



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN ATENCIÓN A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y  
PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD  
DE LAS POLICLÍNICAS DEL SERVICIO DE  
ATENCIÓN A LA SALUD DE LA  
INTENDENCIA DE MONTEVIDEO  
RESPECTO A LA VIOLENCIA DEL  
COMPAÑERO ÍNTIMO CONTRA LA MUJER**

**Autor:**  
Lic. Esp. Laura Uturbey

**Tutor:**  
Mgter. Cecilia Acosta

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2023**

## LISTADO DE ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
DS	División Salud
EC	Enfermería Comunitaria
IM	Intendencia de Montevideo
INE	Instituto nacional de Estadística
INMUJERES	Instituto Nacional de Mujeres
MI	Ministerio del Interior
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MS	Ministerio de Salud
MYSU	Mujer y Salud en el Uruguay
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNA	Primer Nivel de Atención
PNSMG	Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género
PREMIS	Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey
SAS	Servicio de Atención a la Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UdelaR	Universidad de la República
VBG	Violencia Basada en Género
VBGG	Violencia Basada en Género y Generaciones
VCI	Violencia del compañero íntimo

## **TABLA DE CONTENIDOS :**

Listado de Abreviaturas .....	2
Resumen .....	5
Introducción.....	8
Planteamiento del problema .....	11
Objetivos .....	13
Objetivo General ... ..	13
Objetivos Específicos .....	13
Marco Teórico .....	14
Antecedentes .....	14
Marco Conceptual .....	26
Diseño metodológico .....	38
Tipo de estudio .....	38
Área de Estudio .....	38
Población .....	39
Muestra .....	39
Criterios de inclusión .....	40
Criterios de exclusión .....	40
Instrumento de recolección de datos .....	40
Variables .....	42
Prueba Piloto.....	42
Método de recolección de datos.....	43
Consideraciones éticas.....	45
Resultados .....	46
Análisis .....	62
Consideraciones finales .....	72

Sugerencias y comentarios .....	75
Referencias Bibliográficas.....	76
Apéndices.....	90
Apéndice 1: Cuestionario.....	90
Apéndice 2: Permisos pertinentes .....	103
Apéndice 3:Instructivo del llenado del Cuestionario .....	104
Apéndice 4: Operacionalización de las variables .....	107
Apéndice 5 :Consentimiento informado para participantes de investigación .....	121
Anexos .....	122
Anexo1: Consideraciones éticas.....	122
Anexo2: Aval del Comité de Etica Facultad de Enfermería .....	124
Anexo3: Tablas y gráficas.....	125

## **NOTA**

Para la redacción del presente estudio, se intentó favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la sobrecarga en la lectura producto del uso reiterado de "o/a", "as/os", "los/las" para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

## 1. RESUMEN

El presente proyecto se inscribe en el programa de la Maestría en Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República de Uruguay. Se centra en la violencia del compañero íntimo contra las mujeres por ser la forma de violencia basada en género más visible en términos epidemiológicos, políticos y en relación con el abordaje sanitario.

Se trata de una investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal, que plantea explorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de algunas policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de Montevideo - Uruguay, ante los casos de violencia contra la mujer por el compañero íntimo.

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de mayo - junio de 2022, en una muestra no probabilística, empleando como instrumento un cuestionario cuyas variables y componentes están basados en la validación de la versión española del Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey. (1)

Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto una infra detección de VCI, así como un limitado marco formativo de los profesionales sanitarios para abordar casos de VCI y un exiguo conocimiento de los protocolos de actuación nacional sobre VBG en el Servicio. Se destaca positivamente la autopercepción de las personas que respondieron al cuestionario, para identificar situaciones, realizar planes de seguridad, permitir los tiempos a la usuaria para poder expresarse y llevar a cabo la atención en salud.

Con este estudio se pretende contribuir a la salud comunitaria favoreciendo el análisis de estrategias integrales de respuesta, que promuevan una atención oportuna y accesible a quienes vivieron o viven situaciones de violencia producidas por el compañero íntimo.

**Palabras Clave:** Mujer, Violencia Compañero Íntimo, Conocimientos, Actitudes, Primer Nivel de Atención.

## 1. SUMMARY

This project is part of the Master's program in Community Health of the School of Nursing, University of the Republic of Uruguay. It focuses on intimate partner violence against women because it is the most visible form of gender-based violence in epidemiological and political terms and in relation to the health approach.

This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study that explores the knowledge, attitudes and practices of health personnel in some polyclinics of the Health Care Service of the Municipality of Montevideo, Uruguay, in relation to cases of violence against women by their intimate partners.

The data collection was carried out during the months of May-June 2022, in a non-probabilistic sample, using a questionnaire as data collection instrument whose variables and components are based on the validation of the Spanish version of the Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey. (1)

The results obtained revealed an under-detection of IPV as well as a limited training framework of healthcare professionals to deal with cases of IPV and a meager knowledge of the national action protocols on GBV in the Service. The self-perception of the respondents to the questionnaire in identifying situations, making safety plans, allowing time for the client to express herself and carrying out health care was positively highlighted.

The aim of this study is to contribute to community health by favouring the analysis of comprehensive response strategies that promote timely and accessible care for those who have experienced or are experiencing situations of intimate partner violence.

**Keywords:** Women, Intimate Partner Violence, Knowledge, Attitudes, First Level of Care.

## 1. RESUMO

Este projeto está contido no programa do Mestrado em Saúde Comunitária da Faculdade de Enfermagem, da Universidade da República do Uruguai. Focaliza-se na violência do parceiro íntimo contra as mulheres por ser a forma de violência baseada no gênero mais notória em termos epidemiológicos, políticos e no tocante à questão sanitária.

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e de corte transversal que propõe estudar os conhecimentos, as atitudes e as práticas dos funcionários da saúde de algumas policlínicas do Serviço de Atenção à Saúde da Prefeitura de Montevideu - Uruguai, perante os casos de violência contra a mulher por parte do parceiro íntimo. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio-junho de 2022, através de uma amostra não probabilística, utilizando como instrumento da coleta de dados um questionário com variáveis e elementos baseados na validação da versão espanhola do Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey. (1)

Os resultados obtidos evidenciaram uma detecção insuficiente de VCI, bem como uma limitada margem formativa dos profissionais sanitários para encarar casos de VCI e um precário conhecimento dos protocolos de ação nacional sobre VBG no Serviço. Destaca-se positivamente a autopercepção das pessoas que responderam o questionário para identificar situações, realizar planos de segurança, permitir à usuária ter tempo para poder se expressar e efetuar o atendimento na área da saúde. O intuito deste estudo é contribuir com a saúde comunitária beneficiando a análise de estratégias completas de resposta, que consigam propiciar atendimento oportuno e acessível para as pessoas que experimentaram ou sofrem situações de violência praticadas pelo parceiro íntimo.

**Palavras-chave:** Mulher, Violência; Parceiro Íntimo, Conhecimentos, Atitudes, Primeiro Nível de Atenção.

## 2. INTRODUCCIÓN

El reconocimiento de los derechos de las mujeres, están presentes en la agenda internacional de los derechos humanos desde mitad del siglo veinte, siendo en la década del '90 donde varias de las declaraciones y conferencias marcaron puntos de inflexión. así como también obligaciones específicas que tienen los Estados para eliminar las distintas formas de desigualdades y de discriminación basadas en el género. El concepto de violencia contra las mujeres ha sido construido como una forma de discriminación que impide el goce de derechos en igualdad con los hombres y que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad y seguridad así como la integridad física, económica y psicológica.(2-4)

La violencia basada en género (VBG) se expresa en prácticas o conductas que se desarrollan a partir de las relaciones de poder asimétricas basadas en el género. La violencia infligida por parte del compañero íntimo (VCI) es una de las formas más comunes de VBG e incluye maltrato físico, sexual o emocional y comportamientos controladores por la pareja o ex pareja, permaneciendo mayormente invisibilizadas, dado que habitualmente se configuran en espacios íntimos.(5)

Es de destacar la influencia en el debate de la temática del sector no gubernamental, en particular, de las organizaciones de mujeres y los colectivos feministas que generaron contribuciones al cambio así como a ejercer una crítica constructiva al paradigma sexista, pero ante todo a realizar aportes al conocimiento de las distintas realidades de las mujeres.

Dada la complejidad y magnitud de la VBG, se considera un importante problema de salud pública y de derechos humanos por su elevada prevalencia, graves consecuencias e impacto en la salud física, psíquica, emocional y social para la persona victimizada; teniendo el sector salud una posición clave para el abordaje de todas las formas de VBG.



Uruguay se ha adherido a las recomendaciones internacionales, a través de un proceso continuo para el desarrollo de leyes y políticas públicas sobre la VBG.

Esta investigación se planteó explorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las policlínicas del Servicio de Atención a la Salud (SAS) de la ciudad de Montevideo, ya que es uno de los territorios de mayor incidencia de denuncias por VBG de todo el país, y siendo el Primer Nivel de Atención (PNA) una de las puertas de entrada más frecuentes al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

El estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se utilizó una muestra no probabilística, por conveniencia.

Para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario se tomó como base la validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS) , que se ha reconocido internacionalmente como un instrumento útil y confiable para evaluar conocimientos, opiniones y prácticas sobre VCI. (1)

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado adaptado del cuestionario PREMIS, definiendo criterios de inclusión y de exclusión que permitan obtener los datos más representativos. Se mantuvieron todos los principios éticos que rigen las investigaciones y no se excluyeron personas por razones de género, religión, etnia ni nacionalidad.

Algunos hallazgos de la investigación que se destacan: se contó con una participación del 38% (25 personas) de la población total (65 personas), correspondiente a los profesionales y técnicos que cumplieron con los criterios de inclusión en las policlínicas seleccionadas. En cuanto a las características relacionadas al perfil de los participantes se destaca que el 84% de las personas que respondieron el cuestionario eran mujeres, estando el 48% en el rango etario de 41 a 50 años y siendo el tiempo que ha estado trabajando en primer nivel de atención para

el 48% de 16 a 20 años de experiencia. El 24% refiere haber recibido formación en su educación académica y el 36% haber recibido una conferencia o sensibilización. Según la estimación del participante con respecto a sus horas de formación el 40% lo sitúa en el rango de 0 a 5 horas y el 20% de 26 a 30 horas.

