítems	Femenino		Masculino	
	X	DS	X	DS
La violencia familiar no es un problema tan serio en nuestro país	1,25	0,60	1,25	0,62
Experimentar violencia familiar aumenta si uno proviene de una clase social, raza o región en particular	1,61	0,74	1,87	0,77
En las familias con mejores recursos económicos no hay violencia familiar	1,15	0,43	1,23	0,53
Los niños(as) que presencian violencia familiar pueden ser seriamente afectados	2,87	0,40	2,85	0,43
Cuando un adulto de la familia sufre maltratos, puede dejar daños permanentes en los niños(as)	2,83	0,41	2,77	0,48
Los hombres son violentos por naturaleza	1,67	0,76	1,51	0,68
Las mujeres son tan violentas como los hombres	1,94	0,81	2,06	0,77
Las víctimas de violencia a veces la buscan, hacen cosas para provocarla	1,48	0,67	1,61	0,73
El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física	1,20	0,53	1,21	0,52
Hay una transmisión intergeneracional del maltrato	2,53	0,69	2,69	0,56
La mayoría de los actos violentos contra las mujeres, niños(as) lo cometen personas extrañas	1,40	0,61	1,40	0,64
La violencia familiar es un asunto privado que solo compete a los adultos de la familia	1,20	0,51	1,18	0,50
Ser víctima de violencia solo le ocurre a determinadas mujeres y niños(as)	1,27	0,57	1,32	0,62
La violencia familiar es producto de algún tipo de enfermedad mental	1,78	0,80	1,79	0,77
El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas	2,14	0,77	2,25	0,71
Consideras que especificar en la historia clínica los casos de violencia doméstica es adecuado	1,72	0,59	2,74	0,53
Crees que por tu actividad laboral puedes tener algún papel relevante en la detección de casos de violencia doméstica	2,70	0,55	2,72	0,57
Me siento incómodo al preguntar sobre violencia de género	1,43	0,63	1,42	0,66
Me siento incómodo al preguntar a las mujeres sobre violencia sexual	1,43	0,63	1,47	0,68
Me siento incómodo al preguntar a las mujeres sobre violencia en la niñez	1,40	0,62	1,46	0,63

X: media. DS: desviación estándar.

### 2.3.5. Indicadores de la capacidad resolutive del establecimiento de salud

#### a) Número de casos de violencia de género registrados

El mayor número de casos de VG registrados en el sistema de información de salud - HIS, correspondió al servicio de emergencia (mediana = 17,5 casos), seguida de la estrategia materno-perinatal (media de  $17,7 \pm 2,8$ ), estrategia crecimiento y desarrollo (media de  $16,6 \pm 2,8$ ) y planificación familiar (media de  $14,1 \pm 8,3$  casos). Situación similar se observó en el registro de casos de VG en el formato único de atención (FUA); la mediana de los casos registrados fue mayor en psicología (28 casos), seguido del servicio de emergencia (17,5 casos), planificación familiar (15 casos) y el consultorio de crecimiento y desarrollo (15 casos). (Tabla 11).

#### b) Casos de violencia de género referidos por el prestador de salud

Ante la pregunta “cuántos casos de VG ha detectado en los últimos tres meses” el 59,8% respondió “ninguno”, 28,2% entre 1 a 2 casos. Solamente el 33,2% manifestó que ha referido algún caso de VG, especialmente a psicología (24,2%) y asistencia social (2,3%).

Solo la cuarta parte de los prestadores de salud señala que “siempre” realiza preguntas ante la sospecha de violencia (23,8%), otro porcentaje similar manifestó “casi siempre” (23,4%). (Tabla 12).

**Tabla 11.** Estadísticos descriptivos del número de casos de VG registrados en el sistema informático según HIS y FUA.

	Crecimiento y desarrollo	Planificación familiar	Materno perinatal	Psicología	Medicina	Pediatría	Odontología	Emergencia
Media	16,6	14,1	17,1	20,5	7,00	2,25	2,50	22,5
Error típ.	1,66	2,96	10,5	5,50	1,98	0,47	0,50	9,68
Mediana	15,0	15,0	5,00	19,5	5,00	2,50	1,50	17,5
<b>HIS</b> Moda	15,0	15,0	3,00	15,0	1,00	3,00	2,00	5,00
Desv. típ.	2,88	8,39	2,80	7,77	6,28	0,95	0,70	19,3
Mínimo	15	5	3	15	1	1	2	5
Máximo	20	30	80	26	20	3	3	50
Media	16,6	14,0	20,0	28,0	10,2	2,33	2,50	22,5
Error típ.	1,66	3,42	15,0	0,00	5,26	0,66	0,50	9,68
Mediana	15,0	15,0	5,00	28,0	5,00	3,00	2,50	17,5
<b>FUA</b> Moda	15,0	5,00	3,00	28,0	1,00	3,00	2,00	5,00
Desv. típ.	2,88	9,05	33,6	0,00	9,04	1,15	0,70	19,3
Mínimo	15	5	3	28	1	1	2	5
Máximo	20	30	80	28	50	3	3	50

HIS: Sistema de información en salud. FUA: Formato único de atención.

**Tabla 12.** Características de la referencia de casos de VG por el prestador de salud.

Características n (%)	Femenino (n = 162)	Masculino (n = 94)	Total (n = 256)
<b>¿Durante los tres últimos meses cuántos casos de VG ha detectado?</b>			
Ninguno	98 (38,3)	55 (21,5)	153 (59,8)
Un caso	26 (10,2)	10 (3,9)	36 (14,1)
Dos casos	18 (7,0)	18 (7,0)	36 (14,1)
Tres casos	8 (3,1)	4 (1,6)	12 (4,7)
Cuatro casos	3 (1,2)	2 (0,8)	5 (2,0)
Cinco casos	1 (0,4)	2 (0,8)	3 (1,2)
Seis casos	0 (0,0)	2 (0,8)	2 (0,8)
Nueve casos	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
Diez casos	4 (1,6)	1 (0,4)	5 (2,0)
Veinte casos	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)
Veintiséis casos	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
<b>¿Cuando sospecha de violencia de género, realiza preguntas para identificar el caso?</b>			
Siempre	40 (15,6)	21 (8,2)	61 (23,8)
Casi siempre	44 (17,2)	16 (6,3)	60 (23,4)
Raras veces	42 (16,4)	42 (16,4)	84 (32,8)
Nunca	36 (14,1)	15 (5,9)	51 (19,9)
<b>¿Ha referido algún caso de violencia de género?</b>			
No	108 (42,2)	63 (24,6)	171 (66,8)
Sí	53 (21,1)	32 (12,1)	85 (33,2)
<b>Lugar de referencia</b>			
Psicología	41 (16,0)	21 (8,2)	62 (24,2)
Asistencia social	2 (0,8)	4 (1,6)	6 (2,3)
DEMUNA	4 (1,6)	2 (0,8)	6 (2,3)
MAMIS	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (0,8)
C.S. San Juan	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)
Obstetricia	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)
C.S. Moronacocho	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)
Psiquiatría	1 (0,4)	1 (0,4)	2 (0,8)
Maternidad	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)

n (%): valores expresados en frecuencia y porcentaje. C.S.: Centro de Salud. DEMUNA: Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente. MAMIS: Módulo de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud.

### c) Disponibilidad de recursos sobre violencia de género en el establecimiento de salud

En forma global, más de la mitad de los prestadores de salud informan escasez en la disponibilidad de recursos para atender a la VG en los establecimientos de salud incluidos en el presente estudio (tabla 13).

Con relación a la *existencia de normativas sobre VG*, solamente el 43,4% de los prestadores de salud informó sobre la existencia de protocolos ante la violencia de género, solo el 26,6% conoce el protocolo interno de su servicio para la atención de la VG y solo el 20,7% aplica el protocolo en su trabajo habitual. Es necesario destacar que el 80,1% de los entrevistados refieren que el establecimiento de salud no cuenta con flujograma de atención de los casos de VG.

En cuanto a la *existencia de recursos*, el 52,7 % informa que no existe directorio de instituciones para la atención de la VG. El 68,8% manifiesta que no se cuenta con mecanismos de documentación de referencia y contrarreferencia en casos de VG. De otra parte, el 75% indica que no existe sistema de seguimiento a la usuaria y que no existen acuerdos de cooperación con otras instituciones.

Referente a la *atención individualizada de los casos con VG*, el 87,9% de los prestadores informa que no existe un espacio para cuidar a los niños durante la consulta, el 70,7% precisa que no existe folletería y material educativo sobre violencia de género. El 42,6% señala que no existe espacio físico individualizado para la atención de la mujer con VG y el 41% informa que no se brinda consejería individualizada.

También se exploró las *líneas de atención en violencia de género* en los establecimientos de salud, detectándose que el 69,5% desconoce la existencia de las mismas. El 85,9% informa que no se realizan visitas domiciliarias a los casos de VG, el 96,9% dice que no se realizan charlas psicológicas para detectar casos de VG, entre otros.

**Tabla 13.** Disponibilidad de recursos del establecimiento y atención individualizada a la usuaria con violencia de género.

