

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE DETECCIÓN Y
MANEJO DE VIOLENCIA A LA MUJER EN
PROFESIONALES DE LA SALUD DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN LAMBAYEQUE 2017**

PRESENTADA POR:

**LEONARDO BELICOSO, FIORELLA DEL PILAR
WONG RAFAEL, CYNTHIA MIRELLI**

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADA POR:

Mgtr. Ciurlizza Garnique, Mónica
Presidente

Mgtr. Monsalve Mera, Alain Eduard
Secretario

Mgtr. León Jiménez, Franco Ernesto
Asesor

DEDICATORIA

A Dios, por permitirnos llegar a este momento tan importante en nuestra vida académica, por fortalecer nuestros corazones e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años.

A nuestra familia porque siempre creyó en nosotras.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos salud y bendición para alcanzar nuestras metas con la realización de este estudio.

A nuestros padres, porque han sabido formarnos con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual nos ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Es un privilegio ser sus hijas, son los mejores papás.

A nuestros asesores por sus valiosas sugerencias y su apoyo incondicional, moral y profesional durante la elaboración de la tesis.

A todas las personas que de una u otra manera nos apoyaron incondicionalmente para ser posible la culminación de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

RESUMEN Y ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	4
	2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	4
	2.2 BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS	7
III.	MATERIAL Y MÉTODOS	9
IV.	RESULTADOS	11
V.	DISCUSIÓN	13
VI.	CONCLUSIONES	20
VII.	RECOMENDACIONES	21
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22
IX.	ANEXOS	
	1. Instrumento de recolección de datos	26
	2. Consentimiento informado	30
	3. Tríptico	37

RESUMEN

Objetivos: Describir los conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de violencia a la mujer (VM) en profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque, durante enero a marzo 2017. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyó a todos los profesionales de salud de los establecimientos I-3 y I-4 que cumplieron las variables de interés. Se utilizó un cuestionario autoaplicable “Cuestionario violencia a la mujer: conocimientos y actitudes en profesionales de la salud (médicos, enfermeros(as), obstetras, psicólogos (as))” y se realizó el análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** El 67,8% creyó poseer los conocimientos necesarios para detectar este problema y con un grado medio el 63,8%. El 97,6% consideró este tema de mucha importancia; sin embargo se reportó, siempre una actitud expectante en sólo el 42,8%. Las mujeres tuvieron mayor conocimiento de los protocolos. Los psicólogos conocían más los protocolos y las consecuencias legales de no reportar los casos de VM; además tuvieron siempre una actitud expectante y autopercepción alta de sus conocimientos. Consideraron como propuesta de mejora el crear un equipo especializado de profesionales, existiendo al menos uno por turno de trabajo. **Conclusiones:** Los profesionales refieren tener los conocimientos necesarios para detectar VM y de grado intermedio. Menos de la mitad tienen actitud expectante. Los psicólogos y las mujeres conocen más sobre protocolos; los psicólogos conocen más las consecuencias legales, tienen actitud expectante y autopercepción alta de sus conocimientos. Estar capacitado se asoció a mayor conocimiento sobre protocolos, consecuencias y obligaciones legales.

Palabras clave: Violencia contra la mujer, Conocimientos, Actitudes, Salud Pública. (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objectives: To describe the knowledge and attitudes about detection and management of violence to women (VM) in health professionals at the first level of care in Lambayeque, from January to March 2017. **Material and Methods:** Material and Methods: An observational, descriptive and transversal study was carried out. All health professionals from establishments I-3 and I-4 were included who fulfilled the variables of interest. A self-applied questionnaire was used "Questionnaire violence to women: knowledge and attitudes in health professionals (doctors, nurses, obstetricians, psychologists)" and a descriptive statistical analysis was carried out. **Results:** 67,8% believed they had the necessary knowledge to detect this problem and with an average grade of 63,8%. 97,6% considered this issue of great importance; however, it was reported, always an expectant attitude in only 42,8%. The women had greater knowledge of the protocols. Psychologists knew more about protocols and legal consequences; they also always had an expectant attitude and high self-perception of their knowledge. They considered as an improvement proposal the creation of a specialized team of professionals, there being at least one per work shift. **Conclusions:** The professionals report having the necessary knowledge to detect MV and intermediate level. Less than half have an expectant attitude. Psychologists and women know more about protocols; psychologists know more about the legal consequences, have an expectant attitude and high self-perception of their knowledge. Being trained was associated with greater knowledge about protocols, consequences and legal obligations.

Key words: Intimate Partner Violence, Knowledge, Attitudes, Public Health. (Fuente: MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer (VM) como "Todo acto de violencia de género (VG) que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad tanto si se produce en la vida pública como en la privada".¹ Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones; se excluyen de la definición los incidentes no intencionales, como son la mayor parte de los accidentes de tráfico y las quemaduras.²

Según la OMS en el 2017, la prevalencia mundial indica que alrededor de una de cada tres mujeres (35%) en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual. La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual; 58% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja.¹

Cuando una mujer es maltratada, acude a los Servicios de Salud, sobre todo a los del primer nivel de atención, que son los lugares ideales para la detección del problema y aplicación de primeros auxilios, debido a su fácil accesibilidad y asistencia continua³, además porque las mujeres que experimentan abuso identifican a los médicos y otros profesionales de la salud como fuentes potenciales de apoyo.

La mayoría de las principales organizaciones médicas recomiendan el cribado rutinario de todas las mujeres por maltrato de pareja, sin embargo, diversos estudios muestran dificultades importantes para lograr este objetivo, se requiere que el personal de salud, principalmente médicos, enfermeros(as), obstetras, psicólogos(as), tengan conocimientos, sensibilidad, capacitación, motivación y compromiso suficiente para atender la VG⁴ dado que son los primeros en atender directamente a las mujeres, éstos son elementos esenciales para garantizar la efectividad de la intervención en casos de VM, para una adecuada y oportuna atención y orientación.⁵

Los médicos a pesar de estar de acuerdo en que la violencia doméstica es un problema de salud pública, han sido reacios en preguntar a las mujeres si están experimentando el abuso.⁴

Según la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2017, a nivel nacional, el 65,4% de las mujeres sufren violencia por parte del compañero, la violencia fue mayor en las regiones de Apurímac y Cusco: 78% y 79% respectivamente, destacando la violencia psicológica y/o verbal: 61,5%, seguida de física 30,6 y sexual 6,5%; en la región de Lambayeque el porcentaje de violencia es de 56%, siendo también la violencia psicológica y/o verbal la que predomina: 49,9%, seguida de física: 27,3% y sexual 4,4%.⁶

Es por eso que la VG, genera gran impacto a corto y largo plazo, consecuencias negativas para las familias, comunidades y sociedad en general, convirtiéndola en una prioridad de salud pública.⁷⁻¹³

Por todo lo antes mencionado los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos, su intervención es necesaria en la prevención, detección y tratamiento de este problema.¹⁴

Los resultados obtenidos de la presente investigación constituyen aportes valiosos porque brindan datos sobre los conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la violencia a la mujer; ello puede tener impacto en el fortalecimiento de políticas y el diseño de estrategias contra la violencia a la mujer en Lambayeque.