El 72% de la población encuestada se autopercebe con habilidades suficientes para hablar de VCI con una víctima de una cultura/ etnia diferente. El 41% refirieron haber indagado sobre VCI en sus pacientes adultas mujeres en los últimos 6 meses. Sin embargo, un porcentaje bastante elevado de los encuestados refiere que no ha realizado ningún diagnóstico nuevo de VCI en los últimos seis meses.

El presente estudio permitió dimensionar la importancia del personal de salud en el PNA como una de las respuestas locales para facilitar la detección, la derivación y el acceso a diferentes servicios de atención, así como brindar herramientas de seguridad y asesoramiento a las mujeres en situaciones de VCI. Da cuenta de diferentes tipos de intervenciones de estos equipos en ámbitos de articulación interinstitucional, redes focales y otros espacios en el territorio urbano y comunitario.

Al ser una problemática con gran componente social y emocional es de considerar necesario dejar de lado el enfoque biomédico y relevarlo por un enfoque holístico centrado en las mujeres. Reconociendo la labor enfermera como uno de los ejes de sostén en el cambio de la cultura del cuidado, contribuyendo en la elaboración de planes integrados e individualizados así como en la educación de la familia y la comunidad.

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En los últimos años, se han desarrollado múltiples producciones teóricas que consolidan el concepto de VBG, entendiéndose como una forma de violencia de carácter estructural, multicausal e histórica de derechos humanos, salud pública y seguridad social.

Dado que es un problema multidimensional, estrechamente ligado a los modelos de socialización, así como de construcción de cultura e identidad, se concibe que la atención a las víctimas de VCI requiere la conjunción de múltiples actores de diferentes niveles de decisión y acción. En este marco, el colectivo sanitario es clave para establecer y llevar a cabo planes y políticas nacionales de prevención, forjar alianzas importantes entre los sectores y velar por la asignación adecuada de los recursos. (9)

Existe un consenso en la bibliografía consultada, que este tema requiere de un abordaje integral e integrado desde una perspectiva interdisciplinar y que la capacitación de los profesionales y los equipos de salud juegan un papel clave en este escenario. Sin embargo, se continúa profundizando la manera en cómo desencadenar tal aprendizaje individual y colectivo, ya que se conecta con cambios en la cultura organizacional y que indefectiblemente repercuten en la prestación de servicios.(10) Históricamente la OPS/OMS ha abordado y fortalecido una línea de trabajo dirigida a revisar y apoyar la reorientación y el desarrollo de los recursos humanos para la principalmente en el PNA , hacia los valores, conceptos y prácticas con énfasis en el abordaje de la VBG .Reafirma que las competencias esenciales del personal de salud son los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para solucionar los problemas de salud de la comunidad de manera efectiva y eficiente .Hace hincapié en que se necesita investigación para identificar y evaluar prácticas , a fin de desarrollar nuevas estrategias para la prevención y respuestas a la VBG, con un enfoque centrado en las víctimas. (11)

La Enfermería en este encuadre, tiene un papel fundamental, ya que es una profesión con una visión única y holística. Contribuye a los procesos de salud - enfermedad, aportando conocimiento, valores, compromiso, pensamiento y acción, a través del Modelo de Gestión del Cuidado de Enfermería, que asegura la continuidad de la atención oportuna, segura e

integral y se sustenta en lineamientos estratégicos, para obtener el bienestar y la salud tanto sea del individuo, la familia y/o a la comunidad. (12)

En la medida que se fue interiorizando en la temática y situada en éste contexto, surgió una pregunta principal: ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud sobre violencia contra las mujeres por parte del compañero íntimo en usuarias de las Policlínicas del SAS pertenecientes a la Intendencia de Montevideo (IM), Uruguay, en el periodo comprendido entre marzo y abril de 2022?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general:**

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de las policlínicas del SAS de la IM, respecto a la violencia del compañero íntimo contra la mujer, en el Departamento de Montevideo, Uruguay.

### **4.2 Objetivos específicos:**

**4.2.1.** Identificar los conocimientos, opiniones y actitudes del personal de las policlínicas del SAS - IM, respecto a la temática de VCI contra la mujer.

**4.2.2.** Establecer los conocimientos del personal de las policlínicas del SAS - IM, sobre las medidas de prevención que podrían incidir en la VCI contra la mujer.

**4.2.3.** Identificar las actitudes del personal que fomentan la prevención y detección de la VCI contra la mujer.

**4.2.4.** Identificar las prácticas más frecuentes que desarrolla el personal de salud de las policlínicas del SAS - IM para la prevención y detección de la VCI contra la mujer.

## **5. ANTECEDENTES**

La búsqueda bibliográfica se realizó a través de los siguientes bases de datos:

“Biblioteca Virtual en Salud” (BVS), “Timbó”, “Scielo “, “LILACS”, “PUBMED “y

“ELSEVIER”. Las palabras claves utilizadas fueron: mujer, violencia, compañero íntimo, conocimientos, prácticas, atención primaria.

Para limitar la búsqueda se utilizaron los siguientes criterios: estudios con resúmenes y textos completos, idioma (inglés o español) y publicados en la última década (2011- 2021). Se utilizaron palabras clave que reflejan la temática del estudio y para concretar los resultados de la búsqueda, se utilizaron los siguientes operadores booleanos: OR, AND y NOT. OR para las palabras clave que eran sinónimas, AND para las que tenían que estar presentes en cada artículo y NOT para excluir las que no estuviesen presentes.

Se eligió el período entre los años 2011- 2021, debido a la explosión en esos años de la temática como problema de salud pública a nivel nacional e internacional, concomitantemente se quiso abarcar el primer estudio de salud y violencia doméstica que se realizó en Uruguay en el 2011 y que marcó una línea de base sobre trabajo en el abordaje sanitario en nuestro país.

Se accedió a treinta artículos relacionados al tema principal, siendo seleccionadas nueve investigaciones por considerarlas pertinentes con respecto a la pregunta problema planteada. Se descartaron artículos repetidos y se plantea a continuación una muestra de lo más relevante de acuerdo con la pregunta problema planteada.

En la investigación realizada en Uruguay en 2011 sus autores Lozano et al. (13) se propusieron como principal objetivo de estudio , brindar una aproximación a la prevalencia de las situaciones de violencia doméstica, sus manifestaciones en el PNA y la respuesta que reciben por parte del equipo de salud. Realizaron un estudio retrospectivo de contenido de la información de los partes diarios de una policlínica de medicina familiar del sector público de Montevideo. Algunos de los resultados fueron los siguientes: en un año hubo un total de 1.849 consultas en pacientes mayores de 15 años (hombres y mujeres), de los cuales 584 fueron por parte de mujeres expuestas a violencia doméstica (31,6%). Estas consultas

corresponden a 167 mujeres, con un promedio de 3 consultas anuales por paciente, con un rango de 1 a 31 consultas anuales. Refieren dificultad de diagnóstico ya que las consultas son por sus síntomas físicos o emocionales y no refiere espontáneamente que padece violencia doméstica. Sólo el 2% las mujeres víctimas que concurre a la policlínica expresan ese motivo de consulta.

Paralelamente, se consideró la revisión de la temática en el mundo en ese mismo año 2011. En Londres, Feder et al. ,(14) realizan un ensayo controlado aleatorio grupal donde dentro de cada área de confianza de atención primaria se aleatorizaron las prácticas para grupos de intervención o control. El programa de intervención incluyó sesiones de capacitación basadas en la práctica, un aviso dentro del registro médico para preguntar sobre el abuso y una vía de derivación a un defensor de derechos humanos. De los resultados presentados, los autores interpretan que luego de un programa de capacitación y apoyo dirigido a médicos de atención primaria y personal administrativo, se mejoró la derivación a agencias especializadas en violencia doméstica y la identificación registrada de mujeres que sufren violencia doméstica. Estos hallazgos reducen la incertidumbre sobre el beneficio de la capacitación y las intervenciones de apoyo en entornos de atención primaria para la violencia doméstica.

En el 2012 en Reino Unido, Ramsay et al. (15) se propusieron medir los niveles de conocimiento, actitudes y habilidades clínicas de los médicos de PNA con respecto a VCI. La investigación fue de cohorte de observación prospectiva, utilizaron el cuestionario PREMIS original. (16) Como resultados generales se destaca que el 30 % de los participantes se sintieron mal preparados para hacer preguntas relevantes sobre la violencia doméstica o hacer referencia apropiada si se revelaba abuso. El 40 % nunca o rara vez preguntaron sobre el abuso cuando una mujer presentaba lesiones. El 80 % dijo que no tenían un conocimiento

adecuado de los recursos locales de violencia doméstica. Como conclusión se plantea que las actitudes de los participantes hacia las mujeres que sufren VCI son generalmente positivas, pero sólo tienen conocimiento básico del área. Sugieren que se necesita una capacitación más integral sobre evaluación e intervención, incluida la disponibilidad de servicios locales de violencia doméstica.

En Australia en el 2015 Baird et al. (17) realizaron un estudio exploratorio acerca del conocimiento de las enfermeras/ parteras australianas sobre la VCI en las mujeres durante el embarazo. Utilizaron el cuestionario PREMIS (16) on line, de los resultados, dos tercios de los participantes no sabían sobre los riesgos y signos de VCI. El 88% recibieron educación o capacitación sobre VCI. Aquellos con algún entrenamiento lograron puntajes de conocimiento más altos que aquellos sin entrenamiento formal. Como conclusiones los autores arribaron a lo siguiente: que hay brechas de conocimiento que pueden afectar negativamente la capacidad de los participantes para identificar a las mujeres en riesgo de VCI. La capacitación se asoció con un mejor conocimiento. Sugieren que la capacitación y educación futuras sobre VCI deben enfocarse en las brechas de conocimiento identificadas.