<i>Disponibilidad de recursos</i>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	n	%	n	%
<b>Existencia de normativas</b>				
Cuenta con protocolos de atención ante la violencia de género	111	43,4	145	56,6
En caso de existir, conoces el protocolo interno de tu servicio para la atención de los casos de VG	68	26,6	188	73,4
El protocolo de VG lo aplicas en tu trabajo habitual	53	20,7	203	79,3
Existe un flujograma de atención de casos de VG	51	19,9	205	80,1
<b>Existencia de recursos</b>				
Directorio de instituciones	121	47,3	135	52,7
Mecanismos de documentación de referencia y contrarreferencia	80	31,3	176	68,8
Sistema de seguimiento a la usuaria	64	25,0	192	75,0
Acuerdos de cooperación con otras instituciones	64	25,0	192	75,0
Cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria	56	21,9	200	78,1
<b>Atención individualizada</b>				
Existe espacio para cuidar niños durante la consulta	31	12,1	225	87,9
Existe folletería y material educativo en recepción	75	29,3	181	70,7

Continúa...

Continúa...

<i>Disponibilidad de recursos</i>	<b>Sí</b>		<b>No</b>	
	n	%	n	%
<b>Atención individualizada</b>				
Existe espacio físico de consulta	147	57,4	109	42,6
Se brinda consejería individualizada	151	59,0	105	41,0
Consulta psicológica	184	71,9	72	28,1
Consulta médica	189	73,8	67	26,2
Consulta de enfermería	196	76,6	60	23,4
Consulta obstétrica	206	80,5	50	19,5
<b>Líneas de atención en VG</b>				
Desconoce	178	69,5	78	30,5
Visitas domiciliarias	36	14,1	220	85,9
Orientación profesional	16	6,3	240	93,7
Charlas psicológicas	8	3,1	248	96,9
Área Salud Mental	6	2,3	250	97,7
Psicología	4	1,6	252	98,4
Protocolos	2	0,8	254	99,2
Talleres	2	0,8	254	99,2
Referencias	2	0,8	254	99,2

### 2.3.6. Características sociodemográficas, conocimiento y actitud frente a la violencia de género del prestador de salud versus indicadores de capacidad resolutive del establecimiento

Con la finalidad de determinar la asociación entre algunas características demográficas, el nivel de conocimiento, la actitud del prestador de salud con la capacidad resolutive del establecimiento de salud (disponibilidad de recursos), se aplicó el análisis de correlación bivariada  $r$  de Pearson; este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables. En la matriz de correlación se aprecia las variables que tienen asociación con la capacidad resolutive en la detección de la violencia de género (tabla 14 y tabla 14.1).

La edad del prestador de salud mostró asociación positiva o directa con los siguientes indicadores de la capacidad resolutive: preguntó alguna vez a la mujer si ha sufrido violencia ( $r = 0,185$ ) y cuando sospecha de maltrato realiza preguntas para identificar este fenómeno ( $r = 0,130$ ). Es decir que, a mayor edad del prestador de salud, mayor capacidad para sospechar e identificar casos de violencia de género.

El tiempo laboral también mostró correlación positiva con los indicadores antes descritos como la capacidad de detectar violencia física ( $r = 0,167$ ) y sospecha de abuso o maltrato ( $r = 0,177$ ). Estos resultados significan, que mayor tiempo laboral del prestador de salud, mayor capacidad para detectar violencia física, abuso o maltrato.

El conocimiento sobre violencia de género mostró asociación positiva con la actitud ( $r = 0,265$ ), además con los indicadores: sospecha de abuso o maltrato ( $r = 0,182$ ), capacidad para identificar casos de VG ( $r = 0,256$ ), capacidad de referir casos de VG ( $r = 0,190$ ) y conocimientos de protocolos de

VG ( $r = 0,150$ ). Es decir, que a mayor conocimiento, mejor será la actitud del prestador de salud, mayor capacidad para identificar casos de VG, mayor capacidad para referir casos de VG y mayor conocimiento del protocolo de VG.

La actitud que también mostró asociación directa con la capacidad resolutoria fue: capacidad para detectar violencia física ( $r = 0,167$ ). Lo que muestra, que a mayor actitud, mayor capacidad para detectar violencia física.

Por otro lado, la capacidad de poder detectar violencia física mostró asociación positiva con los siguientes indicadores de la capacidad resolutoria: capacidad para detectar abuso sexual o violación ( $r = 0,438$ ), capacidad para detectar abuso sexual en la niñez ( $r = 0,452$ ), capacidad para referir casos de VG ( $r = 0,231$ ), directorio de instituciones ( $r = 0,197$ ), sistema de seguimiento ( $r = 0,131$ ), y cantidad y tipo de personal ( $r = 0,197$ ).

Esto expresa, que, a mayor capacidad del prestador de detectar violencia física, mayor capacidad para detectar abuso sexual o violación, mayor capacidad para detectar abuso sexual en la niñez, mayor capacidad para referir casos de VG, mayor existencia de directorio de instituciones sistema de seguimiento a la usuaria y mayor cantidad de prestadores de la salud para la detección de VG.

Asimismo, se observó correlación positiva entre la capacidad de detectar violencia sexual, mayor profundización en la anamnesis en búsqueda de casos de violencia ( $r = 0,142$  y  $r = 0,135$ ). También se encontró que cuando el prestador informa que ejecuta preguntas para detectar violencia, mayor referencia de casos de VG ( $r = 0,191$ ), mayor conocimiento de los protocolos de atención ( $r = 0,356$ ), mejor seguimiento a la usuaria de VG ( $r = 0,140$ ), mayor cooperación con otras instituciones ( $r = 0,197$ ) y mayores mecanismos de referencia y contrarreferencia ( $r = 0,172$ ).

También se observó que a mayor número de casos de VG referidos por el prestador, mayor conocimiento del protocolo ( $r = 0,308$ ), flujograma de atención ( $r = 0,209$ ), existencia de directorio de instituciones que atiende la violencia ( $r = 0,246$ ), sistema de seguimiento a la usuaria ( $r = 0,206$ ) y existencia de mecanismos de referencia y contrarreferencia ( $r = 0,276$ ). Situación similar se observó que a mayor conocimiento de protocolos de VG, se reporta mayor sistema de seguimiento a la usuaria ( $r = 0,409$ ), y mecanismos de referencia y contrarreferencia ( $r = 0,339$ ).

Y por último, el conocimiento del flujograma de atención de casos de VG se asoció directamente con la aplicación del protocolo de VG ( $r = 0,415$ ), cooperación con otras instituciones ( $r = 0,344$ ), mecanismos de referencia y contrarreferencia ( $r = 0,297$ ). Estos resultados significan, que cuando haya flujograma de atención de VG, mayor será la aplicación del protocolo de VG, mayor cooperación con otras instituciones y mayores mecanismos de referencia y contrarreferencia.

**Tabla 14.** Matriz de correlación bivariada para la capacidad resolutive del establecimiento de salud en la detección de VG.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Edad	-									
2. Tiempo laboral	<b>0,845</b>	-								
3. Conocimiento VG	-0,010	0,059	-							
4. Actitud	0,006	0,000	<b>0,265</b>	-						
5. Vienen al hospital personas con VG	0,080	0,041	0,059	0,088	-					
6. Violencia física por su pareja	0,121	<b>0,167</b>	<b>0,164</b>	<u>0,154</u>	<b>0,243</b>	-				
7. Abuso sexual o violación	-0,031	0,013	0,053	0,069	0,066	<b>0,438</b>	-			
8. Abuso sexual en la niñez	0,084	0,110	0,014	0,051	0,093	<b>0,452</b>	<b>0,622</b>	-		
9. Preguntó alguna vez a la mujer si ha sido abusada o maltratada	<b>0,185</b>	<b>0,177</b>	<b>0,182</b>	<b>0,089</b>	<b>0,244</b>	<b>0,256</b>	<u>0,142</u>	<b>0,172</b>	-	
10. La usuaria manifestó algo que le hizo a Ud. sospechar que sufría de VG	0,090	-0,011	0,039	0,016	0,083	<b>0,244</b>	0,037	-0,009	0,118	-
11. Pregunta de forma rutinaria, porque es parte de la H. CL.	-0,019	0,023	<b>0,171</b>	0,008	0,082	<u>0,140</u>	<b>0,182</b>	<b>0,157</b>	<b>0,348</b>	<b>-0,197</b>
12. Cuando sospecha de VG, realiza preguntas para identificar el caso	<u>0,130</u>	<u>0,126</u>	<b>0,256</b>	<u>0,154</u>	<b>0,219</b>	<b>0,331</b>	<u>0,135</u>	0,115	<b>0,410</b>	0,010
13. Número de casos de VG detectados en últimos tres meses	0,026	-0,002	-0,014	0,043	0,095	<b>0,185</b>	<b>0,176</b>	<u>0,142</u>	0,071	<b>-0,060</b>
14. Ha referido algún caso de VG	0,100	0,083	<b>0,190</b>	0,017	0,091	<b>0,231</b>	0,100	0,092	<b>,191</b>	0,025
15. Cuenta con protocolos de atención ante la VG	-0,077	-0,048	0,107	0,036	0,104	<u>0,125</u>	<u>0,161</u>	0,093	0,082	-0,122
16. Conoces el protocolo para la atención de VG	-0,040	-0,038	,150	0,051	0,050	<b>0,184</b>	0,108	0,058	0,130	-0,110
17. Existe un flujograma de atención de casos de VG	-0,010	-0,057	0,002	0,035	0,031	0,088	0,109	-0,007	0,062	-0,096
18. El protocolo de VG lo aplicas en tu trabajo habitual	0,013	0,193	0,166	0,076	0,097	-0,025	-0,064	-0,001	<b>0,356</b>	-0,134
19. Directorio de instituciones	0,019	0,075	0,122	0,031	0,066	<b>0,197</b>	<u>0,127</u>	0,102	<b>0,166</b>	0,013
20. Sistema de seguimiento a la usuaria	0,023	-0,001	-0,005	0,041	0,045	<u>0,131</u>	<b>0,168</b>	0,120	<u>0,140</u>	-0,054
21. Cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria	0,052	0,046	0,035	0,050	<u>0,143</u>	<u>0,197</u>	0,119	0,054	<b>0,174</b>	-0,069
22. Cooperación con otras instituciones	-0,048	-0,046	0,047	-0,007	0,032	<u>0,060</u>	0,053	0,034	<u>0,127</u>	-0,018
23. Mecanismos de referencia y contrarreferencia	0,050	0,057	-0,034	-0,045	0,089	0,102	<u>0,160</u>	0,091	<b>0,172</b>	-0,030

Negrita: p < 0,01. Subrayado: p < 0,05. VG: violencia de género. H. CL: historia clínica.