Con la información disponible se plantea la siguiente interrogante que guiará la presente investigación: ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de violencia a la mujer en profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque durante 2017?

OBJETIVOS:

Describir los conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de la violencia a la mujer en profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque durante el 2017.

Describir las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque durante el 2017.

Describir los conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de la violencia a la mujer según grupos ocupacionales de los profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque durante el 2017.

Explorar la asociación entre conocimientos y actitudes con las características demográficas y laborales sobre detección y manejo de la violencia a la mujer de los profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque durante el 2017.

II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Siendones-Castillo y colaboradores, realizaron un estudio transversal en España, en el 2002, donde evaluaron el grado de formación de los profesionales sanitarios, según un test de conocimientos sólo se obtuvo un 51,1% de respuestas correctas, las principales barreras de actitud fueron la desmotivación y desconocimiento, y como barreras organizativas destacaron la creciente presión asistencial que limita el tiempo de asistencia y la ausencia de personal experto. Hasta un 66% de los profesionales no solían plantearse a la VD como un diagnóstico diferencial más en su actividad diaria. Su trabajo concluyó que la VD sigue siendo una auténtica desconocida para los sanitarios de urgencias, considerándola más como un problema social. ¹⁵

Méndez-Hernández y colaboradores, en un estudio transversal publicado en México, en el 2003, hallaron un 63% con nivel de conocimiento medio, 21 % medio y 16% alto, además observaron mayor nivel de conocimiento y mejor actitud entre los médicos mujeres, en comparación con los varones. ¹⁶

Mendoza-Flores y colaboradores, en un estudio observacional, transversal y analítico en México, en el 2006, evaluaron al personal de enfermería y hallaron que el nivel de conocimiento sobre VG fue nulo o bajo en 92,6% y 94,1% con actitud afectiva desfavorable ⁵

Arredondo-Provecho y colaboradores, en un estudio transversal descriptivo publicado en España, en el 2012; 70,7% de los profesionales creían que éste es un problema importante, 91,7% que habitualmente pasaba desapercibido por lo que sólo el 69,3% ante una paciente con

lesiones físicas se planteaba la VM como un diagnóstico diferencial, a pesar que más del 50% referían conocer las obligaciones legales que tienen cuando la detectan³

Ramsay J y colaboradores, en un estudio cohorte observacional prospectivo publicado en Reino Unido, en el 2012; los médicos sólo tenían conocimientos básicos acerca de la VG y se sentían mal preparados para hacer preguntas, aun así, estaban mejor preparados y más informados que las enfermeras e identificaron un mayor número de casos de VM. El 40% de los participantes nunca o rara vez preguntó sobre abuso cuando una mujer presentaba lesiones.⁴

Fernández-Gallardo M, Kuji-Chimpa N, en su tesis con diseño descriptivo, transversal, prospectivo en Iquitos, en el 2015, investigaron la relación existente entre el conocimiento y la actitud frente a la violencia de género, 39,8% de los prestadores mostró un nivel alto de conocimiento sobre violencia de género, el 83,6% tuvo una actitud neutra frente a la violencia de género y el 4,7% actitud favorable.¹⁷

Sánchez Palacios L, en su tesis tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte transversal en Lima, en el 2016, determinaron el conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género (VBG) en obstetras del primer nivel de atención, el nivel de conocimiento fue medio en 86,7%, bajo un 13,3%, y el 53.3% tuvo actitud favorable.¹⁸

Valdés-Sánchez y colaboradores, realizaron un estudio descriptivo y transversal en España, en el 2016, evaluaron el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras sobre la VG y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos en centros de atención primaria, 62,2% tuvo nivel de conocimiento medio, siendo superior en las enfermeras casadas

o que viven en pareja con un 95,2%. Las enfermeras que cursaron con autopercepción baja de conocimiento aplicaron menos el protocolo.¹⁹

2.2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

Un estudio de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica, realizado en 2005 en 10 países, se observó que en las mujeres de 15 a 49 años el 15% en Japón y el 71% en Etiopía referían haber sufrido violencia física o sexual perpetrada por su pareja; además el Perú ocupaba el tercer lugar en cuanto a haber sufrido violencia sexual con un 47% y por delante se encontraba Bangladesh con un 50%.¹

La situación de la VG en el Perú en los 3 últimos años según ENDES: 2015 representaba el 70,8% (psicológica y/o verbal: 67,4%, física: 32,0 y sexual:7,9%)²⁰, 2016 fue de 68,2% (psicológica y/o verbal: 64,2%, física: 31,7 y sexual:6,6%)²¹ y 2017 de 65,4% (psicológica y/o verbal: 61,5%, física: 30,6 y sexual:6,5%)⁶, los casos de VG han ido descendiendo, aunque no por ello hay que bajar la guardia.

Entre los años 2009 al 2015, el Ministerio Público registró un total de 795 feminicidios a nivel nacional lo que significó un promedio de 113 feminicidios al año y 9 mujeres que murieron cada mes. Para el año 2015, este registro arrojó un total de 95 casos de feminicidio y 198 tentativas de feminicidio, el 61,4% fueron perpetrados por su pareja y el 26,9% por su ex pareja. Un 54,9% de las víctimas tenían entre 26 y 45 años. Además, los datos señalan que la mayoría de casos durante todo el periodo ha ocurrido en Lima y con mayor frecuencia en zonas urbanas.²²

Ciertamente son pocas las víctimas que acuden por ayuda: el 40% recurre a una persona cercana, el 34,5% a la madre, el 24,9% a una institución, el 10,2% a una fiscalía, al final y en

menor porcentaje a otras instituciones como la Defensoría Municipal del Niño y Adolescente (DEMUNA) y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).²²

En un estudio realizado con mujeres maltratadas encontraron mayor prevalencia de síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio.²³

Lo anteriormente mencionado refleja que la VM es un problema universal y de gran magnitud por las repercusiones tanto en las víctimas como en los que las rodean, siendo un factor que contribuye al aumento de la demanda de los servicios de salud y provoca además pérdida de años vida y lo que se traduce en una menor calidad de vida.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo transversal, que incluyó a profesionales de salud médicos, enfermeros(as), obstetras, psicólogos(as); de los Centros de Salud del primer nivel de atención I-3 y I-4 de todo el departamento de Lambayeque ubicado en el norte del Perú comprendiendo las tres provincias Chiclayo, Lambayeque y Ferreñafe, durante los meses de enero a marzo del año 2017. Se incluyeron a todos los profesionales de la salud, identificados en la base de datos de la oficina de estadística de la Gerencia Regional de la Salud (GERESA) del Ministerio de Salud del Perú (MINSA).

La población estuvo conformada por 636 profesionales de salud. Se hizo un censo y se acudió a los Centros de Salud media hora antes de que inicie o finalice la jornada de labores, se gestionó el permiso al médico jefe de cada establecimiento y se solicitó consentimiento informado al personal presente. Luego se aplicó el cuestionario (Ver Anexo 1)¹⁹ autoadministrado (aproximadamente 10 minutos).