En 2017 en España los investigadores Rodríguez Blanes et al. (18), realizaron el estudio transversal, utilizando el cuestionario validado PREMIS. (1) De las conclusiones se desprende que a mayor capacitación, mayor probabilidad de indagar sobre VCI, siendo las variables más destacadas: tener 21 horas o más de formación, nivel formativo avanzado, conocer políticas y programas y disponer de protocolo y recursos apropiados de referencia. La realización de preguntas aumenta a medida que los profesionales se sienten formados en VCI y provistos/as de un protocolo de manejo de casos. Según el estudio, estar familiarizado con las políticas y programas, o disponer de recursos apropiados de referencia combinados, se asociaron a una mayor probabilidad de indagar sobre VCI, pero no de manera independiente.

En 2019 Murillo et al. (19) realizan un estudio transversal con muestreo no probabilístico y por conveniencia en profesionales sanitarios de 15 centros de atención primaria españoles, utilizando el PREMIS .(1) Dentro de las conclusiones se destaca que se verifica una limitada capacidad de los profesionales de atención primaria para abordar casos de VCI, destacando diferencias entre profesiones, con una distribución desigual de la formación y poco conocimiento del protocolo de actuación regional/nacional disponible en el centro de atención.

## **6. MARCO REFERENCIAL**

Desde mitad del siglo XX, los organismos internacionales han puesto énfasis en el problema de la VBG como uno de los ejes de la salud pública mundial, teniendo sus raíces en la desigualdad histórica y estructural que ha caracterizado las relaciones de poder entre el hombre y la mujer, dicha violencia persiste en todos los países del mundo y constituye una violación generalizada del disfrute de los derechos humanos.

A continuación, se presentan algunos hitos internacionales que grafican el correlato.

En 1993 en la Declaración de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2) se incluye la categoría de violencia hacia la mujer, caracterizándola como toda violencia física, sexual y psicológica producida en el ámbito familiar y/o en la comunidad. Es en 1994 que la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, organizada por la Organización de Estados Americanos (OEA), (3) conocida como Convención de Belém do Pará, que se utiliza, la expresión inglesa: “genderbased violence” (violencia basada en género) para reconocer que los factores de riesgo, las consecuencias y las respuestas de las comunidades a la violencia contra las mujeres están influidas en gran medida por la subordinación social, económica y jurídica en diversos entornos. Mientras que en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, ONU, (4) se declara que: “La expresión “violencia contra la mujer” se



refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”. Este concepto sentó las bases para la tipificación del delito de violencia contra la mujer tomando en consideración los tipos de agresión especificados

Es en esa sintonía que la ONU en el 2006, (20) reafirma que las raíces de la violencia hacia la mujer se encuentran en la desigualdad histórica de las relaciones de poder entre el hombre y la mujer y considera que la violencia es uno de los principales medios que permiten al hombre mantener su control sobre la capacidad de acción y la sexualidad de la mujer. Señala que la violencia contra la mujer no se limita a una cultura, región o país en particular, ni a grupos específicos de mujeres dentro de una sociedad.

Otra colaboración significativa de la ONU fue el “Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/ feminicidio)” (21) en el 2013, que fue considerado un hito para el abordaje jurídico de la temática. En él se definen aquellos tipos de homicidios en los que la víctima sea mujer, bajo el nombre de femicidios o feminicidios, en respuesta a la necesidad de contar con herramientas teóricas que permitan dar cuenta de su especificidad. Propone la clasificación de los femicidios a partir de una tipología compuesta por trece categorías. Una de ellas es el femicidio íntimo, definido como el homicidio de una mujer cometido por un hombre con el que la víctima tenía o había tenido una relación o un vínculo íntimo.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), (22) también conocidos como Objetivos Mundiales, fueron firmados por todos los Estados Miembros de la ONU en 2015 y se pretende alcanzarlos en 2030. Comprende 17 objetivos globales interconectados diseñados para lograr “un futuro mejor y más sostenible para todos ” y son una estrategia que regirá los programas de desarrollo mundiales por los próximos 15 años. Para ello, se realizaron durante

dos años consultas públicas, con interacción con la sociedad civil y negociaciones entre los países. Se destaca el diseño de planes para favorecer un cambio en la vida de las personas más vulnerables, donde se incluyen: la discriminación cero contra las mujeres y niñas, la denuncia contra la violencia, la explotación sexual y la división desigual del trabajo no remunerado tanto doméstico como en el cuidado de otras personas.

Sin embargo, estas intervenciones de organismos internacionales, políticas públicas por parte de los Estados, marcos jurídicos internacionales, regionales y nacionales parecen ser insuficientes, ya que la realidad sigue arrojando cifras alarmantes sobre la VBG a nivel mundial.

Dadas las dificultades y desafíos de cara a la medición del fenómeno, los femicidios a manos de su expareja son tomados como un indicador aproximado de los niveles de violencia contra la mujer al interior de una sociedad determinada. En concreto, este tipo de homicidio es considerado como la consecuencia más radical de las relaciones de poder desiguales entre varones y mujeres al interior de la esfera privada.

En concordancia con los avances en la materia jurídica internacional, el Estado uruguayo, ha desarrollado e implementado acciones focalizadas en el aspecto normativo, de las que se destacan:

- La Ley N° 17.514 de Erradicación de la Violencia Doméstica (2002).
- El Plan de Acción 2016 - 2019: por una vida libre de violencia de género con mirada generacional (Decreto N. 306/015) (2015).
- La Ley N. 19.538 sobre Actos de Discriminación y Femicidio (2017).
- La Ley N. 19.580 de Violencia hacia las Mujeres 2030 del Consejo Nacional de Género (CNG) (Decreto N.º 137/018) (2018).

- La Ley N. 19.643 de Prevención y Combate a la Trata de Personas (2018) (entre otras que no refieren directamente a la VBG).

Como se aprecia en estas anotaciones, son trascendentales la creación de leyes ajustadas al tema, siendo ellas un espacio seguro que permite a la Justicia poder actuar en casos de VBG.

El organismo rector en políticas de género en nuestro país fue el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y tuvo a su cargo desde el año 2006 los servicios especializados de atención para mujeres en situaciones de violencia doméstica. A partir de la reestructura del MIDES, en noviembre del 2012, estos servicios pasan a la órbita de este Ministerio, formando parte del Departamento de Violencia Basada en Género de la División de Protección Integral a Personas en Situación de Vulnerabilidad, considerándose un logro por la integralidad de los servicios y prestaciones.

La obligatoriedad del registro y la gestión de toda la información de seguridad pública nacional está a cargo del Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP), (23) que tiene como objetivo estratégico, la estandarización de los procesos de gestión y la integración de los servicios de información de seguridad pública. En el 2015 fue creado el Módulo de VD en el SGSP que posibilita vincular los delitos de lesiones, amenazas, violencia privada, suicidios, homicidios, entre otros, con el de violencia doméstica lo cual permite registrar y captar mejor las denuncias asociadas a este problema.

Otro antecedente valioso sobre el registro de la violencia en Uruguay lo ofrece el Observatorio de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), del MIDES. Integra la Comisión Intersectorial de Población y Desarrollo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (CIP-OPP) de la Presidencia de la República, quien se encarga de dar seguimiento al Consenso de Montevideo en el país. Dicho Consenso brinda el marco para el diseño de políticas públicas y

como esquema para el monitoreo social y la incidencia política desde la sociedad civil organizada sobre los derechos sexuales y reproductivos.

El encuadre jurídico - sanitario en nuestro país, se implementa, a partir del 27 de noviembre de 2006, donde el Poder Ejecutivo promulgó el Decreto 494/2006 (24) del Ministerio de Salud Pública (MSP), sobre la “Asistencia a víctimas de Violencia Doméstica” (VD). Estableciendo el carácter de problema de Salud Pública y la obligación de las instituciones y servicios de salud de abordarlo, así como reglamenta los compromisos políticos asumidos en la Ley 17.514 de prevención, detección y erradicación de este grave problema. En éste decreto se propone el Plan Nacional de Violencia Doméstica en las responsabilidades de competencia del sector salud. Se plantea la creación de equipos de referencia para la atención de situaciones de VD.

Dentro del proceso de transformación del sector se toma como un hito la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) por la Ley 18.211 (2007) e integra prestadores públicos y privados. Toma la Atención Primaria en Salud (APS) como un instrumento clave para promover y garantizar la equidad en el acceso a la atención. Se puso énfasis en la Red de Atención Primaria (RAP), ya que es una unidad ejecutora de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), y la responsable de proveer servicios de salud en el PNA al sector público en todo el país.

Respecto a la base territorial en el Depto. de Montevideo, inició en el año 2005 e implicó la definición de 3 Regiones de Salud: Oeste, Este y Sur, que a su vez contienen cada una 6 Zonas de Salud, totalizando 18 zonas, compatibles con la división territorial administrativa municipal. En un proceso participativo que integró actores institucionales del campo de la salud y actores comunitarios, fueron definidas 71 áreas de salud en el departamento, que configuran unidades de territorio - población, de cuya atención sanitaria es responsable al menos un efector de la Red. Este proceso organizativo, fue realizado en

conjunto con el SAS de la DS la IM y sus 21 policlínicas dependientes y 3 policlínicos móviles (subdivididas en tres regiones: Este Centro y Oeste), en el marco de un Plan de Acción Conjunto firmado a mediados de 2005 y con plena vigencia. (25)

Con respecto al componente de asistencia sanitaria lo que rige actualmente en todo el territorio nacional es el “Manual clínico para el SNIS. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual”, (26) realizada la adaptación para nuestro país por el MSP y la OPS en 2018. Enfatiza en la atención centrada en la mujer y se rige por dos principios fundamentales: el respeto por los derechos humanos de la mujer y la promoción de la equidad de género. Contiene una serie de guías prácticas y hace énfasis que el personal sanitario debe: “...ser consciente de las dinámicas de poder y de las normas que perpetúan la violencia contra las mujeres...ofrecerles información y orientación para ayudarlas a tomar sus propias decisiones”.