**Tabla 14.1.** Matriz de correlación bivariada para la capacidad resolutive del establecimiento de salud en la detección de VG (continuación de la tabla 14).

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1. Edad													
2. Tiempo laboral													
3. Conocimiento VG													
4. Actitud													
5. Vienen al hospital personas con VG													
6. Violencia física por su pareja													
7. Abuso sexual o violación													
8. Abuso sexual en la niñez													
9. Preguntó alguna vez a la mujer si ha sido abusada o maltratada													
10. La usuaria manifestó algo que le hizo a Ud. sospechar que sufría de VG													
11. Pregunta de forma rutinaria, porque es parte de la H. Cl.	-												
12. Cuando sospecha de VG, realiza preguntas para identificar el caso	<b>0,271</b>	-											
13. Número de casos de VG detectados en últimos tres meses	0,086	<u>0,138</u>	-										
14. Ha referido algún caso de VG	<b>0,346</b>	<b>0,465</b>	<u>0,147</u>	-									
15. Cuenta con protocolos de atención ante la VG	<b>0,203</b>	<b>0,165</b>	<u>0,088</u>	<b>0,187</b>	-								
16. Conoces el protocolo para la atención de VG	<b>0,242</b>	<b>0,369</b>	<u>0,139</u>	<b>0,308</b>	<b>0,527</b>	-							
17. Existe un flujoograma de atención de casos de VG	<b>0,206</b>	<b>0,184</b>	<u>-0,026</u>	<b>0,209</b>	<b>0,511</b>	<b>0,541</b>	-						
18. El protocolo de VG lo aplicas en tu trabajo habitual	0,162	0,294	0,284	0,083	<b>0,523</b>	<b>0,561</b>	<u>0,415</u>	<b>0,523</b>	-				
19. Directorio de instituciones	<b>0,192</b>	<b>0,369</b>	<u>0,100</u>	<b>0,246</b>	<b>0,293</b>	<b>0,246</b>	<b>0,194</b>	<u>0,197</u>	<u>0,404</u>	-			
20. Sistema de seguimiento a la usuaria	<b>0,190</b>	<b>0,249</b>	<u>0,158</u>	<b>0,206</b>	<b>0,296</b>	<b>0,409</b>	<b>0,344</b>	<u>0,272</u>	<b>0,531</b>	<b>0,429</b>	-		
21. Cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria	<b>0,231</b>	<b>0,342</b>	<u>0,166</u>	<b>0,249</b>	<b>0,243</b>	<b>0,431</b>	<b>0,351</b>	<u>0,148</u>	<b>0,677</b>	<b>0,389</b>	<b>0,698</b>	-	
22. Cooperación con otras instituciones	<b>0,190</b>	<b>0,172</b>	<u>-0,011</u>	<u>0,072</u>	<b>0,187</b>	<b>0,327</b>	<b>0,344</b>	<u>0,160</u>	<b>0,650</b>	<b>0,339</b>	<b>0,500</b>	<b>0,611</b>	-
23. Mecanismos de referencia y contrarreferencia	<b>0,256</b>	<b>0,247</b>	<u>0,132</u>	<b>0,276</b>	<b>0,243</b>	<b>0,339</b>	<b>0,297</b>	<u>0,257</u>	<b>0,794</b>	<b>0,408</b>	<b>0,525</b>	<b>0,642</b>	<b>0,584</b>

Negrita: p < 0,01. Subrayado: p < 0,05. VG: violencia de género. H. Cl: historia clínica.



## 2.4. Discusión

La violencia familiar y de género es un problema emergente de salud pública por su alta prevalencia, por el daño que produce a la salud, por su impacto en los servicios de salud<sup>99</sup>. Son escasos los trabajos que reportan las altas estadísticas de la violencia de género, generalmente solo se visualiza en algunos países la violencia sexual, por ser la que más evidencias físicas deja, pero poco se estudian los efectos psicológicos que esta ocasiona; además del subregistro existente, muchas mujeres no se reconocen ni se identifican como violentadas. En las sociedades más tradicionales, golpear a la esposa se considera una consecuencia del derecho del hombre a castigar físicamente a su mujer, según se constata en estudios realizados en países tan diversos como Bangladesh, Camboya, India, México, Papúa Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe<sup>100 y 101</sup>.

El prestador de salud se encuentra en una posición propicia para identificar situaciones de violencia de género en las mujeres que acuden a los servicios de salud; sin embargo, la literatura señala que existen varios factores implicados en esta situación, como el conocimiento y la actitud de rechazo o aceptación que el personal tenga ante la violencia de género, además de la necesidad de la existencia conjunta de infraestructura, equipamiento, insumos, mecanismos de referencia y contrarreferencia, entre otros.

Los hallazgos de este estudio, demuestran la asociación evidente entre el conocimiento y la actitud frente a la violencia de género de los prestadores de salud ( $p < 0,05$ ). Asimismo, muestra la asociación positiva entre los factores identificados y la capacidad resolutive en la detección de la violencia de género ( $p < 0,05$ ).

En general, el 55,4% de la población estudiada presentó conocimiento alto y muy alto (39,8% y 15,6%, respectivamente), seguido de conocimiento medio (33,6%) y bajo (10,9%). Estos hallazgos son superiores a los informados por Alcaraz *et al.* en España (2014) quienes detectaron que solo el 7,6% de profesionales de la salud tenía conocimientos adecuados sobre violencia de género. Del mismo modo, Baró *et al.* en Cuba (2011) identificaron que más del 60% del personal de salud explorado mostró desconocimiento frente a casos de violencia doméstica. Alemán *et al.* en Argentina (2010) también reportaron que el 49,7% de personal presentó conocimientos poco o nada suficientes, entre el 81,7 % y 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en la detección de violencia de género. Asimismo, los resultados de Mendoza *et al.*<sup>102</sup> en México (2006) encontraron que el 92,6% tuvo conocimiento nulo/bajo y en el estudio de Rodríguez *et al.* en Nicaragua (2005) se encontró que el nivel de conocimiento de los profesionales es medio-alto (59,6% medio y 20,6% alto).

Las situaciones que pueden explicar a los resultados serían las siguientes: por un lado, la muestra en Iquitos estuvo conformada por profesionales de la salud, mientras que Alemán, Mendoza, Lozano y Rodríguez incorporaron en sus estudios al trabajador social, nutricionista, fisioterapeuta y auxiliar en enfermería, respectivamente. De otra parte, el tiempo de permanencia en el servicio en Iquitos fue mayor que en las demás muestras ( $9,68 \pm 8,0$  años),

mientras que en los otros estudios se reporta el 43,4% llevaba más de siete años trabajando en la institución (Aleman *et al.*, 2010) y en el estudio de Rodríguez *et al.* en Nicaragua (2005) se afirma que los profesionales de la salud llevan más de diez años en el servicio. El instrumento de recolección de datos podría ser otro factor que explicaría las diferencias, pues cada uno de los estudios mencionados utilizó diversos instrumentos, a excepción de que existen similitudes con el estudio realizado en Nicaragua.

Entre uno de los aspectos que se juzga como importante en la valoración de conocimientos sobre la violencia de género se encuentran las obligaciones legales del prestador de salud ante la detección de casos de violencia; en la muestra estudiada se encontró que solo el 68% conoce las obligaciones legales. Estos hallazgos son ligeramente superiores a los reportados por Arredondo *et al.* (España, 2012) quienes revelaron que el 55,2% de prestatarios conocen las obligaciones legales; Larrauri *et al.* en España (2011) también informaron que un 54,6% de los encuestados desconoce las consecuencias legales de la no declaración de un caso evidente de violencia de género. Asimismo, Aleman *et al.* indicaron que el 72,5% de los entrevistados desconoce las obligaciones legales del personal de salud. Los hallazgos mencionados pueden ser efecto de las propias percepciones del prestador de salud. Algunos autores como Herrera *et al.* (México, 2006) revelan que los prestadores tienen desconfianza generalizada en todo lo referente a cuestiones legales; y Rodríguez *et al.* (México, 2005) señalan que el prestador de salud tiene temor a involucrarse en asuntos legales (52,6%).

El nivel de conocimiento sobre la violencia de género fue diferente según las categorías profesionales de salud, encontrándose que, los psicólogos presentaron mayor puntuación promedio, seguidos de obstetras, médicos y enfermeras. Estos hallazgos son diferentes a los datos informados por Arredondo *et al.* (España, 2012) quienes informaron conocimiento medio para todas las categorías profesionales estudiadas (enfermeras 34%, médicos 31,1%) y Méndez *et al.* (México, 2003) indican que el personal médico mostró un nivel de conocimiento bajo 21%, 63% medio y 16% alto, con esto se observa mayor nivel de conocimiento entre las médicas en comparación con los médicos. También García-Moreno (Argentina, 2001), informó que, entre los miembros del personal de salud menos comprometidos, estuvieron los enfermeros y las enfermeras; el autor cuestiona que tipo de atención se está ofreciendo y que trato humano se brinda a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud<sup>103</sup>.