La encuesta utilizada fue elaborada por Valdés Sánchez A¹⁹ en su estudio "Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria", que fue una adaptación del cuestionario original elaborado por Siendones Castillo et al¹⁵ y consta de 23 preguntas de respuesta cerrada: datos socio-demográficos; conocimientos (casos detectados, test de evaluación de conocimientos y autopercepción del conocimiento); actitudes y opiniones (importancia del problema, pautas de actuación y dificultades para el diagnóstico).

Con ayuda de dos expertos: Médico Familiar (1) y Médico Epidemiológico Clínico (1), se agregó 7 preguntas al cuestionario¹⁹ de datos sociodemográficos e información sobre su profesión; se mantuvieron igual las 22 preguntas restantes.

Finalmente, el cuestionario estuvo compuesto por 3 preguntas abiertas, 9 preguntas con 2 opciones y 17 preguntas con respuesta politómica. Cada pregunta se califica por separado. El cuestionario es anónimo y autoadministrado. Se implementó un piloto de 20 profesionales de la salud del Hospital Docente Las Mercedes para su adecuación, no habiéndose encontrado dificultades en su aplicación.

PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS:

Se presentan medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias absolutas y relativas para la descripción de las variables numéricas y categóricas respectivamente. Se exploraron asociaciones entre los conocimientos y actitudes y todas las covariables usando chi cuadrado para comparar variables categóricas y t de student o ANOVA para comparación de medias. Se usó el Software Stata versión 14.

ASPECTOS ÉTICOS:

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en investigación, de la facultad de medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Docente Las Mercedes, además se solicitó consentimiento informado al personal encuestado.

Se entregó un tríptico informativo sobre “puntos claves de violencia a la mujer” a cada participante.

Se dejó una copia del trabajo de investigación a la GERESA - Lambayeque.

IV. RESULTADOS

Se incluyeron 636 profesionales de salud con una mediana de 35 años y rango intercuartílico (RIC) 29-68 años; 80% fueron mujeres. No se pudo encuestar a 15 (4 no se encontraban en el establecimiento, 4 rechazaron la encuesta y 7 por inaccesibilidad geográfica), quedando 621; 135 (21,7%) fueron médicos, 235 (37,8%) enfermeros, 202 (32,5%) obstetras y 49 (7,8%) psicólogos. Las características sociodemográficas y laborales se presentan en la *Tabla 1*.

El número de casos de VM que reportaron en los últimos 3 meses tuvo una mediana de 2 con un RIC de 0 a 120 casos; 71% reportó al menos un caso. En promedio los psicólogos reportaron 22,3 casos, las enfermeras 4,1 casos; por último, los médicos y los obstetras 3,8 casos por igual.

El 67,8% creyó poseer conocimientos necesarios para detectar VM; el 63,8% consideró como intermedio su grado de conocimiento. El 81,5% refirió conocer las actividades de detección, ayuda y seguimiento de VM y 61,5% los protocolos de detección e intervención.

El 94,5% reportó que la mayoría de casos de VM pasan desapercibidos; 69,4% consideraron más frecuente la violencia psicológica; 59,7% opinó que la VM es igual en ambas clases sociales y 68,4% refirió como factor más asociado a VM el nivel sociocultural bajo: 68,4%. Ver *Tabla 2*.

El 97,6% consideró este tema de mucha importancia; sin embargo, 42,8% siempre refirieron una actitud expectante; 44,1% siempre se planteó la VM como diagnóstico diferencial y sólo el 28% siempre aplicó el protocolo de detección. Ver *Tabla 3*.

Las dificultades y propuestas de mejora se muestran en la *Tabla 4*.

Las mujeres tuvieron mayor conocimiento sobre los protocolos de detección e intervención de VM ($p=0,001$) y siempre una actitud expectante el 46% en comparación a los varones con 49%.

Los psicólogos conocían más los protocolos de detección y las consecuencias legales de no reportar los casos de VM ($p<0,001$) y ($p=0,003$) respectivamente; además tuvieron siempre una actitud expectante frente a los demás profesionales ($p=0,013$), con autopercepción alta de sus conocimientos($p=0,001$).

Los que recibieron capacitación sobre VM, conocían más sobre los protocolos, consecuencias y repercusiones legales ($p<0,001$), además tuvieron siempre una actitud expectante y una autopercepción media de sus conocimientos ($p=0,001$). Los que se capacitaron en la RED o GERESA tuvieron mayor conocimiento sobre consecuencias legales de no reportar estos casos ($p = 0,028$).

A mayor tiempo de egresado su autopercepción del conocimiento para manejar estos casos fue más bajo, $p=0,029$. Ver *Tabla 5* y *6*.

V. DISCUSIÓN

La mediana de edad fue 35, similar al estudio de Mendoza⁵ en México, en el 2005, en el que la edad promedio fue 37. Sin embargo, este estudio fue sólo en licenciadas de enfermería. La edad es menor al estudio de Arredondo³ en España, en el 2012 donde la edad promedio fue 43,4 en profesionales de atención primaria. Méndez¹⁶ en México, en el 2003, halló una media de edad 42 años, pero este estudio fue sólo en médicos. En el estudio de Valdés¹⁹ en España, en el 2016, fue 46,5 años en un estudio sólo en enfermeras. Estas diferencias pueden explicarse porque son diferentes grupos ocupacionales diferentes y de países distintos.

Se encontró una alta frecuencia de participación: 97,6%, en comparación a lo que encontraron Arredondo³, Valdés¹⁹ y Siendones¹⁵ en España: 21,4%, 68,26% y 74% respectivamente. Méndez¹⁶ halló un 61%, encontró que algunos motivos fueron: la escasa disposición para participar fue la falta de interés, la incomodidad al tocar el tema, exigencias propias de la práctica clínica e inaccesibilidad a ciertas áreas hospitalarias.

El tiempo de egresado presentó una mediana de 9 con un RIC entre 5 - 35 y la mayor concentración fue en más de 17 años (32,4%); Méndez¹⁶ encontró una media de 16 años de práctica médica con rango de 0 - 37; mientras que Fernandez¹⁷ halló un tiempo laboral del prestador de salud entre 1 a 5 años (39,8 %).

El número de casos reportados en los últimos 3 meses fue mayor a lo hallado por Arredondo³ (90,6% halló 0,88 casos), Mendez¹⁶ (68% halló entre uno y dos casos). En el estudio de Valdés⁹ halló 0,42 casos y el 71% no detectó ningún caso; en contraste al presente estudio donde el 71% reportó al menos un caso. A diferencia de otros estudios, más del 50% de los encuestados

recibieron capacitación, por lo que estarían más sensibilizados con el tema y por ello identificaron mayor número de casos.