En el ámbito de la atención sanitaria de los prestadores públicos durante el año 2019, el Equipo Coordinador de Referentes de VBG de ASSE, realizó la actualización del “Protocolo para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones”, (27) (este protocolo es la tercera edición del Protocolo Institucional de ASSE). Para ello se tomó en cuenta los nuevos manuales y directrices de la OMS y en consonancia con la Ley N° 19.580 y la Ley N° 19.747 que modificó el Código de la Niñez y la Adolescencia en lo referente a las medidas de protección, a partir del cual la justicia otorga un rol fundamental a la valoración e informes realizados por los equipos de salud. Dentro de los criterios planteados durante la intervención técnica se destaca tener en cuenta valorar: “...la capacidad de la víctima de tomar decisiones (tomar en cuenta competencia, entendimiento de la situación e información brindada, impacto de la violencia en su salud mental, autonomía progresiva en adolescentes, situaciones de coercibilidad de tipo amenazas, dependencia, entre otras)”. Así como la realización del: “...mapeo de redes. Valorar la

capacidad del entorno familiar y comunitario de brindar cuidados y apoyos. Existencia de alguna figura protectora”.

Como parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020, (28) se plantearon dos maneras de intervención en el tema VBG: “Área de intervención 35, Capacidad de respuesta del SNIS frente a las situaciones de VBG en todo el país” y “Área de intervención 36, Optimización del uso de la información disponible en los instrumentos existentes en el SNIS para generar información complementaria a la línea de base actual (mujeres en situación de VD de 15 años y más”. Para el abordaje se ha adoptado un enfoque sistemático y estandarizado para la implementación de una respuesta del sistema de salud a la VBG y se plantearon algunas de estas acciones: validación del manual para la atención de salud de las mujeres que han sufrido violencia doméstica y/o sexual con su pareja o expareja; ampliación de los servicios de violencia doméstica y sexual a todo el territorio nacional; capacitación a los equipos de salud en la temática de VBG.

Por otro lado, nuestro país cuenta con organizaciones no gubernamentales (ONG) que brindan atención psicosocial a mujeres en situación de VBG, las cuales surgieron a partir del reclamo de igualdad de derechos para mujeres y hombres. Es de destacar que estas organizaciones fueron en un principio, conformadas exclusivamente por mujeres encargadas de dar visibilidad a la violencia hacia la mujer, para luego también brindar atención a mujeres en dicha situación. Algunas de ellas en Montevideo son: Fundación Plenario de Mujeres del Uruguay (PLEMUU), Mujer Ahora, Casa de la Mujer de la Unión, Instituto Mujer y Sociedad y El Faro (Programa de la ONG Foro Juvenil).

En Uruguay existen escasos antecedentes de encuestas de violencia hacia las mujeres. En 2012, fue seleccionado como país, para la implementación de la Encuesta piloto de violencia intrafamiliar (EVIF), cuya aplicación estuvo a cargo del Instituto Nacional de Estadística (INE), se realizó en Montevideo entre octubre y diciembre de 2012. Tuvo como

objetivo preparar y verificar la metodología empleada para la realización de encuestas sobre esta temática.

En el año 2013 el MIDES, Instituto Nacional de Estadística (INE), MSP, INMUJERES, Instituto Nacional del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y el Servicio Integral de Protección a la Infancia y a la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) realizaron la Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones. (6) Se considera que constituyó un mojón destacado en la experiencia nacional en relación a la medición de la VBG ejercida en los diferentes ámbitos. El relevamiento permitió evidenciar que casi siete de cada diez mujeres reportaron haber vivido VBG en algún momento de su vida, lo que representaba aproximadamente 700.000 mujeres. Más de 1 de cada 4 mujeres de 15 y más años, manifestó haber vivido al menos un episodio de VBG en alguna de sus expresiones en los últimos 12 meses previos a la Encuesta. Según ascendencia étnico racial, el 78,5% de las mujeres afrodescendientes declararon haber vivido al menos un tipo de VBG en comparación al 67,2% de las mujeres no afro. Al considerar la prevalencia de la violencia según tramos etarios, se visualizó un ascenso de la violencia con la edad hasta los 30 años y luego una caída paulatina. El pico más alto se encuentra en el tramo de 19 a 29 años donde casi 8 de cada 10 mujeres (78,2%) vivieron algún tipo de VBG.

En la publicación “Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de exparejas”, (29) los resultados evidenciaron que los principales victimarios pertenecen al círculo más íntimo de la mujer víctima de homicidio: pareja o expareja (54%) y un familiar (20%). Además, los homicidios de mujeres a manos de parejas o exparejas ocurren mayoritariamente a quienes viven bajo el mismo techo (83%), en la mayoría de los casos con un arma de fuego. La edad de las víctimas ronda los 31 a 40 años, mientras que la edad de los victimarios es de 43 años, sin antecedentes ni denuncias por violencia doméstica.

En el 2019 se lleva a cabo la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones, (7) promovida por las mismas instituciones que en la Primera encuesta. La misma contribuyó a obtener información acerca de varias dimensiones de análisis como ser: los ámbitos en los que se produjo la VBG, los diferentes tipos, así como las consecuencias para la salud y las medidas que tomaron las mujeres para solicitar ayuda, se destaca que se valorizaron tanto en la población de mujeres en general como en las mujeres con discapacidad. Se resaltan los siguientes datos globales: con respecto a los relacionados con el impacto emocional: “... el 55,7% de las encuestadas reporta depresión, angustia, tristeza o miedo, seguido de dificultades o alteraciones del sueño (39,5%)”. En cuanto al impacto físico: “... el 27% requirió atención médica por las lesiones infligidas. Como consecuencia de las agresiones, el 23,5% de las encuestadas estuvieron hospitalizadas.”

De acuerdo con los datos de la Intendencia de Montevideo del programa Comuna Mujer, (30) el cual cuenta con asesoramiento jurídico y psicosocial para mujeres en situación de VBG, en 12 zonas de Montevideo, en 2019, se brindaron 7088 consultas a mujeres y atendió 83 varones en el servicio de varones que deciden dejar de ejercer violencia.

En el año 2020 impactó en el mundo la pandemia de Coronavirus COVID-19, según los datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (31) en su Tercer Informe especial sobre la evolución y los efectos en América latina y el Caribe, esta situación sanitaria genera un aumento de la brecha de desigualdad en el marco de afectación de la pandemia sobre todo a los grupos más vulnerables.

En ese marco, la OEA y la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM), (32) destacan los impactos específicos sobre las mujeres y sobre la profundización de las desigualdades de género, tanto al interior de los hogares como fuera de ellos.[]

La confirmación de los primeros casos de COVID-19 el 13 de marzo de 2020



determinaron la declaración del estado de emergencia sanitaria (Decreto N°93/020). (33) Se desplegaron respuestas a varios niveles y fue reforzada la atención hospitalaria y domiciliaria, el PNA resultó vital ya que la mayoría de los usuarios transitaron la enfermedad en sus hogares. En este escenario de pandemia las causas estructurales que presiden la VBG se profundizaron y se incrementaron, afectando principalmente a ciertos grupos sociales que pueden verse en una situación de mayor riesgo a ser vulnerados.

Ese año se realizó la encuesta “Violencia en casa, dinámicas en el interior de los hogares, contexto 2019”, (34) llevado a cabo por la ONG Intersocial Feminista (IF). Se destaca que se realizó a través de una encuesta on line de carácter voluntario, autoadministrada y respondieron 1975 personas. En cuyos resultados llama la atención que dos de cada diez mujeres fueron víctimas de violencia o conocen a alguien que está en esta situación desde que comenzó. La violencia psicológica ocupa el primer lugar en los tipos de violencia sufridos por las mujeres: 68% indicaron estar padeciendo sus efectos, seguida de la violencia patrimonial y económica. Se subraya que, en la mayoría de estos casos, la violencia es perpetrada por personas vinculadas al entorno cercano de la víctima, sobre todo, parejas o ex parejas.

En el 2021 el Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad, brinda los siguientes datos:

“...en los primeros 10 meses de 2021 se registraron 31.661 denuncias por VBG y asociados en nuestro país, lo que representa 104 denuncias diarias, una denuncia cada 14 minutos. Un 60,7% de las denuncias son a parejas o con quien han mantenido un vínculo afectivo - sexual”. (8)

Es de considerar que no se puede estimar la magnitud de la VBG en Uruguay, si se parte del supuesto que no todas las mujeres que enfrentan situaciones de violencia la denuncian o, acuden a los servicios especializados o llaman a las líneas de asesoramiento.

## **7. MARCO CONCEPTUAL**

Las investigaciones sobre género tienen su origen en los movimientos sociales feministas surgidos en los años 70. Han desarrollado desde varios ámbitos el cuestionamiento del carácter determinante del sexo biológico y las características diferenciales atribuidas a hombres y mujeres. Permitiendo constatar que es el aprendizaje sociocultural del ser hombre y el ser mujer, lo que explica la diferencia y contribuye a desarrollar un enfoque que ubica las transformaciones en el plano sociocultural. Estos estudios habilitaron a visualizar, detectar y nombrar acciones vinculadas a la VBG.

Segato (35) plantea que el género<sup>k</sup>... es la forma o configuración histórica elemental de todo poder en la especie y, por lo tanto, de toda violencia, ya que todo poder es resultado de una expropiación inevitablemente violenta”. Presenta como gran eje de sus textos, la denuncia contra la trivialización en el tratamiento que<sup>l</sup> desde la justicia y la opinión pública se hace con respecto a<sup>m</sup> los femicidios , cuando se omite premeditadamente sobre la clase social y la raza de las víctimas y se invisibiliza el crecimiento sostenido en el número de víctimas.