Esto puede deberse probablemente a los contenidos de los planes de estudio de las diferentes carreras de ciencias de la salud; los psicólogos adquieren competencias profesionales orientadas al diagnóstico, tratamiento de la violencia como fenómeno psicosocial; en este estudio, el 45,3% fueron enfermeras, el plan de estudios aplica la gestión del cuidado humano holístico, considera a la persona, inmersa en el contexto familiar y comunitario según niveles de prevención y atención en salud, basados en fundamentos científicos, tecnológicos y éticos con enfoque intercultural y ecológico, aplicando el proceso

del cuidado de enfermería. Algunos estudios han encontrado en la medicalización una barrera importante en la detección de la violencia de género, esto podría explicar la diferencia con las otras profesiones.

Una tercera parte de los profesionales encuestados piensa que los malos tratos afectan más a clases sociales bajas y más de la mitad cree que están influidas a un bajo nivel cultural, siendo similares estos resultados a los estudios realizados por Siendonés *et al.* en España (2002). Errónea la percepción que tienen de esta realidad, ya que en la actualidad y si incluimos a todas las formas de violencia de género, doméstica y malos tratos, esta afecta prácticamente por igual a todas las clases sociales y solo con una actuación multidisciplinaria e integral es posible reducir este delito contra la salud pública.

Respecto a la actitud frente a la violencia de género de los prestadores de salud, el 83,6% de la muestra tiene una actitud neutra frente a la violencia de género, el 11,7% actitud desfavorable y solo el 4,7% tiene una actitud favorable. Estos hallazgos son diferentes a los reportados por otros investigadores. Así, tenemos que Rojas *et al.* en España (2014) informaron una actitud global favorable a la atención en consulta de las mujeres que viven violencia de género. En tanto, Arredondo *et al.* en España (2012) indican que el 55,0% mantienen una actitud expectante habitualmente en su trabajo. Mientras que Larrauri *et al.* en España (2011) reporta que el 67,5% habitualmente no mantiene una actitud expectante al maltrato. Hay que señalar, además a Rodríguez *et al.* en Nicaragua (2005) en su estudio evidencia que la actitud de rechazo fue de 76,06%.

Estos hallazgos podrían reflejar realmente la posición de los prestadores de salud o indicar desconocimiento o duda en el momento de responder la encuesta; probablemente también es por la falta de capacitación y sensibilización sobre violencia de género al personal de salud. En este sentido las actitudes de los prestadores de salud tienen un importante papel en la implementación de comportamiento asociadas hacia la violencia de género.

El estudio reveló la asociación existente entre el conocimiento y la actitud frente a la violencia de género ( $p < 0,05$ ). Estos hallazgos son similares a los estudios informados en otros contextos como Rojas *et al.* en España (2014) quienes indicaron que existe correlación significativa entre actitud y conocimientos ( $p < 0,01$ ). Rodríguez *et al.* en Nicaragua (2005) también encontraron asociación de la actitud de rechazo hacia la violencia de género, y a mayor nivel de conocimiento más posibilidad de que este personal tenga una actitud de rechazo hacia la violencia de género. Méndez *et al.* (México, 2003) también han señalado que una de las variables que correlaciona con la actitud frente a la violencia de género, es el nivel de conocimiento y el interés por capacitarse en esta temática.

Los factores que explicarían la asociación entre conocimiento y la actitud hacia la violencia de género, podrían estar influidos por otras variables como la satisfacción profesional y el uso de los recursos sociosanitarios (Rojas *et al.*, 2014), también por la implementación de políticas apropiadas en cada institución. Este hallazgo refuerza la necesidad de un modelo ecológico integral para abordar la violencia de género desde el sistema sanitario, dada la

interacción de factores socioculturales, individuales, comunitarios y familiares que pueden favorecer o proteger a las mujeres de la violencia de género.

En cuanto a la autopercepción de los profesionales de sus conocimientos, solo el 25,4% se reconoció en condiciones de detectar de uno a dos casos de violencia y detallarlos en una historia clínica, atender a una mujer en consulta pudiendo hablar con ella acerca de la violencia que padece o, muchos menos, de elevar un informe a un juzgado. La capacitación de los profesionales, que debería centrarse en indicadores para la detección de maltrato y/o abuso y conocimiento del perfil de la mujer víctima de VG, serviría para que adquieran las competencias necesarias para enfrentarse a este tipo de casos en la consulta.

Es ventajoso que los profesionales consideren este un problema mayor y que el sector salud tiene que intervenir en el mismo, dado que la valoración de la labor que los prestadores de salud realizan es positiva. Una amplia proporción de encuestados considera que puede desempeñar un papel importante en la detección y/o asistencia de las personas que sufren violencia intrafamiliar y/o de género. En la inmensa mayoría de los casos se considera adecuado preguntar sobre el problema y hacerlo constar en la historia clínica en el caso de que se detecte.

Casi la mitad de los profesionales sabe que existe un protocolo de actuación en su centro (43,4%), pero solo el 20,7% lo aplica en su espacio laboral. Siendo diferentes estos resultados a los estudios de Arredondo *et al.* (España, 2012), en donde el 29,7% solo conoce el protocolo de atención ante una VG. Esto podría indicar desmotivación de los profesionales, falta de confianza en la propia competencia profesional y en la de otros profesionales implicados en la atención integral a las personas que padecen estas situaciones, como señalan los estudios anteriormente mencionados; se pudo encontrar que existe un conocimiento general de la importancia de la VG en la salud, no obstante, los profesionales no han adquirido todavía herramientas suficientes como para responder con solvencia ante los casos concretos.

Una tercera parte de los profesionales encuestados piensa que los malos tratos afectan más a clases sociales bajas y más de la mitad piensa que están arraigadas a un bajo nivel sociocultural, siendo similares estos resultados a los estudios de Siendonés *et al.* (2002)<sup>104</sup>. Es equivocada la percepción que tienen de esta realidad, ya que en la actualidad y sí incluimos a todas las formas la violencia de género, doméstica y malos tratos, esta afecta prácticamente por igual a todas las capas sociales y solo con una actuación multidisciplinaria e integral es posible reducir este delito contra la salud pública<sup>105</sup>.

Los prestadores de salud comunicaron incomodidad al efectuar en la anamnesis preguntas específicas sobre violencia de género a la usuaria. Estos hallazgos son discordantes a las expresiones de usuarias consultantes en estudios efectuados por Olson *et al.* (1996) quienes informaron que más del 67% de las mujeres esperan que sea el personal médico quien les pregunte acerca de la violencia que sufren<sup>106</sup>; mientras que, Hajar *et al.* (2002) informaron que más de 60% del personal médico espera que la mujer maltratada sea quien dé la señal o consentimiento para abordar dentro de la consulta médica sus experiencias de violencia<sup>107</sup>.

Una de las limitaciones es la actitud que tiene el personal ante la violencia de género; los datos, en muchos casos, como señala Larrauri *et al.* (2011)<sup>108</sup>, son subjetivos y están vinculados a creencias, tabúes y conocimientos de estas personas. Los resultados ponen de manifiesto que es necesario fortalecer la formación del personal profesional sobre cómo identificar y tratar los casos de violencia de género, actuando desde el punto de vista preventivo.

Es preocupante que más de la mitad de los profesionales encuestados refieran que en su centro laboral no cuentan y desconozcan la existencia de protocolos y flujogramas de atención en su servicio, ya que estos puntos tienen repercusión legal el no comunicar los casos de violencia a otros profesionales implicados. Pero una vez detectado el caso, la mitad de los encuestados conoce la obligatoriedad que tienen de ponerlo en conocimiento de la autoridad competente.

Esto refleja la complejidad existente en la relación entre la práctica clínica y la legislación vigente. La Ley Orgánica 26260 de Protección frente a la violencia familiar, contempla que el sector salud es también el ente encargado de dar una respuesta institucional ante los casos de violencia de género. Estas situaciones demuestran que se le está brindando poca atención, que el asunto amerita, sobre todo en la detección de los casos que ingresan por atención de salud, en forma soslayada, donde el profesional de salud debe estar sensibilizado y capacitado para detectarlos oportunamente.

## 2.5. Conclusiones

- El perfil de los prestadores de salud que atienden casos de violencia de género se caracteriza por tener una edad promedio de  $38,1 \pm 9,0$  años, siendo en su mayoría adultos intermedios, sexo femenino, casados y tiempo laboral promedio de  $9,68 \pm 8$  años.
- El 39,8% de prestadores de salud presenta un nivel de conocimiento sobre VG alto y el 33,6% conocimiento medio. El 83,6% de los prestadores tiene una actitud neutra frente a la violencia de género, y solo el 4,7% tiene una actitud favorable.
- El conocimiento sobre violencia de género correlacionó en forma positiva con la actitud del prestador para detectar violencia de género ( $p < 0,05$ ).
- Los prestadores de salud que informan mayor capacidad de detección de violencia física, y violencia sexual, presentan mayor capacidad de referencia de casos de VG ( $p < 0,05$ ).
- A mayor número de casos de VG referidos por el prestador de salud, mayor conocimiento del protocolo y flujograma de atención en VG ( $p < 0,05$ ).

## 2.6. Recomendaciones

- Realizar estudios de investigación con metodología cualitativa que profundice el conocimiento de las variables estudiadas, a través de la etnometodología para analizar las creencias y percepciones alrededor de la

violencia de género del prestador de salud; asimismo, estudiar el significado del fenómeno (violencia de género) desde la percepción del prestador de salud a través de estudios fenomenológicos, para así ayudar a comprender lo complejo y paradójico de este problema multifactorial.