La autopercepción del conocimiento para la detección de esta problemática social fue intermedia coincidiendo con estos estudios: Arredondo³, Valdés⁹, Méndez¹⁶ y Sánchez¹⁸ en Lima, en el 2016; y 61,5% afirmó conocer el protocolo de VM, superior a lo reportado por Arredondo³ y Valdés¹⁹; 24,2% no aplicaban el protocolo de VM; esto refleja la discordancia entre lo que afirmaban y lo que hacían; Beron²⁴ en Argentina, en el 2011, halló que la desmotivación, escasez del personal, excesiva carga laboral, insuficientes horas de descanso, entre otros, influyeron en su desempeño y provocó que el personal no se interese en conocer los protocolos de VM, a pesar que éste es un potencial tema de investigación y una prioridad de salud pública. Además, la falta de pericia clínica se relacionaría con el desconocimiento de esta guía técnica, donde se describe la identificación de los casos y que una vez valorada la situación de violencia se debería emitir el diagnóstico utilizando las denominaciones y códigos de las patologías, según lo establecido en la clasificación internacional de enfermedades en la décima edición (CIE 10).²⁵

Más de la mitad de los profesionales habían recibido capacitación sobre VM, siendo este resultado mayor a lo encontrado por Arredondo³, Mendoza⁵, Méndez¹⁶, Valdés¹⁹, donde más del 90% no había recibido capacitación o formación; esto permitió que estén más alertas y preparados, lo que explicaría que hayan identificado mayor número de casos. Es importante señalar una mayor capacitación en los encuestados situación que podría indicar que la Gerencia Regional de Salud (GERESA) tuvo un papel activo importante en el fortalecimiento de las competencias de los profesionales, ya que 39,1% de los encuestados se capacitaron en esta institución.

Más del 50% asociaron a la VM con ambas clases sociales por igual; similar a lo que halló Fernández¹⁷ en Iquitos, en el 2015 (59%), y en contraste con Siendones¹⁵, quien halló mayor relación con la clase social baja. Es correcta la percepción que se halló de esta realidad, ya que en la actualidad la VM afecta a todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad.²⁶ Como lo explicó Alberdi²⁷: la violencia no es el resultado de una conducta desviada o patológica, sino una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad entre hombres y mujeres, por lo tanto, la VM no sólo tiene que ver con una clase. Además 68,4% consideraron como factor más influyente el nivel sociocultural bajo; similar a lo que halló Fernández¹⁷ (55%). Una posible explicación a esta contradicción es que independientemente del ingreso económico de la persona; las costumbres o tradiciones, la crianza, la educación, la percepción de la vida y sus valores tiene mucha influencia en la violencia.

Por otro lado, el factor menos influyente fue el estar en trámite de separación o divorcio (8%); en contraposición con lo reportado por Arredondo³ y Valdés¹⁹ (56% y 50% respectivamente). No se hallaron explicaciones de esta diferencia.

El tipo de violencia más frecuente fue la psicológica: 69,4%, coincidiendo con Siendones¹⁵, Méndez¹⁶, Sánchez¹⁸ y Valdés¹⁹. Esto podría deberse a que los agresores pudieron crecer en un ambiente familiar de estilos y pautas de crianza con factores de riesgo y resultaron con problemas de salud mental, tales como: la depresión infantil, agresividad, autoestima disminuida, problemas en conductas adaptativas, entre otras. Por lo que se expresaría en sus conductas de violencia, siendo ello tema de investigación.²⁸

El 97,6% consideraron que la VM es un problema de gran importancia, y un problema muy frecuente el 58,8%, resultados similares encontraron Arredondo³ y Valdés¹⁹, pero Siendones¹⁵ halló que sólo el 29,2% lo consideraba muy frecuente; en el presente estudio los encuestados estaban muy sensibilizados y además recibieron en su mayoría capacitaciones por la GERESA.

El 91,5% consideró que este fenómeno involucra a todos los profesionales de la salud y el 94,5% refería que los episodios de VM pasan desapercibidos, resultados muy similares encontraron Arredondo³, Siendones¹⁵ y Valdés¹⁹. A pesar de ello, en este estudio, si se reportaron casos. Da Costa²⁹ en Brasil, en el 2007, mencionó que los profesionales de la salud tienen dificultades en sus interrelaciones y existe un distanciamiento mayor del profesional médico con el resto de profesionales; de esta manera el trabajo multidisciplinario en la detección de la VM se dificultaría.

Menos de la mitad de los encuestados siempre planteaban como diagnóstico diferencial VM o tenían actitud expectante ante un potencial caso. Este resultado es similar al de Siendones¹⁵ y Valdés¹⁹; sin embargo, ello es contradictorio, pues más de la mitad referían conocer las obligaciones y repercusiones legales (61,5% y 66,2%), respectivamente. Da Costa²⁹ refiere que cuando una situación sale fuera de la rutina de trabajo, existe un juego de culparse unos con los otros y nadie quiere verse involucrado. En los estudios de Arredondo³ y Méndez¹⁶, más del 50% tuvo miedo a represalias por parte del agresor e inseguridad por considerar que tienen poco respaldo de otros profesionales y de la propia institución.

Este problema es sistemáticamente subdiagnosticado. Algunas de las razones serían la no identificación del problema a partir de síntomas inespecíficos o por lesiones bajo la apariencia de accidentes fortuitos o caídas; esto quizá por no preguntar, por miedo de ofender o hacer

sentir mal a las pacientes; este hecho se observó en el estudio de Méndez¹⁶. Otra causa de la escasa detección es la baja motivación debida a la sensación de desgaste entre sus esfuerzos y los resultados inmediatos. Otra posibilidad es que consideren la VM como un problema sólo social o judicial y no como un auténtico problema sanitario y como consecuencia de todo ello no se les daba la atención respectiva.

El 55,9% de los encuestados creían que había falta de tiempo y de ambientes adecuados para la atención de cada paciente, lo que impide el diagnóstico, resultado similar al de Arredondo³ y Siendones¹⁵. En estos estudios más del 50% creían que hay problemas organizativos o estructurales en su lugar de trabajo.

La propuesta más frecuente de los entrevistados fue crear un equipo especializado de profesionales, con al menos uno por turno de trabajo, especializado en detección y manejo de estos casos. Arredondo³ y Valdés¹⁹ hallaron que sus encuestados proponían crear cursos específicos de formación y Siendones¹⁵ como principal propuesta tener tiempo suficiente para la asistencia.

Ser mujer se asoció a tener mayor conocimiento de los protocolos de detección e intervención, similar a lo reportado por Fernández¹⁷; Sin embargo, la actitud expectante fue similar en ambos sexos (menos de la mitad). Una posible explicación es que las mujeres se capacitaron más, conocían los protocolos y se identificaban con las víctimas.

Se encontró asociación, entre ser psicólogo y tener mayor conocimiento sobre protocolos de detección e intervención y las consecuencias legales de no reportar los casos, esto podría ser por la formación que recibieron o por la falta de tiempo por parte de los demás profesionales

como lo afirma Mendoza⁵. Por otro lado, Arredondo³ encontró que los trabajadores sociales eran los que tenían más conocimientos, aunque en su estudio no incluyó a psicólogos. En cuanto a los conocimientos sobre las obligaciones legales no se encontró diferencia significativa entre los profesionales.