La OPS /OMS (36) define la violencia 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,

De acuerdo con la bibliografía consultada, la VBG es un fenómeno multicausal y complejo, cuya etiología no se puede abordar por un único factor explicativo; por lo cual no existe un modelo único y cada teoría está fuertemente influenciada por la disciplina que la precede. Sin embargo, hay confluencia a grandes rasgos de que la VBG se establece en los sistemas sociales, cuyas causas no responden a rasgos patológicos o a la singularidad del agresor, sino a los mecanismos sociales que a través de las diferencias de género subordinan a la mujer, teniendo un origen estructurante. Siendo constituida y materializada por el ejercicio de poder en contextos sociales desiguales, atentando contra la integridad de las mujeres y favoreciendo el control y dominio de los varones.

De acuerdo a la Ley N°19580 (37):

“La violencia basada en género es una forma de discriminación que afecta, directa o indirectamente, la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres.” Abarcando “...toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres”.

Una de las formas de VBG más comunes es la violencia de pareja ejercida por un compañero íntimo actual o anterior a la víctima. La OPS/OMS (38) define la violencia de compañero íntimo (VCI) contra las mujeres como “... todo comportamiento de un compañero íntimo que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos actos de agresión física, coerción sexual, maltrato psicológico y control”. Las formas de la VCI están implicadas con las ideas culturales y normas sociales, donde se establecen libertades y limitaciones en las mujeres y hombres, pues cada uno tiene un rol ya definido por la sociedad. Como todo proceso dinámico y cambiante es difícil de reconocer o comprender porque además hay una tolerancia social que los invisibiliza, legitima o justifica y hasta lo naturaliza.

La teoría sobre la dinámica cíclica de la VBG propuesta por Walker (39) [investiga sobre] los motivos que imposibilitan que las mujeres víctimas creen alternativas efectivas para salir de esa situación. Esta autora se basó en la “teoría del aprendizaje social”, de Martin Seligman, y en su concepto de la “indefensión aprendida”, según el cual, la víctima aprende a creer que no puede cambiar la situación de maltrato ni su situación de pareja, acostumbrándose a vivirla cotidianamente. Identificó una serie de fases que se repetían cíclicamente en una relación en la que existe violencia, por lo que llamó a esta situación el “Ciclo de la violencia”. En ella se explicita que la vivencia continuada de violencia (en cualquiera de sus formas) genera un estado de indefensión aprendida que hace que la víctima crea que está indefensa, que no puede evitar las agresiones ni salir de la situación que vive.

Los efectos de la violencia y sus consecuencias en la salud, han estudiado sido estudiados por Coker et al. (40), quienes refieren, que tanto el área física como la mental se ven especialmente afectadas (incapacidad laboral, dolores de cabeza, dolores crónicos, etc.) Según estos autores los efectos parecen ser diferentes en hombres y en mujeres y señalan que las mujeres que han padecido VBG tienen más riesgo de padecer problemas psicológicos, sociales y emocionales como depresión, ansiedad, ideación suicida, trastornos por estrés postraumático, problemas relacionados con los ciclos menstruales, trastornos alimenticios, trastornos de personalidad y psicosis afectivas. Al mismo tiempo que sus efectos ponen en peligro el desarrollo social de otros integrantes de la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general.

Las experiencias de una amenaza, de un solo incidente o de un patrón continuo de VBG pueden socavar la seguridad de una víctima. La realización de un plan de seguridad empodera a la víctima al abordar sus necesidades inmediatas y a esbozar estrategias para reducir futuros daños físicos, emocionales, sociales, materiales o de otra índole. (41-42)

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (43) desarrolló una herramienta técnica: “Planes de seguridad para mujeres víctimas sobrevivientes de violencia sexual y basada en género ” en la cual definen la planificación de la seguridad como “... un proceso continuo que involucra la revisión sistemática de los riesgos, circunstancias y estrategias priorizadas... toma en consideración diversos factores, tales como el tipo de violencia, los contextos en los que ocurre, los potenciales daños, el perfil del (los) agresor (es).” Además, brinda herramientas para “... identificar formas de mejorar la seguridad en diversos contextos - el hogar, el trabajo y la escuela - y situaciones - actividades sociales, el ciberespacio, la comunidad o una emergencia”.

Si bien el recorrido de las víctimas hacia la seguridad no es lineal, los profesionales de la salud deben responder en diferentes momentos (de acuerdo a su preparación para actuar) en

relación con el punto en el que se encuentra la mujer. Además del apoyo de primera línea, hay otras intervenciones de atención sanitaria como ser la promoción, la planificación de seguridad, entrevistas motivacionales, referenciación, seguimiento y otras intervenciones de salud mental. Se valora que se debe contar como mínimo, con un espacio privado y confidencial para la consulta y un lugar seguro para llevar los registros. (44-45)

Comprender el contexto de las violencias que enfrenta cada víctima es requisito básico para ofrecer un apoyo técnico pertinente. Sin embargo, se pueden presentar barreras u obstáculos al momento de la intervención que generan la infradetección, las mismas pueden ser desde el punto de vista de: la víctima, lo técnico y la organización. Incluso algunos de los profesionales sanitarios, pueden compartir las normas socioculturales hegemónicas, así como la aceptación de la violencia y/o actitudes que refuerzan la violencia contra las mujeres. (46)

Actualmente, en el ámbito de la salud se hace cada vez más habitual prestar asistencia a personas migrantes lo que constituye un desafío desde una perspectiva lingüística y cultural. Este contexto genera en la atención sanitaria, dificultades en la comunicación e información, dado no sólo la barrera idiomática, sino porque el proceso comunicacional requiere de múltiples modos y/o recursos semióticos (verbal, no verbal, gráfico, matemático) que contribuyen a la articulación del significado. En lo concerniente a los flujos migratorios, se han realizado estudios e informes que han puesto en perspectiva los riesgos a los que están expuestas las mujeres migrantes durante todo el proceso migratorio. Entre esos estudios, se cuenta el elaborado por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), (47) que señala que la mayoría de las mujeres que se encuentran en riesgo, lo están debido, en gran medida, a su condición migratoria irregular (no tener documentación) pero lo que más vulnerabilidad genera a estas mujeres es que provienen de familias separadas, lo cual hace que pierdan los vínculos y, por tanto, se debiliten sus redes de apoyo social. Toda la situación constituye un factor de riesgo para la VBG.

Para Campinha-Bacote (48):

“La competencia cultural está definida como el proceso en el cual los profesionales sanitarios se esfuerzan continuamente por conseguir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales”.

Algunas investigaciones, enumeran las siguientes variables identificadas como dificultades de los equipos asistenciales para el abordaje a víctimas de VBG: dificultad para el trabajo en equipo, diferencias culturales, falta de: formación, perspectiva de género, apoyo institucional, seguimiento clínico, recursos, un espacio de intimidad y tiempo. Las variables encontradas como facilitadoras desde la perspectiva técnica fueron: motivación personal, relación terapéutica, trabajo en equipo y buena autopercepción. (49-50)

Es en este sentido que la OPS/ OMS (51) refiere que los sistemas de Salud se sostienen sobre la base de considerar la salud como un elemento central de toda sociedad. Enfocando la salud pública como un proceso global que abarca entre otras acciones la promoción de los factores de protección en los planos individual, relacional y comunitario. El acompañamiento del personal sanitario en la identificación de riesgos se consigue a través de competencias como: la empatía, la escucha, habilidades de comunicación, la capacitación continua y generación de entornos protectores (entre otros). Refieren que “... los proveedores de servicios de salud que entran en contacto con mujeres que han sufrido actos de violencia deben estar capacitados para identificar los signos propios de estas situaciones y responder de manera adecuada y segura”.

El implementar estas recomendaciones permiten la acción oportuna, articulada, segura, equitativa y eficaz del personal prestador de servicios (capacidad de respuesta), ante una revelación de VBG, no solo tiene como resultado la restitución de los derechos de las

personas sobrevivientes, sino que permite combatir la normalización y su invisibilidad de la VBG.

El informe de la OMS “Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Sistemas de salud: mejora del desempeño”, (52) desarrolla el concepto de Capacidad de Respuesta de los Sistemas de Salud, ajustando su expresión a la “...capacidad del sistema de salud para satisfacer las expectativas legítimas de la población con respecto a su interacción con el sistema de salud, además de las expectativas de mejoras en salud o riqueza”. Se mide a través de ocho dominios que están en acuerdo con el marco de los derechos humanos, y que se clasifican en dos categorías principales: los dominios que se relacionan con el respeto a la persona (que incluyen la dignidad, la confidencialidad, la comunicación y la autonomía de las personas). Los dominios orientados a la estructura (que incluye capacitación, servicio eficiente, calidad básica de las instalaciones, acceso a redes de apoyo social, y elección del proveedor de atención). Implica, la selección y recomendación de las alternativas posibles, de los cursos de acción óptimos (diagnósticos y terapéuticos) ante los problemas de salud, pero también y obviamente, la respuesta negativa ante algunas situaciones, así como tener en cuenta que responder a los problemas no es necesariamente resolverlos. Haciendo énfasis en el trabajo interdisciplinario como eje de la APS.

De acuerdo a Paravic y Lagos (53):

“El trabajo en equipo se ha transformado en una de las figuras más valiosas para lograr el éxito en cualquier proyecto que se quiera emprender. Es una forma de trabajo donde todos son responsables de las metas u objetivos de la organización, porque los esfuerzos de cada uno de los integrantes se potencian, aumentando la eficacia de sus resultados. Cada persona contribuye con sus opiniones y habilidades, armonizándolas para alcanzar los objetivos”.

Las autoras dicen que mejorar el trabajo en equipo y optimizar el cómo las personas trabajan juntas, podría llevar a resultados más eficientes y eficaces. Esto implica comprender cómo cada miembro del equipo se comunica y relaciona, a la vez que comprender cómo la

organización se adapta para lograr codiseñar y coproducir legítimas relaciones, basadas en un intercambio mutuo para el logro de una mejor calidad de la atención en salud.