- Incluir en los planes de estudio de las carreras de ciencias de la salud contenidos de familia y violencia de género a fin de generar nuevas actitudes que favorezcan una mejor atención a las personas sometidas a este tipo violencia.
- Crear y validar una intervención integral que incluya la modificación de prácticas sanitarias en la detección de la violencia de género basada en la construcción de los valores de igualdad y de no-violencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. 2013. [www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth).
- 2 Organización Mundial de la Salud Sede web. Ginebra: OMS; noviembre de 2012 Acceso diciembre de 2015. Centro de prensa: Violencia contra la mujer. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/ex/index.html>
- 3 Liqueste T, Moyano P, Martínez I, Fajardo M, Domínguez M. Violencia doméstica, abordaje enfermero. *Metas enferm.* 2005; 8 (7): 10-16.
- 4 Varas A. Los costos empresariales de la violencia contra las mujeres en el Perú. Una estimación del impacto de la violencia contra la mujer en relaciones de pareja en la productividad laboral de las empresas peruanas. Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. 2013. ISBN: 978-612-00-1171-3 <http://www.repositorio academico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1584>
- 5 Promudeh-Opción. Violencia familiar desde una perspectiva de género: consideraciones para la acción. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. 2000. Lima.
- 6 Plazaola J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc).* 2004; 122:461-7.
- 7 Calvo G, Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enferm. glob.* [Internet]. 2014 Ene [citado 2018 Abr 04]; 13(33): 424-439. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es)
- 8 Siméant S. Capacidad resolutive de la demanda de atención de morbilidad a nivel primario. *Revista Panamericana de la Salud.* 1984. 92 (2): 125-141.
- 9 Donabedian A. La calidad de la atención médica. Ediciones científicas. La prensa médica mexicana S. A. 1984.
- 10 Vega DM. Capacidad resolutive del servicio de odontología del Hospital Base III José Cayetano Heredia EsSalud, Piura 2017. Universidad César Vallejo. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/736>.
- 11 López P, García AJ, Segredo AM, Alonso L, Santana FA. Measuring procedure for the resolute capability of basic health care teams. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Apr 08]; 40(4): 249-262. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400002&lng=en).
- 12 Costa X, Sarrado J, López P. La atención primaria y el poder resolutive del sistema de salud: un estudio desde los profesionales. *Atención Primaria.* 39 (8) August 2007, pp: 411-416.
- 13 Doménech D, Strozzi D, Oliveira L, Antúnez M, Castro G, Álvez J *et al.* Capacidad resolutive del primer nivel de atención: experiencia de la Unidad Docente-Asistencial de Medicina Familiar y Comunitaria de Paysandú. 2014. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 Apr 08]; 32(3): 137-144. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902016000300002&lng=en](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300002&lng=en).

- 14 Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención de salud en Perú 2005-2015. Lima: OPS; 2017.
- 15 Guzmán A. Evaluación de la funcionabilidad de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en 5 regiones con mayor razón de mortalidad materna y en Apurímac I. 2009. Resumen Ejecutivo apoyado por la Organización Panamericana de la Salud.
- 16 Minsa. N T 0021-MINSA/DGSP V.01. Norma técnica categorías de establecimientos de sector salud. Lima, Perú: Ministerio de Salud. 2004. Capacidad Resolutiva.
- 17 Castro C, Chaverri S, Mejías L. La capacidad resolutive para la atención integral: un abordaje desde el nivel local. *Rev. cienc. adm. financ. segur. soc* [Internet]. 1999 Jan [cited 2018 Apr 08]; 7(1): 45-53 [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-12591999000100007&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12591999000100007&lng=en).
- 18 Marques da Cruz ST, Pereira Espíndula DH, Trindade Araújo Z. Violência de Gênero e seus Autores: Representações dos Profissionais de Saúde. *Psico-USF*, 2017. 22(3), 555-567. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220314>
- 19 Machado MES, Rodrigues LSA, Boa-Sorte ET, da-Silva JM, Silva DO, de-Oliveira JF. Perception of health professionals about violence against women: a descriptive study. *Online braz j nurs* [Internet]. 2017 October [Cited 2018 Apr 9]; 16 (2): 209-217. Available from: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5596>. doi: <http://dx.doi.org/10.17665/1676-4285.20175596/>
- 20 Vieira EM, Hasse M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2017, v. 21, n. 60 [Acessado 9 Abril 2018], pp. 52-62. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357>>. Epub 20 Out 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0357>.
- 21 Cordero N, Fernández C. Mujeres subsaharianas posibles víctimas de trata. *Derecho a la salud en tránsito. Aposta* [serial on the Internet]. (2016, July), [cited December 9, 2016]; (70): 155-169. Available from: Fuente Académica Premier.
- 22 Cunha Cordeiro K, Santos R, Gomes N, Melo D, Mota R, Couto T. Formação profissional e notificação da violência contra a mulher. *Revista Baiana de Enfermagem* [serial on the Internet]. (2015, July), [cited December 9, 2016]; 29(3): 209-217. Available from: Fuente Académica Premier.
- 23 Régio L, Yoshikawa Egry E, Rosa Apostólico M. Consideraciones acerca de la importancia del estudio de saberes necesarios para el afrontamiento de la violencia infantil en la atención primaria de salud. *Revista de Investigaciones de la UNAD* [serial on the Internet]. (2015, July), [cited December 9, 2016]; 14(2): 137-149. Available from: Academic Search Complete.
- 24 Barbosa L, Dimenstein M, Leite J. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Avances En Psicología Latinoamericana* [serial on the Internet]. (2014, July), [cited December 9, 2016]; 32(2): 311-322. Available from: Fuente Académica Premier.
- 25 Santos J, de Andrade R, dos Reis L, Pimentel Duarte S. Conhecimento de enfermeiras em unidades de saúde sobre a assistência à mulher vítima da violência. *Revista Baiana de Enfermagem* [serial on the Internet]. (2014, Sep), [cited December 9, 2016]; 28(3): 260-270. Available from: Fuente Académica Premier.



- <sup>26</sup> Alcaraz C, Roche F, Hernández M, Meseguer C, Rodríguez J, Esparza A. Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2014; 4(1): 217-226.
- <sup>27</sup> De Silva F, de Sá R, Paranhos L. Domestic violence and the role of the dentist from the public health perspective: a review of scientific literature. *Acta Bioética* [serial on the Internet]. (2014, June), [cited December 27, 2016]; 20(1): 125-133. Available from: Fuente Académica Premier.
- <sup>28</sup> Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R *et al.* Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Aten Primaria* 2015; 47:490-7- DOI: 10.1016/j.aprim.2014.10.008.
- <sup>29</sup> Pereira N, Da Silva M, Menezes T, Freire N. Violencia conyugal y la atención de la mujer en la comisaría y en el servicio de salud. *Revista Baiana de Enfermagem, Salvador*, v. 27, n. 2, pp. 146-153, maio/ago. 2013.
- <sup>30</sup> Alencar R, Cantera E. Intervención en violencia de género en la pareja: el papel de los recursos institucionales. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*. 2013; 13 (3): 75-100.
- <sup>31</sup> De Araújo L, Da Rocha R, Cruz E. Estudo psicossocial da violência na velhice: o que pensam agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde? *Psicologia: Teoria E Prática* [serial on the Internet]. (2012, Jan), [cited December 27, 2016]; 14(1): 26-39. Available from: Fuente Académica Premier.
- <sup>32</sup> Arredondo-Provecho AB, Broco-Barredo M, Alcalá-Ponce de León T, Rivera-Álvarez A, Jiménez-Trujillo I, Gallardo-Pino C. Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Rev Esp Salud Publica*, 86(1): 85-99.
- <sup>33</sup> Baró V, Mariño E, Ávalos M. Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [serial on the Internet]. (2011, Apr), [cited Dic 18, 2015]; 27(2): 34-39. Available from: MedicLatina.
- <sup>34</sup> López E, Brito C, Arbach K, Andrés-Pueyo A. Detección de la violencia contra la pareja por profesionales de la salud. *Anuario de Psicología Jurídica* [serial on the Internet]. (2010, Oct), [cited December 27, 2016]; 2031-41. Available from: Fuente Académica Premier.
- <sup>35</sup> Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Sammartino B, Marconi A, Antman J. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2010; 1(5): 22-7.
- <sup>36</sup> Canaval E, González C, Humphreys J, De León N, González S. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2009; 27(2): 209-217.
- <sup>37</sup> Fonseca D, Leal B, Skubs T, Guedes R, Egrý Y. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2009; 17(6): 974-980.
- <sup>38</sup> Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá José, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2015 Diciembre 19]; 22(1): 7-10. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100002&lng=es)