La mayoría de psicólogos tuvieron siempre una actitud expectante y más de la mitad refirieron una autopercepción alta de las competencias necesarias para manejar estos casos, lo que se refleja en que por cada tres casos que identificó el médico, el psicólogo identificó 22. Sin embargo, Méndez¹⁶ halló que los médicos familiares y generales identificaron mayor número de casos en un estudio en médicos, ya que tenían mayor nivel de conocimiento, mejor actitud afectiva, y recibieron mayor cantidad de capacitaciones. En el presente estudio la mayoría no era especialista. Esto podría ser porque los psicólogos participan activamente en la evaluación de riesgos, no sólo evalúan daños físicos y apoyan a las víctimas, sino también crean entornos seguros y respetuosos donde puedan expresarse libremente, tanto física como emocionalmente.³⁰

Se halló que, a mayor tiempo de egresado, la autopercepción del conocimiento fue más baja, corroborándose con el estudio de Fernández¹⁷ quién halló que con un tiempo laboral menor a 16 años se asoció a nivel alto y mayor a 20 años a nivel medio, concluyendo que a mayor tiempo de egresado había menos conocimiento; podría deberse que al tener mayor responsabilidad administrativa o sobrecarga asistencial habría falta de interés por el tema.

Como limitaciones se tiene un cuestionario no validado, no se alcanzó el tamaño muestral.

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que en la población encuestada existe una autopercepción del conocimiento y actitud aceptable. Pero con predominio en las mujeres, los psicólogos, tener menor tiempo de egreso, los que contaron con previa capacitación y en la GERESA. Estos resultados reflejan la importancia de capacitación previa y sensibilización para la posterior vigilancia activa por todos los profesionales de salud.

VI. CONCLUSIONES

La mayoría de participante refirieron conocimientos necesarios para detectar VM y consideraron su conocimiento intermedio.

Menos de la mitad tuvieron una actitud expectante.

Los psicólogos y las mujeres tuvieron mayor conocimiento sobre protocolos de detección e intervención.

Los psicólogos conocieron más las consecuencias legales de no reportar casos, tuvieron mayor actitud expectante y autopercepción alta de sus conocimientos.

Los profesionales que habían recibido capacitación previa tuvieron mayor conocimiento sobre protocolos, las consecuencias y obligaciones legales.

A mayor tiempo de egresado la autopercepción del conocimiento fue más baja.

VII. RECOMENDACIONES

Se debería fomentar un programa de capacitación y sensibilización en los profesionales: médicos, enfermeras y obstetras.

Debería promoverse que en todos los turnos haya al menos un profesional capacitado en VM.

Se sugiere la inclusión de tópicos de violencia en la historia clínica y un registro automatizado de cada caso.

Se debe impulsar a que existan espacios reservados y tiempo suficiente para la asistencia óptima que garantice seguridad e intimidad de la paciente en cada centro de salud.

Debe contarse con ejemplares de la Guía Técnica, material informativo y educativo comunicacional; por último, un directorio de instituciones y organizaciones locales para la información, intervención y remisión de los casos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. OMS Washington; 2017. [Acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-clinical-handbook/es/>
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washinton; 2003. [Acceso 22 de enero de 2019]. Disponible en: http://www1.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_1.pdf
3. Arredondo-Provecho A, Broco M, Alcalá T, Rivera A, Jiménez I, Gallardo C. Workers in Primary Health Care and Partner Violence Against Women. Rev Esp Salud Pública. 2012; 86(1): 85-99.
4. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D. Domestic Violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. 2012; 62(602): 647-655.
5. Mendoza M, De Jesús Y, García M, Martínez G, Sánchez R, Reyes H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre violencia de género. Perinatol Reprod Hum. 2006; 20(4): 69-79.
6. INEI. PERÚ Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima; 2017. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
7. Gracia E. Las víctimas invisibles de la violencia familiar. El Extraño Iceberg Violencia Doméstica. 2002.
8. Alonso M. Violencia doméstica [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [citado 4 de mayo del 2016]. Disponible en:

http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/violencia-domestica.pdf

9. Gracia E, Herrero J. Acceptability of domestic violence against women in the European Union: A multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(2): 123-129.
10. Krantz G. Violence against women: a global public health issue. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56(4): 242-243.
11. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements: Version 1.0 [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control Atlanta, GA; 2002 [Citado 4 de mayo del 2016]. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/App/Publications/abstract.aspx?ID=186248>
12. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006; 20: 63-70.
13. Khan M. Domestic violence against women and girls [Internet]. Unicef. Innocenti Research Centre; 2000 [citado 4 de mayo del 2016]. Disponible en: https://www.unicef.org/malaysia/ID_2000_Domestic_Violence_Women_Girls_6e.pdf
14. Gracia E, Lila M. Role of health professionals in the prevention of domestic violence against women. *Rev Médica Chile*. 2008; 136(3): 394-400.
15. Siendones R, Perea E, Arjona J, Agüera C, Rubio A, Molina M. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *Emergencias*. 2002; 14: 224-322.
16. Méndez P, Valdez R, Viniegra L, Rivera L, Salmerón J. Violence against women: knowledge and attitudes of the the medical staff at the Mexican Institute of Social Security, Morelos, Mexico. *Salud Pública México*. 2003; 45(6): 472-82.

17. Fernández Gallardo M, Kuji Chimpa N. Conocimiento y Actitud frente a la violencia de Género de prestadores de salud. [Tesis]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2015
18. Sánchez Palacios L. Conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención Red Rímac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2016
19. Valdés CA, Fernández CG, Díaz AS. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Elsevier. Artículo en prensa 2016. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300385>
20. INEI. PERÚ Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima; 2015. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html
21. INEI. PERÚ Encuesta demográfica y de salud familiar. Lima; 2016. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
22. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género. 2016. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>
23. Echeburúa E de Corral P, Amor PJ, Sarasua B y Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. Rev de Psicopatología y Psicología Clínica. 1997; 2: 7-19
24. Beron D, Palma F. Factores que influyen en el rendimiento laboral del personal de enfermería. 2011.

25. MINSA. Guía técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o ex pareja; [Actualizado febrero de 2017; Citado 12 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3943.pdf>
26. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres 1993. Informe técnico No. A/RES/48/104. Nueva York: ONU, 1994. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
27. Alberdi I, Matas N. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.
28. Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Hered. 2017; 28:48-58. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n1/a09v28n1.pdf>
29. Da Costa Saar S, Auxiliadora M. Los roles profesionales de un equipo de salud: la visión de sus integrantes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 01 octubre del 2017]; 15(1): 106-112. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100016&lng=en&tlng=en
30. Colegio Oficial de Psicólogos. Los psicólogos desempeñan un papel importante en el abordaje de la violencia contra la mujer, según la EFPA. INFOCOP ONLINE; 2018. [Acceso 12 de febrero de 2019]. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7810

IX. ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos

**CUESTIONARIO VIOLENCIA A LA MUJER: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
EN PROFESIONALES DE LA SALUD (MÉDICOS, ENFERMEROS(AS),
OBSTETRAS, PSICÓLOGOS (AS))****IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**

NÚMERO:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y CATEGORÍA:

DIRECCIÓN: _____

(Calle, camino, carretera, número)

PROVINCIA: _____ DISTRITO: _____ LOCALIDAD: _____

COMUNIDAD:

URBANA ()

RURAL ()

FECHA (dd/mm/aa): (/ /)

INSTRUCCIONES

1. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas.
2. Escriba en el paréntesis la opción elegida o marque la opción elegida (RESPUESTA UNICA) en las siguientes preguntas, según corresponda.
3. Conteste con lapicero azul.