En el 2020 y de acuerdo al Manual para gerentes de salud de la OPS/OMS “Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual” (54), para mejorar la prestación de servicios en ésta área se deben: establecer protocolos o procedimientos normalizados de trabajo (PNT), determinar los modelos de atención apropiados, evaluar si los servicios de salud están preparados para prestar la atención, establecer la coordinación y las derivaciones dentro del sistema de salud, poner en práctica los protocolos. A su vez dispone de un itinerario para poner en práctica los protocolos o PNT:

- “ • establecer las unidades o departamentos dentro de los establecimientos de salud que integrarán la atención a las sobrevivientes de la violencia y, por ende, seguirán los protocolos o PNT;
- encargarse de que los protocolos o PNT estén disponibles en formatos sencillos para los usuarios y sean fácilmente accesibles en los establecimientos de salud;
- elaborar guías de trabajo para capacitar y apoyar a los prestadores de atención de salud en su aplicación de los protocolos o PNT;
- requerir la capacitación de los prestadores de atención de salud en el uso de los protocolos o PNT;
- llevar a cabo revisiones periódicas de casos para hacer mejoras a los protocolos o PNT;
- apoyar a los prestadores de atención de salud para que sigan los protocolos o PNT mediante la aplicación de políticas y la asignación de recursos;
- vigilar la observancia de los protocolos o PNT y las experiencias de las mujeres con respecto a la calidad de la atención ”.

En Uruguay la atención en salud de calidad según la definición del SNIS , se encuadra, cuándo ésta es accesible y equitativa, satisface al usuario y logra su adhesión. Para que esto ocurra, se plantea que se debe generar interacción con el entorno , siendo uno de los elementos que se considera clave , la capacidad de respuesta de la red de prestadores hacia las inquietudes , necesidades y/o problemas planteados tanto por el individuo , familia y/o comunidad . Esta consideración se basa en que permite contribuir a la apertura de nuevas



estrategias para la mejora de la gestión de la organización en beneficio de los usuarios y avanzar en la ampliación de los campos del conocimiento para aportar insumos académicos aplicados en el contexto local y territorial. (25)

En el entendido que la capacidad para responder de un sistema al entorno es una habilidad dimensionable y educable y presenta un conjunto de acciones que se denominan preparativos y se describen en sus tres componentes principales: plan, capacitación y recursos. (55)

Para Senge, (56) refiere que para que esté presente la calidad en sus prestaciones las instituciones de salud deben desarrollarse como organizaciones en aprendizaje permanente y vincula la capacitación en salud a la calidad. Condición que implica destacar la importancia que adquieren las comunicaciones formales e informales en las cuales circulan flujos de información y comunicación. Este autor refiere que, para conseguir una adecuada percepción de riesgo en la población, se requiere el desarrollo de estrategias de comunicación oportunas, eficientes y eficaces, lideradas por personal de salud con una preparación que le permita utilizar adecuadamente los medios de comunicación a su alcance o integrarse adecuadamente en equipos, formados por profesionales de diferentes especialidades, particularmente concebidos para asumir estas tareas.

En la comunicación intervienen otros procesos tales como las creencias, actitudes, motivaciones, historia personal (experiencias), género así como la cantidad y calidad de la información de que dispone, tanto del receptor como del emisor y son susceptibles a ser modificados a través de apropiadas acciones en la comunicación. Los procesos de promoción de la salud, así como los programas de comunicación en salud deben estar basados en la comprensión de las necesidades, intereses y problemas de la población seleccionada. Se sustentan sobre conocimientos teóricos, investigación, modelos de acción y ejemplos de la aplicación práctica de los conocimientos sobre comunicaciones, esto constituye el engranaje

que garantiza su implementación exitosa. El desarrollo de esta área de especialización es un reto para la academia y para las organizaciones de salud. La capacitación continua (cursos, seminarios, talleres o cualquier otra modalidad) en las organizaciones de salud centrada en competencias laborales permite obtener mejores resultados en cuanto a capacidad de transferencia y aplicación de los conocimientos a la praxis laboral de cada persona en su desempeño individual y como miembro de un equipo de trabajo. Entendiendo las competencias laborales como la capacidad observable de una persona, que integra conocimientos, habilidades, valores y creencias en el desempeño de las tareas. (57-58)

La OPS/ OMS (59-60) ha desarrollado una serie de recursos para fortalecer la capacidad del personal de salud en la detección de la violencia y el apoyo de primera línea. Estos recursos están alineados con las prioridades de la Estrategia y Plan de Acción sobre el fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia contra la Mujer 2015 -2025. Prioriza un enfoque centrado en las víctimas, ya que las empodera, promueve su dignidad y capacidad de acción. Este enfoque se transversaliza a través de las políticas y estructuras de la organización, así como en los conocimientos, habilidades, actitudes y prácticas del personal sanitario. Se dirige a todas las organizaciones que trabajan en el ámbito de la VBG, tanto si se centran en la prevención como en la respuesta. Se hace hincapié entre otras acciones en desarrollar y aplicar procedimientos operativos estandarizados, políticas de protección y formas de trabajo ,mapear la programación y los recursos, así como desarrollar redes de derivación, impartir una formación adecuada y desarrollar estructuras de capacitación y supervisión continuas para todo el personal de los programas en VBG, sin excepciones.

En otro documento la OPS/OMS, (38) plantea que una respuesta enfocada hacia la VCI debe incluir la búsqueda activa y el reporte de nuevos casos, la capacitación permanente de los profesionales, la coordinación integral con todos los servicios disponibles (incluyendo aquellos externos al sistema de salud) y la orientación a las mujeres expuestas,

salvaguardando su privacidad y la confidencialidad, respetando sus decisiones. El personal sanitario es, en su mayoría, el primer contacto en estos casos.

Estas dimensiones se encuentran inmersas dentro del conjunto de las acciones realizadas, particularmente por el personal de salud, en lo que define la estrategia de APS y constituye la función central del sistema sanitario. Entendiendo las acciones como: coordinación intersectorial, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del usuario en todos los niveles de complejidad. (61)

Clásicamente se han definido tres niveles de atención en salud, el primero de los cuales (PNA) da solución al 80% o más de los problemas de salud prevalentes de la población, con las especialidades básicas, mediante la ejecución de diferentes programas y permite una adecuada accesibilidad a los servicios de salud. Contribuyendo a resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, a través de actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Fortaleciendo la red intersectorial, maximizando la equidad en el acceso a la salud, construyendo un sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención que permita la capacidad operativa de cada uno de los mismos y generen una sinergia integral e integrada. (62)

La OPS/ OMS (63) ha estimulado a los países a reorientar sus sistemas de salud hacia la APS como un medio para mejorar la equidad y el acceso a la salud. Propone la instauración de equipos interprofesionales, la transformación de la educación en salud, y el desarrollo de capacidades en la planificación estratégica y gestión de los recursos humanos, reconociendo la función crucial enfermería en el avance del PNA, haciendo hincapié en los nuevos perfiles del personal de enfermería de práctica avanzada.

Dentro de estos equipos interdisciplinarios se destaca históricamente el rol de la Enfermería Comunitaria (EC), que en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Este colectivo sanitario ha tenido una actuación congruente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores y principios que apuntan hacia el mejoramiento de la salud de las personas.

La denominación de EC comienza a ser utilizada en 1974 por la OMS al convocar el primer seminario llamado “ Community Nursing ”, que fue llevado a cabo para esbozar un enfoque comunitario de los cuidados de enfermería. Marcando la evolución conceptual y de denominación de enfermería de salud pública a enfermería comunitaria, basándose en conocimientos profundos sobre la complejidad de los procesos de salud - enfermedad, tanto de las personas, familias y grupos como de las interacciones que se producen entre ellos.

Según la OPS (64) en “ La Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas”, para avanzar y fortalecer la enfermería en los sistemas y servicios de salud se debería “Fortalecer la calidad de la educación en enfermería para responder a las necesidades de los sistemas de salud orientados al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de salud y bienestar”.

Para Ramos (65) en “Enfermería Comunitaria: métodos y técnicas” la EC es:

“... la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos, así como las habilidades prácticas de la enfermería y la salud pública y los adapta como alternativas (estrategias) de trabajo en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación (comunitaria), mediante cuidados directos e indirectos, a individuos, familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario ”.

Es en este contexto, que la EC interviene en la prevención, detección, recepción y acogida de las víctimas de VBG, siendo una pieza clave en el seguimiento del proceso, tanto en el

asesoramiento y apoyo, como en la garantía de la continuidad de cuidados. Se constituye como persona referente, cercana y accesible a la mujer durante todo el proceso, destacándose en la elaboración y gestión de un plan de cuidados integrado e individualizado.

## **8. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1 Tipo de estudio**

El estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La metodología utilizada fue cuantitativa ya que se abordó el tema a través de una metodología observable y medible en un corte de tiempo.

Según Tamayo y Tamayo, (66) en su libro Proceso de Investigación Científica, asevera que la investigación descriptiva:

“... comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos. El enfoque que se hace sobre conclusiones es dominante, o como una persona, grupo o cosa, conduce a funciones en el presente. La investigación descriptiva trabaja sobre las realidades de los hechos y sus características fundamentales es de presentarnos una interpretación correcta”.

Este estudio se definió como transversal siguiendo la concepción de este autor que define que “... el propósito de una investigación transversal es describir condiciones para analizar su incidencia e interrelación en un momento específico”. Se consideró que, constituye un diseño apropiado, ya que proporciona información acerca de la frecuencia y distribución de diferentes factores en un periodo único, breve y delimitado.

Por lo tanto, en esta investigación se conocen aspectos del fenómeno estudiado en un momento específico de tiempo que permitió aproximarse a la realidad de este.

### **8.2 Área de estudio**

La investigación se llevó a cabo en Uruguay, ciudad de Montevideo, en las Policlínicas del SAS perteneciente a la DS de la IM, las que son de referencia territorial y

brindan asistencia a usuarios afiliados al prestador de salud público ASSE. Dicho servicio se divide en tres regiones: Centro, Oeste y Este.

En la Región Centro se ubican las siguientes Policlínicas: Luisa Tiraparé, Barrio Sur, Buceo y Juan José Crottogini.

En la Región Oeste: Parque Bellán, Aquiles Lanza, La Teja, Casabó, Los Ángeles, La Paloma, Lavalleja, Zully Sánchez, Colón, La Paloma, Móvil Adela Domínguez, Yano Rodríguez (Odontológica).