- <sup>39</sup> Díaz López R, Ruiz Reyes R. Los servicios de enfermería ante la violencia intrafamiliar. Fenómeno que contamina la humanidad. *Rev méd electrón [revista en la Internet]*. 2007 [citado 2015 Diciembre 20]; 29(5). <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol5%202007/tema8.htm>
- <sup>40</sup> Herrera C, Agoff C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. *Cad. Saúde Pública*. [revista en la Internet] 202006 Novcitado 2015 Diciembre 22]; 22(11): 2349-2357. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100009>.
- <sup>41</sup> Rodríguez R, Márquez M, Kageyama E. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México [revista en la Internet]*. 2005, Mar; 47(2): 134-144. [citado 2015 Diciembre 22] Available from: Business Source Complete.
- <sup>42</sup> Méndez P, Valdez R, Viniestra L, Rivera L, Salmerón J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *salud pública de México*. 2003; 4(6).
- <sup>43</sup> Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable E. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*. Buenos Aires. 2000; 60(5), 591-594.
- <sup>44</sup> Villanueva M, Flores E, Rojas M, Magallanes J *et al.* Violencia en la vejez. Oficina de Investigación. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2012.
- <sup>45</sup> Gutiérrez N, Guzmán R, Palomino J. Características sociodemográficas y tipos de violencia conyugal en adultos del AA. HH. Villa Amistad. Distrito de San Juan Bautista. 2009. [Tesis para optar título de licenciado en enfermería] Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2009.
- <sup>46</sup> Monteza N, González L, Rafael N. Nivel de conocimiento y actitudes hacia la violencia conyugal en mujeres del distrito de Belén. [Tesis para optar título de licenciado en Enfermería] Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2007.
- <sup>47</sup> Villanueva M, Mares F, Villacorta M *et al.* Fortalecimiento individual y familiar de mujeres y varones involucrados en violencia familiar y de género en la selva baja peruana. Informe ejecutivo. Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables. Iquitos: 2006.
- <sup>48</sup> Red de Prevención y Atención de Violencia Familiar, Sexual y de Género de Loreto. Monitoreo a operadores de servicios de violencia familiar en la ciudad de Iquitos. 2004. Informe de la Red.
- <sup>49</sup> Red de Prevención y Atención de Violencia Familiar, Sexual y de Género de Loreto. Satisfacción de usuarias de servicios de violencia familiar en la ciudad de Iquitos. 2004. Informe de la Red.
- <sup>50</sup> Instituto Apoyo a Grupos Vulnerables. Informe del proyecto Sui Sui 2004. Financiamiento Fondo de las Américas. 2004.
- <sup>51</sup> Alván S, Lázaro E. Características sociofamiliares relacionadas con las causas de salida del hogar del niño en la calle. 2003. [Tesis para optar título de maestro en Salud Pública] Escuela de Postgrado. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- <sup>52</sup> Ramírez M, Freitas J. Factores sociodemográficos y psicológicos asociados a la conducta violenta del adulto varón. 2001. [Tesis para optar título de licenciado en Enfermería] Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- <sup>53</sup> Olórtégui N, Villacorta M, Villanueva M. Prevalencia y aspectos cuantitativos de la vio-

- lencia contra la mujer en la ciudad de Iquitos. Citado en: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú. Estado de las investigaciones en violencia familiar y sexual en el Perú. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. 2003. Pág. 87.
- <sup>54</sup> Villacorta M, Mares F, Villanueva M. Aspectos cualitativos de la violencia contra la mujer en la ciudad de Iquitos. Estado de las investigaciones en violencia familiar y sexual en el Perú. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. 2003. Pág. 88.
- <sup>55</sup> Díaz C, Vilchez R, Vásquez P *et al.* Estilos de vida y su influencia en la prevalencia de la violencia social de la ciudad de Iquitos. 1996. Oficina General de Investigación. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- <sup>56</sup> Orbe Z, Salazar N, Pérez M. Efectos de un modelo de atención en el menor de 0 a 10 años con abuso y maltrato aplicando los niveles de prevención de la salud. 1994. Oficina General de Investigación. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.
- <sup>57</sup> Ruiz-Pérez I, Blanco-Prieto P, Vives-Cases C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 Oct [citado 2018 Abr 10]; 18(5): 4-12. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003&lng=es).
- <sup>58</sup> Diario oficial El Peruano. Ley 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. 26 de noviembre de 2015. <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
- <sup>59</sup> Walker LE. The battered woman. New York: Harper & Row; 1979. Citado en: Instituto Asturiano de la Mujer. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Guía didáctica de diagnóstico e intervención sanitaria en violencia de género en atención primaria. España. ISBN 978-84-694-3525-0.
- <sup>60</sup> Hawley D, Hawley A. Survivors of intimate partnet violence: implications for nursing care. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2012; 24 (1): 27-39.
- <sup>61</sup> Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. OMS/OPS, 1998. [http://www.who.int/gender/violence/en/violencia\\_infopack1.pdf](http://www.who.int/gender/violence/en/violencia_infopack1.pdf)
- <sup>62</sup> Alencar-Rodrigues R de, Cantera Espinosa LM. «Violencia de género en la pareja: una revisión teórica». *Psico*, Vol. 43, Núm. 1 (2012), pp. 116-126. <<https://ddd.uab.cat/record/130820>> [Consulta: 10 abril 2018].
- <sup>63</sup> Ward J. Módulo de programación sobre el trabajo con el sector salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas. Documento técnico ONU Mujeres y UNFPA. [www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1405612550.pdf](http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1405612550.pdf)
- <sup>64</sup> Morrison A, Ellsberg M, Bott S. Cómo abordar la violencia de género en América Latina y el Caribe: Análisis crítico de intervenciones. Informe del Banco Mundial y PATH. 2005. 89 pág.
- <sup>65</sup> Bott S, Guedes A, Claramunt C, Guezmes A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. 2010. Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del hemisferio occidental. Disponible en español e inglés.
- <sup>66</sup> Saucedo I. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. *Perinatol Reprod Hum.* 1996; 10: 100-10.

- <sup>67</sup> Martínez AML, Roche FP. Detección de casos de violencia de género por los profesionales de la salud en un centro de atención primaria. *Mujer y cuidados*. digitum.um.es. Disponible en: [https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Mart%3%ADnez+AML%2C+Roche+FP.+Detecci%3%B3n+de+casos+de+violencia+de+g%3%A9nero+por+los+profesionales+de+la+salud+en+un+centro+de+atenci%3%B3n+primaria.+Mujer+y+cuidados.+digitum.um.es&btnG=](https://scholar.google.com.pe/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Mart%3%ADnez+AML%2C+Roche+FP.+Detecci%3%B3n+de+casos+de+violencia+de+g%3%A9nero+por+los+profesionales+de+la+salud+en+un+centro+de+atenci%3%B3n+primaria.+Mujer+y+cuidados.+digitum.um.es&btnG=)
- <sup>68</sup> ONU MUJER. Módulo de programación sobre el trabajo con el sector salud para abordar la violencia contra las mujeres y las niñas. UNFPA. <http://www.endvawnow.org/es/articulos/693-la-evaluacion-del-nivel-de-conocimiento-actitudes-y-practicas-cap-de-los-proveedores-relacionadas-con-la-violencia-contra-mujeres-y-ninas.html>
- <sup>69</sup> Berdasco M. Análisis y detección de la violencia de género y los procesos de atención a mujeres en situaciones de violencia. Ediciones Rodio, S. Cop And. 2018. P: 133-ISBN: 978-84-17287-64-1.
- <sup>70</sup> Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública de México*. 2006; (48): 307-314.
- <sup>71</sup> Ortega P. La investigación en la formación de actitudes: Problemas metodológicos y conceptuales. *Anales de Pedagogía* nº 4, 1986. Pp: 187-201.
- <sup>72</sup> Morales P. Medición de las actitudes en psicología y educación - Construcción de escalas y problemas metodológicos. 3° ed., Editorial Universidad Científica Comillas de Madrid. 2006. Pp. 23-25. ISBN: 978-84-8468-190-8.
- <sup>73</sup> Zazzo R, Balmonte A. Herencia, medio y educación, Editorial Salvat SA. 1975. España.
- <sup>74</sup> Tower M, Rowe J, Wallis M. Reconceptualising health and health care for women affected by domestic violence. *Contemp Nurse*. 2012; 42 (2): 216-25.
- <sup>75</sup> Ruiz M. ¿Somos los profesionales sanitarios una barrera para la detección de la violencia de género? *Enferm integr*. 2011; (93): 8-14.
- <sup>76</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Hacia un modelo integral de prevención y atención de la violencia intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS/OMS; 2001: pp. 16.
- <sup>77</sup> Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51:e03207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016013603207>
- <sup>78</sup> Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. 2007.
- <sup>79</sup> Coll-Vinent B, Echevarría T, Farrás U, Rodríguez D, Millá J, Santiñá M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac. Sanit*. 2008; 22:7-10.
- <sup>80</sup> Larkin L, Hyman K, Mathias S, D'Amico F, MacLeod B. Universal Screening for Intimate Partner Violence in the Emergency Department: Importance of Patient and Provider Factors. *Ann Emerg Med*. 1999; 33: 669-75.
- <sup>81</sup> Olson L, Antcil C, Fullerton L, Brillman J, Arbuckle J, Sklar D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Ann Emerg Med*. 1999; 27:741-6.
- <sup>82</sup> Mendoza M, De Jesús Y, García M, Martínez G, Sánchez R, Reyes H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol Reprod Hum*. 2006; 20 (4): 69-79.