**VIOLENCIA A LA MUJER: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN
PROFESIONALES DE LA SALUD (MÉDICOS, ENFERMEROS(AS), OBSTETRAS,
PSICÓLOGOS (AS))**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? ()	
2. Sexo	Masculino () Femenino ()
3. Estado civil	Soltero/a () Casado/a () Conviviente () Divorciado/Separado () Viudo/a ()
4. ¿Cuál es su profesión?	Médico () Enfermero (a) () Psicólogo (a) () Obstetra ()
5. ¿Te encuentras realizando el SERUMS?	SI () NO ()
6. ¿Principalmente usted qué labor realiza?	Asistencial () Administrativa ()
7. ¿En qué año terminó sus estudios (año de titulación)?	()
8. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	Sólo título de profesión _____ () Especialidad _____ () (especifique) Maestría _____ () (especifique) Doctorado _____ () (especifique)
9. ¿Ha tenido alguna capacitación sobre violencia a la mujer?	SI () NO ()
10. Respecto a la pregunta 9 si es SÍ, ¿Dónde la realizó?	Establecimiento de salud () La RED de servicios de salud o GERESA () De forma Particular ()

**VIOLENCIA A LA MUJER: CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN
PROFESIONALES DE LA SALUD (MÉDICOS, ENFERMEROS(AS), OBSTETRAS,
PSICÓLOGOS (AS))**

11. ¿Cuántos casos habrás visto en los últimos 3 meses durante tu jornada laboral?			
12. ¿Sabes si en tu centro de salud se están realizando actividades sobre: detección, ayuda y seguimiento de pacientes víctimas de abusos y violencia doméstica?			
SI		NO	
13. Conoces los protocolos de detección e intervención sanitaria en violencia a la mujer en atención primaria que existen:			
SI		NO	
14. Piensas que la violencia a la mujer en nuestra sociedad es un problema:			
Muy frecuente	Bastante frecuente	Algo frecuente	Poco frecuente
15. Crees que la mayoría de las pacientes que la sufren:			
Comunican su situación		Pasan desapercibidas	
16. De los siguientes tipos de violencia ¿Cuál crees que sucede con mayor frecuencia?			
Psicología	Sexual	Física	
17. Se asocia más la violencia a la mujer, a clases sociales:			
Altas	Bajas	Las dos por igual	
18. ¿Cuál de estos tres factores crees que influye más en que existan malos tratos en nuestro medio?			
Clase sociocultural bajo	Estar en trámite de separación o divorcio	Clase socioeconómica bajo	
19. ¿Conoces las repercusiones legales que puede derivar de no declarar un caso evidente de violencia a la mujer?			
Sí		No	
20. ¿Conoces las obligaciones legales de los sanitarios ante la sospecha de un caso de violencia a la mujer?			
Sí		No	
21. ¿Cómo consideras el problema de la violencia a la mujer?			
Problema de mucha importancia	Problema de importancia media	Problema de poca importancia	
22. En su trabajo habitualmente mantiene una actitud expectante para diagnosticar estos casos:			
Siempre	Normalmente	Nunca	
23. En su trabajo, ante un/a paciente con lesiones físicas, te planteas como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sea un maltrato:			
Siempre	Normalmente	Nunca	

24. El protocolo de violencia a la mujer, existente en tu comunidad, lo aplica en su trabajo habitual:					
Siempre		Normalmente		Nunca	
25. A la hora de identificar y solucionar este problema, crees que es un asunto principalmente de la/los:					
Policía	Jueces	Trabajadores sociales	Sanitarios	Psicólogos	Todos
26. ¿Crees que posees los conocimientos necesarios para detectar esta problemática social?					
Sí			No		
27. En cuanto a sus conocimientos ante un caso de violencia a la mujer, ¿cómo definiría su grado de los mismos?					
Alto		Medio		Bajo	
28. Elige cual sería para ti una propuesta de mejora para detectar un maltrato:					
Crear cursos específicos de formación y de habilidades para identificación, entrevista clínica y apoyo psicológico a las víctimas.		Tiempo suficiente para la asistencia que permita actuación integral y eficiente ante un nuevo episodio.		Crear un grupo especializado de profesionales, existiendo al menos uno por turno de trabajo (Trabajador social, psicólogo, sanitario).	
29. ¿Cuál crees que es el mayor problema a la hora de detectar un caso de estas características?					
Falta de información y tiempo de formación para el personal.		Escasez de tiempo de dedicación a los pacientes y poco espacio físico para estos casos.		Ausencia de Trabajador Social las 24horas.	

2. Consentimiento informado

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – USAT

Investigadores: - Fiorella Leonardo Belicoso.

- Cynthia Wong Rafael

Título: Conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de violencia a la mujer en profesionales de la salud del primer nivel de atención en Lambayeque 2017

Fines del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado “Conocimientos y actitudes sobre detección y manejo de violencia a la mujer en profesionales de la salud del primer nivel de atención de en Lambayeque 2017”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Estamos realizando este estudio para describir los conocimientos y las actitudes que tienen el personal de salud sobre violencia a la mujer.

Es importante identificar el problema ya que genera un gran impacto a corto y largo plazo, así como las consecuencias negativas para las familias, comunidades y sociedad en general, convirtiéndola en una prioridad de salud pública.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario, el que constará de dos partes (duración 10 minutos): primero, preguntas de datos sociodemográficos (10 preguntas) y la segunda, será sobre los conocimientos y actitudes que tenga sobre violencia a la mujer (19 preguntas). Cualquiera aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado, los investigadores estarán disponibles. La información brindada será utilizada solo para fines de un trabajo científico.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted no recibirá beneficio económico. Únicamente recibirá un tríptico informativo por agradecimiento a su colaboración y tiempo brindado.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico. Tendrá la satisfacción de colaborar a describir los conocimientos y actitudes del personal de salud sobre violencia a la mujer.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación del personal de salud que participó en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información será eliminada al finalizar el estudio.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al investigador Cynthia Wong tel. 974154008 o al investigador Fiorella Leonardo tel. 981656001.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138.

Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo lo que sucederá si participo en este estudio de investigación; también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento que desee, sin perjuicio alguno.

Firma Participante

Firma Investigador

Fecha:

Fecha:

Tabla 1. Características sociodemográficas y laborales en el total de encuestados.