En la Región Este: Yucatán, Casavalle, Punta de Rieles, Francisco Pucci, Giraldez, INVE 16, Móvil D y Móvil F, José Pedro Varela (Odontológica).

Se tomaron dos Policlínicas por Región, seleccionando aquellas donde sus equipos de salud tienen mayor cantidad de profesionales y técnicos situación que supone que es allí donde se produce mayor cantidad de consultas. Siendo en la Región Centro: Luisa Tiraparé y Buceo, Región Oeste: Casabó y Parque Bellán y Región Este: Yucatán y Giraldez.

### **8.3 Población**

En este estudio la población estuvo comprendida por el personal de salud que desempeña sus tareas en las Policlínicas del SAS, pertenecientes a la IM.

### **8.4 Muestra**

Según Hernández Sampieri, R. et al, (67) la muestra se refiere "...es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población".

En este estudio el tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Se optó por este tipo de muestreo, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

Según este autor este tipo de muestreo “permite crear muestras de acuerdo a la facilidad de acceso, la disponibilidad de las personas de formar parte de la muestra, en un intervalo de tiempo dado o cualquier otra especificación práctica de un elemento particular”.

La muestra se seleccionó teniendo en cuenta ciertos criterios que permitieran lograr los objetivos del estudio y responder a la pregunta problema. Se comprendieron 65 personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

### **8.5 Criterios de inclusión**

En esta investigación los criterios de inclusión se definieron teniendo en cuenta las características indispensables que deberían de tener los participantes y así considerar su participación en el estudio. Al estar definidos previamente, estos aumentan la probabilidad que el estudio genere resultados fiables.

Se usaron como criterios de inclusión:

1. el personal de salud (técnicos y profesionales) que se desempeñe en las Policlínicas del SAS que reciben en su consulta a mujeres,
2. que trabajen en las policlínicas seleccionadas y
3. que aceptan participar en el estudio.

### **8.6 Criterios de exclusión**

Se excluyó al personal de la salud que se desempeñaran en las Policlínicas del SAS - IM que cumpliendo los criterios de inclusión se encuentran de licencia reglamentaria o certificación médica y no recibieron el formulario el día que estaba estipulado.

### **8.7 Instrumento de recolección de datos**

Para el desarrollo de esta investigación se consideró tomar como base un instrumento ya diseñado, aprobado y de alta credibilidad en el campo de los estudios sobre la violencia contra la mujer. Se trata de PREMIS (1) en su versión en español, considerado uno de los más completos en el contexto internacional, específicamente en cuanto a los estudios que miden la

valoración de la capacidad de respuesta frente a la VCI por los profesionales de APS. La validación de la versión española formó parte del proyecto de investigación “Violencia contra las mujeres en la pareja y respuestas de los profesionales de atención primaria de salud de España”, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad y el Instituto Carlos III (PI13/00874) para el periodo 2014 - 2016. También recibió el apoyo económico de COFAS (COFUND action within the Marie Curie Action People).

La investigadora se inspiró en la versión española del cuestionario PREMIS (1) ya que se plantea como objetivo la medición del nivel de formación, los conocimientos, las opiniones, las percepciones y las prácticas sobre la calidad de las actuaciones llevadas a cabo en la consulta por parte de los profesionales de APS con respecto a los casos de VCI. Es un cuestionario con 60 ítems, distribuidos en 34 preguntas y cuatro secciones.

Para este estudio se realizó una selección de las variables de 4 de las secciones o dimensiones principales del estudio original, que permiten alcanzar el objetivo planteado, ellas son:

- Perfil del participante (cinco variables): características generales de los participantes.
- Conocimientos (siete variables): indaga acerca del nivel de preparación y conocimiento para el manejo de VCI percibida por cada profesional.
- Actitudes (cuatro variables): aporta información acerca de actitudes sobre VCI; disponibilidad para el entendimiento, barreras.
- Prácticas (seis variables): incluye requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, autoeficacia.

Según lo descrito en PREMIS, no se calcula una única variable de respuesta que englobe las puntuaciones obtenidas en cada sección, ni una variable que totalice todas las secciones.



## 8.8 Variables

En este estudio se tomaron un total de 23 variables, siendo 5 las variables complejas y 18 simples.

- Perfil del participante (cinco variables): edad, género, tipo de profesión, años de práctica en PNA, número de usuarios atendidos por semana.
- Conocimientos (siete variables): formación sobre VCI, número de horas estimado en formación, percepción de su preparación ante diferentes situaciones de VCI, percepción de sus conocimientos sobre VCI, conocimiento de existencia de protocolo, conocimiento de políticas institucionales sobre VCI, conocimientos de los recursos sobre VCI.
- Actitudes (cuatro variables): predisposición en diferentes situaciones de VCI, manera de preguntar sobre VCI a usuarios, frecuencia de brindar materiales educativos a usuarias víctimas de VCI, proceder habitual ante situación de VCI.
- Prácticas (cinco variables): realización de screening, realización de acciones frente a un caso de VCI, obligatoriedad de la notificación institucional, percepción de recursos de referencia apropiados, seguimiento de los casos detectados.

Se transitó por el proceso de operacionalización de dichas variables como ser: identificación, dimensiones e indicadores, los que nos permitió traducir la variable teórica en propiedades observables y/o medibles con respecto a sus características.

## 8.9 Prueba Piloto

Se realizó una prueba piloto, la cual consistió en la aplicación del cuestionario en una Policlínica del SAS que no estaba incluida en la investigación, con personas que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y que se encontraban ese día trabajando. Se concurrió al lugar seleccionado, se habló con los profesionales (seis) que se encontraban ese

día. Se realizó la lectura del instructivo, se entendió el objetivo del estudio y no solicitaron que se realizaran explicaciones o ampliaciones de lo presentado. En cuanto la vía de respuesta, prefirieron la vía digital ya que les permitía mayor privacidad y corrección de las opciones. Para completar el cuestionario se necesitaron aproximadamente 15 minutos por participante. En cuanto al Consentimiento informado, éste se firmó y se mantienen en custodia de la investigadora.

La prueba permitió ciertas modificaciones al instrumento adaptado por la investigadora , como por ejemplo ajustar la Escala de Likert de siete a cinco categorías de respuestas y algunas opciones del lenguaje .

### **8.10 Método de recolección de datos**

El instrumento de recolección de datos consistió en un cuestionario autoadministrado en soporte papel o electrónico (a través del formato Google Docs que se podía realizar y devolver a la investigadora vía whatsapp o vía mail), según la preferencia del participante. Conformado por 23 preguntas para ser contestadas: 2 en forma abierta, 5 con escala de Likert con un total de 83 ítems, y 16 cerradas de múltiple o única opción<sup>1</sup>. Se realizó un instructivo para la completitud del cuestionario.<sup>2</sup>

Se realizaron los trámites relacionados con las autorizaciones institucionales para la ejecución en general y específicamente para la aplicación del instrumento acordando día, horario tiempo y lugar.<sup>3</sup>

Se elaboró un consentimiento informado explicativo para el participante ya fuese en el formato papel o electrónico.<sup>4</sup> Si bien la idea era realizar la entrega del cuestionario junto con el instructivo a los participantes en formato papel, según los resultados de la prueba piloto se

---

<sup>1</sup> Ver Apéndice 1.

<sup>2</sup> Ver Apéndice 3.

<sup>3</sup> Ver Apéndice 2.

<sup>4</sup> Ver Apéndice 5.

dio preponderancia a la vía digital. Para ello se solicitó a los coordinadores de las Policlínicas incluidas, la viabilidad de poder enviar el enlace del cuestionario en formato Google Docs junto con un texto explicativo en el chat general de whatsapp del trabajo. Al acceder a esta petición la investigadora se cercioró de la llegada a todos de la encuesta y al enviarla el coordinador ya estaba implícita la autorización institucional requerida. El plazo otorgado inicialmente para su completitud fue de una semana a partir de la entrega.

Se dejaron las dos vías (escrita o digital) y las formas de contactarse con la investigadora: vía mail y/o celular de acuerdo a las necesidades del participante sobre: comprensión de las preguntas, motivos relacionados al envío del formulario, de querer abandonar la investigación u otros motivos que se consideren de importancia de comprensión del cuestionario y/o de la investigación. La devolución de estos formularios on line fue automática y no hubo participantes que prefirieron la opción en papel por lo que no exigió de una instancia para su recolección.

Se recibieron los cuestionarios con los números codificados y se entraron a la base de datos, asegurando el dato según policlínica y región. Siempre manteniendo el anonimato y que los datos obtenidos no identifiquen a las personas participantes, se realizó una planilla como forma de llevar registro y control de los cuestionarios entregados y recibidos. Los datos de las encuestas se registraron en una base de datos en Excel de Microsoft Office, y para el cálculo estadístico se utilizó el programa SPSS v. 21. Se realizó una estadística descriptiva basada en frecuencias y porcentajes. Las respuestas vinculadas a las variables dependientes se agruparon y reagruparon en afirmativas y negativas.

Se examinó la distribución de cada variable en forma individual con el uso de medias y medianas. Con aquellas que interesan más para la investigación o hubo hallazgos significativos, se utilizaron tablas y análisis bivariados. Se presentan tablas y gráficos que permiten visualizar los resultados más relevantes con sus comentarios correspondientes.

Se llevó un cuaderno de campo donde se registraron aspectos del proceso metodológico, enfatizando en la recolección de los datos, así como también situaciones que surgieron de su propia ejecución. Durante las diferentes etapas del proceso investigativo se identificaron aspectos que se registraban para luego volver sobre ellos una vez entradas en las etapas finales como la del análisis y consideraciones específicas.

### **8.11 Consideraciones éticas**

En este estudio se tuvieron en cuenta los principios éticos que rigen las investigaciones.<sup>5</sup> Se puso especial atención en evitar todo tipo de daño a las personas que participen en el mismo, velando por su autonomía, integridad y dignidad. La participación fue voluntaria garantizando su libre aceptación, teniendo en cuenta que no existe beneficio económico alguno de su realización. Se mantuvo durante todo el proceso el compromiso de no excluir a ningún sector de la muestra por razones culturales, sociales, sexuales o étnicas.