- <sup>83</sup> Saucedo I. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México. *Perinatol Reprod Hum*. 1996; 10: 100-10.
- <sup>84</sup> Griffin M, Koss M. Clinical Screening and Intervention in Cases of Partner Violence. *Online J Issues Nurs*. 2002; 7.
- <sup>85</sup> Lartigue T. Una tarea inaplazable para enfermería: detección y prevención de la violencia doméstica. *Enfermería una profesión de alto riesgo*. México: Ed. Plaza y Valdez; 1998, pp. 369-404.
- <sup>86</sup> Servicio de Salud del Principado de Asturias. Protocolo de Atención Sanitaria ante la Violencia contra las Mujeres [Internet]. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2003 [acceso diciembre de 2015]. Disponible en: [http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/Protocolo\\_Atencion\\_Sanitaria\\_p\\_asturias%5B1%5D.pdf](http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/Protocolo_Atencion_Sanitaria_p_asturias%5B1%5D.pdf)
- <sup>87</sup> Rodríguez M, Pérez E, Moratilla L, Pires M, Escortell E, Lasheras L *et al*. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres [Internet]. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad; 2008 [acceso diciembre de 2015]: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142437762083&language=es&pageid=1156826982515&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&vest=1156826982515](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142437762083&language=es&pageid=1156826982515&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156826982515)
- <sup>88</sup> Heise L, Pitanguy J, Germain A. Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
- <sup>89</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial de violencia y salud: resumen. Washington, DC; 2002.
- <sup>90</sup> Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Brechas de género 2011-2013, avances hacia la igualdad entre mujeres y varones. Lima. 2014. 513 pág. [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe)
- <sup>91</sup> Promudeh-Opción. Violencia familiar desde una perspectiva de género: consideraciones para la acción. Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. 2000. Lima.
- <sup>92</sup> Sugg NK, Thompson RS, Thompson DC, Maiuro R, Rivara FP. Domestic violence and primary care: attitudes, practices and beliefs. *Arch Fam Med*. 1999; 8:301-6. Citado en Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs Ú, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit* [revista en la Internet]. 2008 Feb [citado 2015 diciembre 17]; 22(1): 7-10. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-9112008000100002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112008000100002&lng=es)
- <sup>93</sup> Herrera C, Rajsbaum A, Agoff C, Franco A. Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. *Salud Pública Mex* 2006; 48 supl 2:S259-S267.
- <sup>94</sup> Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, Moe J, Abercrombie P. A qualitative analysis on how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med* 1999; 131:578-84.
- <sup>95</sup> Zink T, Regan S, Goldenhar L, Pabst S, Rinto B. Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? *J Am Board Fam Pract* 2004; 17:332-40.
- <sup>96</sup> Organización Panamericana de la Salud. Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia en América Latina: estudios de caso de diez países. 2000.

- <sup>97</sup> Siendonés R *et al.* Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14, 224-232.
- <sup>98</sup> Pacheco M. Actitud hacia la violencia contra la mujer en la relación de pareja y el clima social familiar en adolescentes. *Interacciones*, 2015. 1(1), 29-44.
- <sup>99</sup> Villanueva M, Villacorta M, Mares F, Olórtégui N. Impacto de un modelo recuperativo de mujeres y varones involucrados en violencia de género. HIVOS Instituto Humanista para los países en desarrollo 2004-2006.
- <sup>100</sup> Peyrú G, Corsi J. Las violencias sociales. En: *Violencias Sociales. Estudios sobre Violencia*. Barcelona: Editorial Ariel; 2003. Pp. 73-86.
- <sup>101</sup> Delia SC. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. San Juan: Editorial Aries; 2001, pp. 112-8.
- <sup>102</sup> Mendoza M, De Jesús Y, García M, Martínez G, Sánchez R, Reyes H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatología y reproducción humana*. 2006; 20(4): 69-79.
- <sup>103</sup> García-Moreno C. La violencia contra la mujer: un problema de equidad de género. Buenos Aires, Argentina, 30 de nov., 1° y 2 de dic., 2001.
- <sup>104</sup> Siendonés R, Perea E, Arjona L, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14: 224-232.
- <sup>105</sup> Arroyo A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Atención Primaria*. 2000; 26: 255-60.
- <sup>106</sup> Olson L, Anctil C, Fullerton L, Brillman J, Arbuckle J, Sklar D. Increasing emergency physician recognition of domestic violence. *Ann Emerg Med* 1996; 27(6):741-746.
- <sup>107</sup> Híjar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Lesiones intencionales como causa de demanda de atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2002; 25 (1):35-42.
- <sup>108</sup> Larrauri M, Rodríguez E, Castro T *et al.* Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. *Revista Páginas enferurg. Com.* 2011; 2 (07): 36-44.

## ANEXOS



### VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

*Proyecto: "Factores asociados a la capacidad resolutiva de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género"*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Propósito

La violencia de género (VG) es un problema mundial de salud pública. Se estima que una de cada tres mujeres en el mundo sufre de alguna forma de violencia en la infancia, adolescencia o edad adulta. El equipo de investigación de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, dirigido por la Dra. Maritza Evangelina Villanueva Benites, y otros investigadores, se encuentra desarrollando un estudio de investigación con el propósito de determinar los factores asociados a la capacidad resolutiva de establecimientos de salud en la detección de la violencia de género.

### Elección para participar en el estudio

La participación en el presente estudio es VOLUNTARIA. Usted libremente puede consentir en ingresar o no ingresar al estudio, puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Le informamos además, que si usted opta por ingresar al estudio, toda la información consecuente del mismo será manejada con CONFIDENCIALIDAD y guardada celosamente por el investigador principal bajo llave.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Habrá pequeños encuentros en los establecimientos de salud y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

### Contacto con los investigadores

Si usted considera que el haber contribuido en el estudio le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos por favor contacte con la investigadora principal Dra. Maritza Villanueva Benites al teléfono: 266368.

### Firma del participante

He leído la información provista arriba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas las preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Se me ha entregado una copia de este consentimiento. Al firmar este formato estoy de acuerdo con participar en forma voluntaria en la investigación que aquí se describe.

Nombres y apellidos, firma, DNI y huella digital del participante:

\_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella digital

DNI Nº \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO**

Ficha n°.....

**Instrucciones**

Estimado(a) señor(a): la presente encuesta es de carácter confidencial y anónima. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de la capacidad resolutoria frente a la violencia de género del establecimiento de salud. Responda con sinceridad a cada una de las preguntas que le haremos a continuación. De ser necesario se le repetirá la pregunta.

Muchas gracias

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ENTREVISTADO					
1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?		<input type="text"/>	¿Cuál es el puesto o cargo que ejerce en su institución?		
2. Sexo	masculino	1		Médico(a)	1
	femenino	0		Enfermero(a)	2
¿Cuál es su estado civil actual?				Odontólogo(a)	3
Soltero	1			Psicólogo(a)	4
Casado	2		Trabajador(a) social	5	
Conviviente	3		Obstetra	6	
Viudo	4		Tecnólogo(a) médico(a)	7	
Separado/divorciado	5		Técnico(a) de enfermería	8	
Formación del profesional de salud			Personal administrativo	9	
Pregrado		Postgrado	Área de trabajo		
			Tiempo laboral (años)		
<b>II. PRÁCTICAS DEL PRESTADOR EN LA ATENCIÓN A LA USUARIA</b>					
¿Durante una semana regular cuántas mujeres de 12 años a más atiende usted? (aproximadamente)		<input type="text"/>	¿De cada 10 mujeres de 12 años a más que usted atiende, cuál es la proporción en la que usted sospecha ha sido víctima de violencia de género, por lo menos una vez en su vida?		
¿Vienen frecuentemente al hospital personas en esta situación? (muchas)			Encierre con un círculo la respuesta que considere:		
Sí	2	Violencia física por su pareja			
Pocas veces	1	Abuso sexual o violación			
No	0	Abuso sexual en la niñez			
¿Durante este año 2015 usted ha preguntado alguna vez a la mujer, acerca de si ella ha sido abusada o maltratada?		¿Durante este año, bajo qué circunstancias preguntó usted a la mujer si sufría violencia de género?			
Sí, he hecho al menos una pregunta específica	2		Sí	No	
Nunca he hecho una pregunta directa, pero he preguntado de forma indirecta	1	¿Preguntó por qué una persona sufre de violencia de género?	1	0	
No he preguntado sobre violencia	0	¿La usuaria manifestó algo que le hizo a usted sospechar que sufría de violencia?	1	0	
		¿Preguntó de forma rutinaria porque es parte de la H. CI.?	1	0	



### III. CONOCIMIENTOS EN VIOLENCIA FAMILIAR

En el siguiente grupo de preguntas, marque con un círculo la respuesta correcta

1. Crees que el significado de “violencia doméstica”, “malos tratos”, “violencia de género” es el mismo o crees que hay diferencias entre ellos:  
a) Son similares    b) Hay diferencias
2. La violencia de género en nuestra sociedad es un problema:  
a) Muy frecuente    b) Bastante frecuente    c) Algo frecuente    d) Poco frecuente
3. La mayoría de personas que sufren violencia de género:  
a) Comunican su situación    b) Pasan desapercibidas
4. ¿Sabes lo que es el fenómeno “iceberg” en la violencia de género?  
a) Sí    b) No    Explicalo.....
5. ¿Conoces cuál podría ser el porcentaje de casos que NO son diagnosticados con los medios actuales?  
a) 10-30%    b) 30-50%    c) 50-70%    d) 70-90%
6. Se asocia más la violencia a clases sociales:  
a) Altas    b) Bajas    c) Las dos por igual
7. ¿Cuál de estos tres factores considera que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?  
a) Nivel sociocultural bajo    b) Estar en trámites de separación/divorcio    c) Nivel socioeconómico bajo
8. ¿Conoces las obligaciones legales del personal de salud ante la mera sospecha de un caso de violencia de género?  
a) Sí    b) No

En el siguiente grupo de preguntas, complete con números los espacios vacíos entre los paréntesis

9. Ordenar de más a menos frecuente los tipos de violencia de género (1 para el más frecuente y 3 para el menos frecuente): (....) Físico    (....) Psicológico    (....) Sexual
10. El ciclo de violencia de género tiene 3 momentos o fases. Coloque números de acuerdo con la secuencia de estas fases:  
(....) Luna de miel    (....) Explosión/incidente agudo de expresión    (....) Aumento de tensión