Características	n	%
Edad*	35 (29 - 68)	
Sexo		
Mujer	497	80,03
Hombre	124	19,97
Estado Civil		
Casado (a)	287	46,22
Soltero	232	37,36
Conviviente	75	12,08
Divorciado/separado (a)	23	3,7
Viudo	4	0,64
Profesionales		
Enfermero(a)	235	37,84
Obstetra	202	32,53
Médico	135	21,74
Psicólogo(a)	49	7,89
Categoría		
I-3	460	74,07
I-4	161	25,93
Zona		
Urbana	373	60,06
Rural	248	39,94
SERUMS		
NO	510	82,13
SI	111	17,87
Labor		
Asistencial	608	97,9
Administrativa	13	2,1
Egreso*	9 (5 - 35)	
> 17 años	201	32,37
≤ 5 años	176	28,34
> 9 ≤ 17 años	137	22,06
> 5 ≤ 9 años	107	17,23
Especialidad Médica		
NO	490	78,9
SI	131	21,1
Estudio de Maestría		
NO	508	83,4
SI	103	16,6
Capacitación**		
SI	322	51,9
NO	299	48,1
Lugar de capacitación		
Red de servicios de salud o GERESA	126	39,1
Particular	110	34,2
Establecimiento de Salud	86	26,7

*Mediana y rango intercuartílico

**Haber recibido al menos una charla sobre VM por profesional de salud

Tabla 2. Conocimientos sobre Violencia contra la Mujer en el total de encuestados.

	n	%
Cree que los casos de VM pasan desapercibidos	587	94,52
Sabe de actividades de detección, ayuda y seguimiento en EESS**	506	81,48
Conoce las repercusiones legales que puede derivar de no declarar un caso de VM	411	66,18
Conoce las obligaciones legales de los sanitarios ante la sospecha de un caso de VM	382	61,51
Conoce los protocolos de detección e intervención sanitaria en VM	382	61,51
De los siguientes tipos de violencia ¿Cuál cree que sucede con mayor frecuencia?		
Psicológica	431	69,40
Física	164	26,41
Sexual	26	4,19
Factores asociados a VM en nuestro medio		
Nivel sociocultural bajo	425	68,44
Problemas socioeconómicos	146	23,51
Deterioro de relación, separación o divorcio	50	8,05
Clase social más asociada a VM		
Es igual en ambas clases	371	59,74
Es mayor en bajas	238	38,33
Es mayor en altas	12	1,93
Piensa que la VM en nuestra sociedad es un problema		
Muy frecuente	365	58,78
Bastante frecuente	217	34,94
Algo o poco frecuente	39	6,28

*VM: Violencia contra la mujer

**EESS: establecimiento de salud

Tabla 3. Actitudes sobre Violencia contra la Mujer en el total de encuestados.

	n	%
Considera el problema de la VM de gran importancia	606	97,58
Los responsables de identificar y solucionar este problema son		
Todos	568	91,47
Psicólogos	34	5,48
Policía	11	1,77
Trabajadores Sociales	4	0,64
Otros	4	0,64
Tiene actitud expectante para detectar estos casos		
Normalmente	302	48,63
Siempre	266	42,83
Nunca	53	8,53
Ante lesiones físicas, plantea VM como diagnóstico diferencial		
Normalmente	300	48,31
Siempre	274	44,12
Nunca	47	7,57
Aplica el protocolo de VM de su comunidad		
Normalmente	297	47,83
Siempre	174	28,02
Nunca	150	24,15

*VM: Violencia contra la mujer

Tabla 4. Dificultades y propuestas de mejora sobre Violencia contra la Mujer en el total de encuestados.

	n	%
Propuestas		
Crear un equipo especializado de profesionales	280	45,09
Crear cursos específicos de formación de habilidades	222	35,75
Mayor tiempo en la atención de lesiones físicas	119	19,16
Dificultades		
Falta de tiempo y ambientes adecuados para pacientes	347	55,88
Falta de información y tiempo de formación del personal	208	33,49
Ausencia de trabajador social las 24 horas	66	10,63

Tabla 5. Bivariado: Conocimientos sobre protocolos, obligaciones y consecuencias legales según variables sociodemográficas y de capacitación.

Variable	Conocimiento sobre protocolos de detección e intervención		Conocimientos sobre consecuencia legal de no reportar casos		Conocimiento de obligaciones legales del personal ante casos	
	n(%)	p	n(%)	p	n(%)	p
Sexo						
Femenino	323 (64,99)	<0,001	329 (66,20)	0,989	306 (61,57)	0,954
Masculino	59 (47,58)		82 (66,13)		76 (61,29)	
Estado civil						
Soltero	146 (62,93)	0,774	155 (66,81)	0,584	141 (60,78)	0,585
Casado	176 (61,32)		193 (67,25)		182 (63,41)	
Otros	60 (58,82)		63 (61,76)		59 (57,84)	
Profesión						
Médico	67 (49,63)	<0,001	94 (69,63)	0,003	86 (63,70)	0,077
Enfermera	147 (62,55)		143 (60,85)		137 (58,30)	
Obstetra	127 (62,87)		131 (65,85)		121 (59,90)	
Psicólogo	41 (83,67)		43 (87,76)		38 (77,55)	
SERUMS						
No	310 (60,78)	0,423	334 (65,49)	0,434	305 (59,80)	0,061
Si	71 (64,86)		77 (69,37)		77 (69,37)	
Tiempo de egresado*	11,8 ±9,21	0,899	11,6 ±8,89	0,302	11,61 ±0,367	0,367
Máximo nivel de estudios						
Especialidad	87 (66,41)	0,195	86 (65,65)	0,884	83 (63,36)	0,625
Maestría	66 (64,08)	0,558	72 (69,90)	0,382	69 (66,99)	0,211
Recibió capacitación						
No	142 (47,49)	<0,001	165 (55,18)	<0,001	154 (51,51)	<0,001
Si	240 (74,53)		246 (76,40)		228 (70,81)	
Lugar de capacitación						
Establecimiento de salud	64 (73,56)	0,890	58 (66,67)	0,028	57 (65,62)	0,462
Red o GERESA	92 (73,02)		104 (82,54)		91 (72,22)	
Particular	84 (75,68)		85 (76,58)		81 (72,97)	

* media y desviación estándar de los años de egresado. Valores p calculados con chi cuadrado y * t de student.

Tabla 6. Bivariado: Actitud expectante y autopercepción de las competencias necesarias según variables sociodemográficas y de capacitación.