	Cuán capacitado se siente para:	Poco capacitado	Medianamente capacitado	Suficientemente capacitado
1	Hablar sobre violencia basada en género con las mujeres	1	2	3
2	Detectar casos de violencia intrafamiliar física	1	2	3
3	Detectar casos de violencia sicológica	1	2	3
4	Detectar casos de violencia sexual	1	2	3
5	Detectar a la usuaria con una historia de abuso sexual en la niñez	1	2	3
6	Atender a las mujeres víctimas de VG	1	2	3
7	Valorar el nivel de peligro de las mujeres viviendo en situaciones de violencia	1	2	3
8	Realizar con la usuaria un plan de seguridad	1	2	3
9	Registrar los casos de violencia	1	2	3
10	Detallar un caso de violencia en la H. Cl.	1	2	3
11	Orientar a la usuaria afectada	1	2	3
12	Realizar acciones de referencia para una mujer víctima de violencia	1	2	3
13	Orientar a una usuaria sobre anticoncepción de emergencia	1	2	3
14	Abordar la salud reproductiva de mujeres con experiencia de violencia sexual	1	2	3

**IV. ACTITUDES FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO****ESCALA DE ACTITUD – VM**

A continuación te presentamos una serie de frases seguidas de varias alternativas de respuestas. Lee atentamente cada una de las frases y luego marca con una (X) o encierra en un círculo la alternativa que más se acerque a lo que sientes en este momento:

**MA:** muy de acuerdo, **A:** de acuerdo, **I:** indeciso, **D:** en desacuerdo, **MD:** muy en desacuerdo

	<b>MA</b>	<b>A</b>	<b>I</b>	<b>D</b>	<b>MD</b>
1. Es normal que el hombre golpee a su pareja	1	2	3	4	5
2. Convivir con la pareja significa que la mujer debe alejarse totalmente de familiares y amigos(as)	1	2	3	4	5
3. El uso de anticonceptivo en la mujer, debe ser con la aprobación y consentimiento de su pareja	1	2	3	4	5
4. Siento mayor respeto por la mujer que aporta económicamente al hogar	1	2	3	4	5
5. Me indigna el hombre que usa armas y objetos para dañar a su pareja	5	4	3	2	1
6. En la convivencia, el cuerpo de la mujer le pertenece al hombre	1	2	3	4	5
7. Es malo que el hombre imponga autoridad a su pareja incluso con gritos	5	4	3	2	1
8. Es desagradable la mujer que no aporta nada económicamente al hogar	1	2	3	4	5
9. Es injusto golpear a la mujer que realiza gastos innecesarios al hogar	5	4	3	2	1
10. La mujer debe satisfacer las fantasías sexuales de su pareja	1	2	3	4	5
11. Pienso que es responsabilidad de la mujer el cuidado y atención de los hijos	1	2	3	4	5
12. Es inadecuado controlar los gastos que realiza la mujer en el hogar	1	2	3	4	5
13. Es innecesario los maltratos físicos a la mujer para solucionar los problemas de pareja	5	4	3	2	1
14. En la relación de pareja la opinión del hombre es más importante que la de la mujer	1	2	3	4	5
15. Es injusto maltratar físicamente a la mujer que descuida las tareas domésticas	1	2	3	4	5
16. Es adecuado que el hombre humille a su pareja si esta descuida su apariencia o imagen personal	5	4	3	2	1
17. Es apropiado la destrucción de objetos apreciados por la mujer cuando el hombre está enfadado	1	2	3	4	5
18. Es malo que el hombre invierta dinero sin consultar con su pareja	1	2	3	4	5
19. El hombre debe conseguir respeto de su pareja incluso con golpes	1	2	3	4	5
20. Me molesta cuando el hombre es quien tiene control sobre su pareja	5	4	3	2	1

21. La mujer debe satisfacer los deseos sexuales de su pareja	1	2	3	4	5
22. Es malo levantarle la mano a la mujer que decepciona a su pareja	1	2	3	4	5
23. Es normal los insultos a la mujer en la relación de pareja	5	4	3	2	1
24. Es innecesario que el hombre consulte a su pareja para vender o alquilar una propiedad en común	1	2	3	4	5
25. La agresión física a la esposa es muestra de interés del varón	1	2	3	4	5
26. Es dañino usar insultos para solucionar los problemas de pareja	1	2	3	4	5
27. Quitarle dinero a la esposa de los gastos diarios es bueno para hacerla sentir la importancia del hombre	1	2	3	4	5
28. Es inadecuado agredir físicamente a la mujer que descuida a sus hijos	1	2	3	4	5
29. El número de hijos en la pareja, depende del hombre	1	2	3	4	5
30. Se perdonan fácilmente las agresiones verbales en la relación de pareja	1	2	3	4	5
31. Es desagradable agredir verbalmente a la mujer que malgasta el dinero del hogar	5	4	3	2	1
32. Es adecuado levantar la mano a la mujer, si esta da motivos a su pareja	1	2	3	4	5
33. Para mí es normal que el hombre haga sentir su poder con golpes	1	2	3	4	5
34. Es apropiado que el hombre cubra solo los gastos de sus hijos, sin considerar las necesidades de su pareja	1	2	3	4	5
35. Es malo que se compare a la mujer con otras mujeres que la pareja considera como mejores	5	4	3	2	1

**V. INDICADORES DE LA ATENCIÓN**

Número de casos registrados en el sistema informático				Número de casos identificados referidos por el prestador de salud				
Número de casos de VG registrados durante el último año					S	CS	RV	N
<b>Servicio</b>	<b>HIS</b>	<b>FUA</b>						
Crede				¿Cuando sospechas de VG, realizas preguntas para identificar el caso?				
PF				4	3	2	1	
MPN				¿Durante tu jornada laboral, cuántos casos de VG detectaste en los últimos tres meses?				
Psicología				¿Ha referido algún caso de VG?				
Medicina				Sí	1	No	0	
Pediatría				Lugar de referencia:				
Odontología								
El establecimiento de salud				Disponibilidad de recursos				
				Sí	No			
Cuenta con protocolos de atención ante la VG				1	0	¿El establecimiento (servicio) cuenta con protocolos de atención ante la VG?		
En caso de existir, conoces el protocolo interno de tu servicio para la atención de los casos de VG				1	0	¿En caso de existir, conoces el protocolo interno de tu servicio para la atención de los casos de VG?		
El protocolo de VG lo aplicas en tu trabajo habitual				1	0	¿El protocolo de VG lo aplicas en tu trabajo habitual?		
Existe un flujograma de atención de casos por VG				1	0	¿Existe un flujograma de atención de casos por VG?		
Existencia de recursos				Atención individualizada a la usuaria				
				Sí	No			
Directorio de instituciones				1	0	¿Existe espacio físico de consulta?		
Sistema de seguimiento a la usuaria				1	0	¿Se brinda consejería individualizada?		
Cantidad y tipo de personal que tiene contacto con la usuaria				1	0	¿Existe espacio para cuidar a niños durante la consulta?		
Acuerdos de cooperación con otras instituciones				1	0	¿Existe folletería y material educativo en recepción?		
Mecanismos de documentación de la referencia y contrarreferencia				1	0	¿Consulta médica?		
						¿Consulta psicológica?		
						¿Consulta obstétrica?		
						¿Consulta de enfermería?		
¿Qué tipo de atención se ofrece? (Especializada o no, seguimiento, remisiones, extensión del servicio a víctimas y/o victimarios).				¿Se está trabajando en el perfeccionamiento de la atención a los problemas de violencia intrafamiliar? ¿En qué líneas?				







La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, reporta que el *Perú* ocupa el octavo puesto de un total de veintitrés países de la región con mayor número de *feminicidios*. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, el 68% de mujeres del Perú son víctimas de violencia; es decir siete de cada diez ha sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja o expareja. Se suman, 121 casos de feminicidios y 247 tentativas registradas en el 2017, 34 feminicidios acumulados en 2018. Estas cifras revelan la intensidad de la desvaloración de lo femenino en el imaginario colectivo y de un escenario en el cual es preciso que los diversos profesionales que intervienen en la ruta de denuncia de la violencia de género desarrollen herramientas teórico-metodológicas para reflexionar críticamente y den propuestas de prevención y atención individual, grupal y comunitaria orientadas a su abordaje integral.

Los hallazgos de la presente investigación que nos presenta un equipo de docentes investigadores de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, reflejan la necesidad de fortalecer capacidades en el manejo de herramientas para la detección oportuna y la primera respuesta a las víctimas de violencia de género, en especial cuando evidenciamos secuelas o síntomas inespecíficos, no registrados en la historia clínica; lo que implica, estrategias de intervención interdisciplinarias para asistir a las víctimas, particularmente de aquellas que manifiestan episodios de deterioro de la salud física y psicológica, dado el riesgo de discapacidad permanente, constituyéndose en una de las principales determinantes de la salud de las mujeres. Este importante aporte académico nos genera una perspectiva esperanzadora, dada la información de los nudos críticos detectados en la capacidad resolutive de establecimientos de salud para la atención de las víctimas de violencia de género y que en su accionar ocultan prácticas discriminatorias al invisibilizar el problema; constituyéndose en un importante documento referencial para quienes están encargados de diseñar e implementar políticas públicas a nivel local y regional, permitiendo establecer acciones estratégicas para su abordaje, punto de partida para romper el ciclo de la violencia de género en nuestro país.

**Psicóloga Faviola Mares Quispe**

ISBN: 978-612-45419-6-4