Variable	Actitud expectante en el trabajo para detectar casos			p	Autopercepción de las competencias necesarias para manejar casos			p
	Siempre	Normalmente	Nunca		Alto	Medio	Bajo	
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	n(%)	
Sexo								
Femenino	221 (44,47)	232 (46,68)	44 (8,85)	0,032	141 (28,37)	308 (61,97)	48 (9,66)	0,117
Masculino	53 (42,74)	68 (54,84)	3 (2,42)		24 (19,35)	88 (70,97)	12 (9,68)	
Estado civil								
Soltero	93 (40,09)	121 (52,16)	18 (7,76)	0,445	73 (31,47)	140 (60,34)	19 (8,19)	0,080
Casado	138 (48,08)	129 (44,95)	20 (6,97)		75 (26,13)	183 (63,76)	29 (10,10)	
Otros	43 (42,16)	50 (49,02)	9 (8,82)		17 (16,67)	73 (71,57)	12 (11,76)	
Profesión								
Médico	47 (34,81)	76 (56,30)	12 (8,89)	0,013	25 (18,52)	97 (71,85)	13 (9,63)	<0,001
Enfermera	96 (40,85)	114 (48,51)	25 (10,64)		57 (24,26)	155 (65,96)	23 (9,79)	
Obstetra	91 (45,05)	97 (48,02)	14 (6,93)		54 (26,73)	124 (61,39)	24 (11,88)	
Psicólogo	32 (65,31)	15 (30,61)	2 (4,08)		29 (59,18)	20 (40,82)	0 (0,00)	
SERUMS								
No	52 (46,85)	47 (42,34)	12 (10,81)	0,297	37 (33,33)	68 (61,26)	6 (5,41)	0,082
Si	214 (41,96)	255 (50,00)	41 (8,04)		128 (25,10)	328 (61,31)	54 (10,59)	
Tiempo de egresado*	12,4 ±9,37	11,6 ±8,40	10,6 ±9,17	0,362	10,5 ±8,02	12,2 ±9,15	13,8 ±9,15	0,029
Máximo nivel de estudios								
Especialidad	67 (51,15)	54 (41,22)	10 (7,63)	0,095	36 (27,48)	89 (67,94)	6 (4,58)	0,084
Maestría	49 (47,57)	51 (49,51)	3 (2,91)	0,073	32 (31,07)	63 (61,17)	8 (7,77)	0,465
Recibió capacitación								
No	113 (37,79)	150 (50,17)	36 (12,04)	0,002	56 (18,73)	197 (65,89)	46 (15,38)	<0,001
Si	153 (47,52)	152 (47,20)	17 (5,28)		109 (33,85)	199 (61,80)	14 (4,35)	
Lugar de capacitación								
Establecimiento de salud	47 (54,02)	38 (43,68)	2 (2,30)	0,281	29 (33,33)	52 (59,77)	6 (6,90)	0,226
Red o GERESA	58 (46,03)	58 (46,03)	10 (7,94)		45 (35,71)	74 (58,73)	7 (5,56)	
Particular	49 (44,14)	57 (51,35)	5 (4,50)		36 (32,42)	74 (66,67)	1 (0,90)	

* media y desviación estándar de los años de egresado. Valores p calculados con chi cuadrado y * t de student.

3. Tríptico

IMPORTANCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer es un problema de salud pública que es sistemáticamente subdiagnosticado, no sólo es la estigmatización de las mujeres víctimas, sino la indiferencia que en muchas ocasiones demuestra el personal de salud que atiende a las mujeres en los establecimientos.

FACTORES IMPLICADO EN LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

AGRESOR INDIVIDUAL

- Ser varón
- Presenciar violencia conyugal durante la niñez
- Padre ausente o que lo rechaza
- Sufrir abusos durante la niñez
- Consumo de alcohol

RELACIONES

- Conflictos de decisiones en la familia

COMUNIDAD

- Pobreza, posición socioeconómica
- Asociación con baja, desempleo
- Asistencia con patrimonios y la toma de decisiones
- Aislamiento de las mujeres y de la familia

SOCIEDAD

- Normas que otorgan a los hombres el control sobre el comportamiento de las mujeres
- Aceptación de la violencia como forma de resolver los conflictos
- Idea de la masculinidad violada con la dominación, el honor o la agresión
- Papeles rígidos para cada sexo

INDICADORES DE PELIGRO EXTREMO

- La mujer declara temer por su vida o hijos.
- Amenazas con armas o uso de las mismas.
- Amenazas o intentos de homicidio a ella o hijos.
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente.
- Malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización.
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados.
- Aumento en intensidad y frecuencia de la violencia.
- Agresiones durante el embarazo.
- Abusos sexuales repetidos.
- Comportamiento violento fuera del hogar.
- Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias, adónde va, con quién está o cuánto dinero tiene.
- Aislamiento creciente.
- Consumo de alcohol o otras drogas por el agresor.
- Disminución o ausencia de remordimiento expresado por el agresor.

ENTIDADES A LA CUALES ACUDIR

- Línea 100, que brinda soporte emocional, orientación e información en temas de violencia familiar y abuso sexual.
- Centros de Emergencia Mujer (CEM) son servicios públicos especializados y gratuitos para víctimas de violencia familiar y sexual. Estas podrán recibir ayuda legal, social y consejería psicológica.
- DEMUNAS: El directorio de las DEMUNAS que está más cerca a su domicilio.

PUNTOS CLAVES SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

¡No calles lo que tienes que decir!



La violencia la mujer es un PROBLEMA DE SALUD: afecta la salud integral de las que la sufren....



¿QUÉ ES LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER?

Según las Naciones Unidas es: "Todo acto de violencia de género (VG) que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos.

ANTECEDENTES

ENDES, 2014: 72,4% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero.

OMS, 2016: prevalencia mundial indica que una de cada tres mujeres (35%) en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual (mayoría infligida por la pareja).



¿QUÉ TIPOS DE MALTRATO SE CONOCEN?

- **Psíquicos:**
 - Amenazas.
 - Humillaciones.
 - Obligar a la mujer a que le obedezca.
 - Desprecio u ofensa hacia la mujer en público o en privado.
 - Control económico, laboral o social (quitarle dinero o no darle lo suficiente).
 - Falta de respeto.
 - Insultos.
 - Aislamiento.
 - Alejarla de amigos y familiares.
- **Físicos:**
 - Es generalmente recurrente y aumenta en frecuencia y severidad.
 - Puede incluir: bofetadas, puñetazos, empujones, tirones de pelo, golpes, patadas, arañazos, quemaduras, amarrar, abandono en lugares peligrosos, etc.
- **Sexuales:**
 - Incluye sexo forzado o degradación sexual como:
 - Violarla, aún dentro del matrimonio.
 - Obligarla a la práctica de ciertos actos sexuales contra la voluntad.
 - Llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente.
 - Obligarla a ver películas o revistas pornográficas.

• Económicas

Es una forma de controlar a la persona haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero y propiedades en general todos los recursos de la familia por ejemplo

- Privar a la mujer de vestimenta, comida, transporte, a pesar de tener recursos.
- Pedirle explicaciones cada vez que necesita dinero incluso para cubrir necesidades básicas.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LA VIOLENCIA INFLIGIDA POR LA PAREJA EN LA SALUD DE LA MUJER?

- Miedo.
- Estrés.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Incomunicación y aislamiento.
- Sentimiento de culpa.
- Daños y secuelas. — Autoestima baja.
- Muerte.
- Desmotivación.
- Dudas e indecisiones.
- Problemas de apetito.
- Insomnio.