Dadas las características éticas de las investigaciones con seres humanos y para garantizar la confidencialidad de los participantes y la información suministrada, se diseñó y fue entregado un formulario de consentimiento disponible en soporte papel y/ o electrónico para que la persona al aceptar su participación voluntaria e informada dejará constancia de la misma. Su aceptación y firma, lo habilitaba a recibir el cuestionario con el instructivo de llenado.

Se dejó un dato de contacto con la investigadora (mail) para el caso en que puedan ser aclaradas las dudas y/o inquietudes y se favorecer que el cuestionario fuera respondido en forma completa.

Previo a la aplicación del Instrumento se presentó el Protocolo al Comité de Ética de la Investigación, Facultad de Enfermería, Udelar.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Ver Anexo 1.

<sup>6</sup> Ver Anexo 2.

Antes de iniciar la investigación se solicitó autorización a las autoridades responsables de los servicios informando el título de la investigación, consentimiento informado, instrumento de recolección de datos y características de este.

En todo momento del proceso investigativo se aseguró el anonimato de los participantes, se utilizará la frase “los participantes” tomándolo como genérico. Los participantes voluntarios y los servicios involucrados no recibieron retribución alguna por su participación.

Si alguien del personal tenía alguna discapacidad que no le permitiera acceder al formulario para que pudiera ser autoadministrado, se excluyó del estudio, tomando los recaudos para la explicación correspondiente dada la imposibilidad de la investigadora de contar con otro tipo de formatos inclusivos.

La propuesta de la investigadora es que una vez finalizada la investigación y su aprobación en la defensa, se realizará la devolución del estudio a los servicios en los cuales se recabaron los datos.

Se inscribió el Protocolo ante el MSP con el número id del trámite 6550382.

## **9. RESULTADOS**

A continuación, se presentan algunos hallazgos de la investigación.

El relevamiento de datos del estudio contó con una participación del 38.4% (25 personas) de la población total (65 personas), correspondiente a los profesionales y técnicos que cumplieron con los criterios de inclusión en las Policlínicas seleccionadas. En cuanto a las características relacionadas al perfil de los participantes se destaca que el 84% de las personas que respondieron el cuestionario eran mujeres, estando el 48% en el rango etario de 41 a 50 años y siendo el tiempo que ha estado trabajando en primer nivel de atención para el 48% de 16 a 20 años de experiencia.

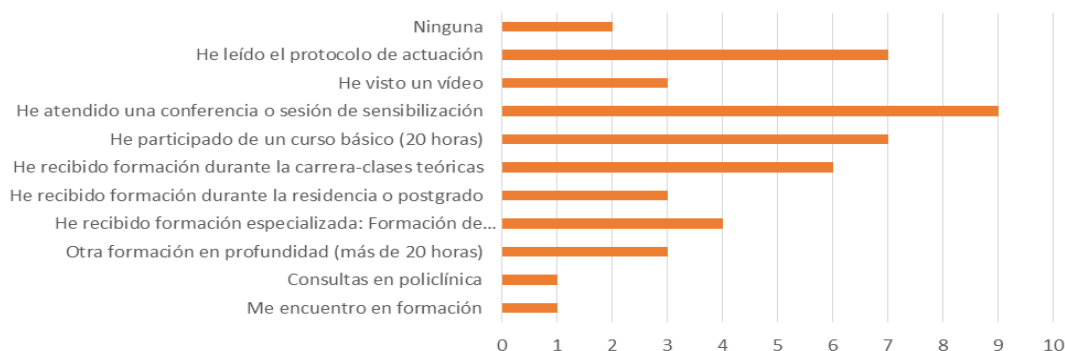
Los colectivos que participaron de manera equitativa fueron : el personal de enfermería (32%) correspondiendo un 24% (6 personas) a los Lics. de Enfermería y un 8% (2 personas) a los Aux. de Enfermería y el 32% (8 personas) conformado por el colectivo médico distribuidos un 8% (2 personas) de Medicina general, 8% (2 personas) de Medicina familiar, 8% (2 personas) Medicina pediátrica, 8% (2 personas) Medicina ginecológica. Seguido de un 12% (3 personas) correspondiente a los Odontólogos e igual porcentaje para Lics. Obstetras Parteras, finalmente los Lics. Psicólogos participaron en un 8% (2 personas).

En cuanto a la cantidad de usuarios atendidos por semana las respuestas del 36% corresponde al rango entre 20 a 39, 40% de 40 a 59 y 20% menos de 20. Se destaca que la media de usuarios atendidos por semana del 56% de los participantes corresponde a 49 personas.

Con respecto al conocimiento que tenían los profesionales y técnicos, una de las variables planteadas fue la formación sobre temas sobre VCI.

**Gráfico 1:** Distribución de la población participante según cuánta formación en temas de VCI ha tenido.

¿Cuánta formación en temas VCI ha tenido usted?

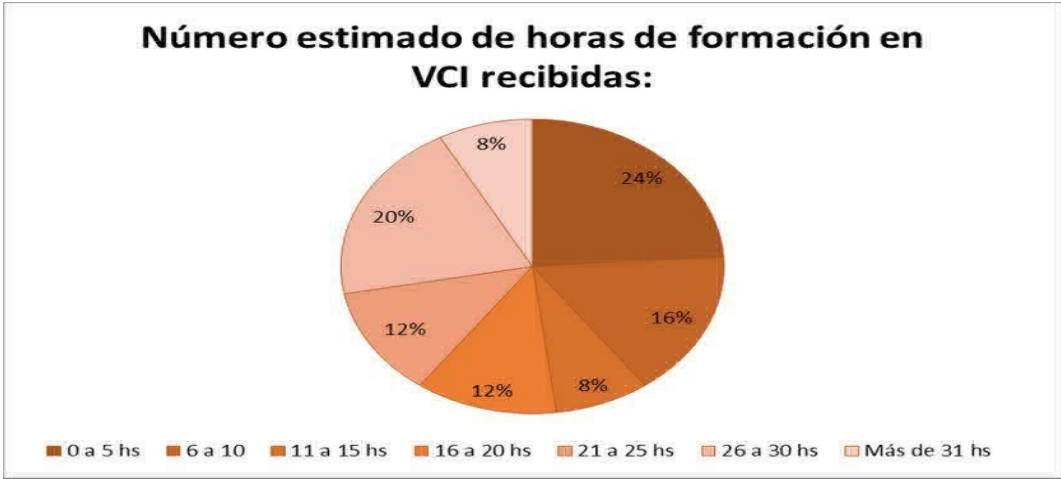


**Fuente de datos:** elaboración propia.

En el gráfico 1 se observa que, el 36% manifiesta haber recibido una conferencia o sensibilización, el 24% haber recibido formación en su educación académica el 16% ha recibido formación especializada, un 12% refiere haber realizado cursos de más de 20 horas,

el 8% de los participantes responden no haber realizado ninguna formación vinculada al tema de VCI.

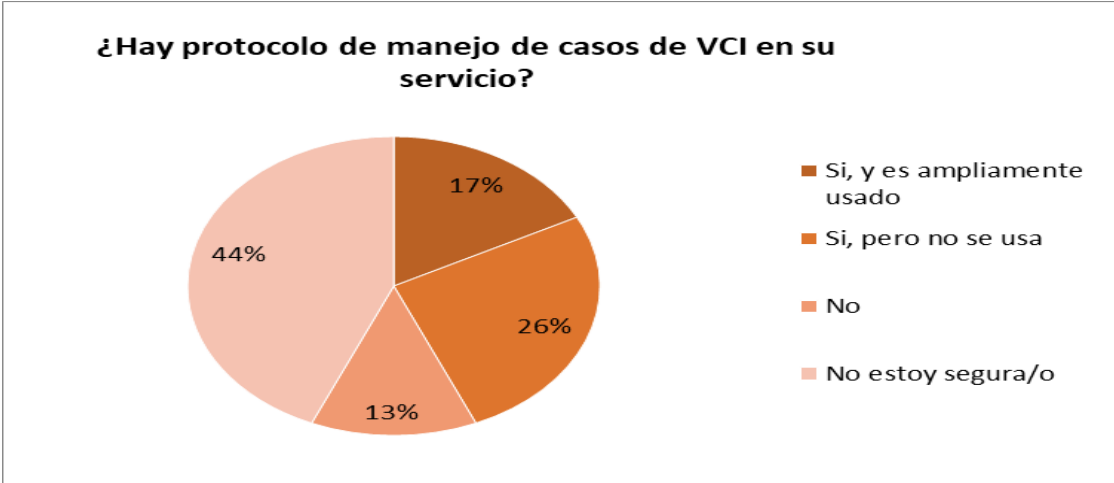
**Gráfico 2:** Distribución de la población participante según número estimado de horas de formación en VCI recibidas.



Fuente de datos: elaboración propia.

La estimación del participante con respecto a sus horas de formación muestra que el 40% lo sitúa en el rango de 0 a 10 horas , un 32% de 21 a 30 horas y el 20% de 11 a 20 horas. Solo un 8% refiere un curso de más de 31 horas.

**Gráfico 3:** Distribución de la población participante según conocimiento de protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio.



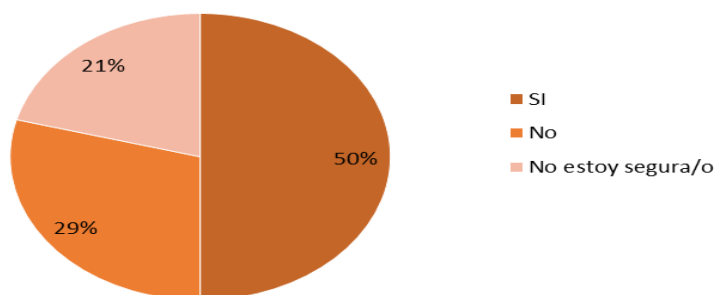
Fuente de datos: elaboración propia.

El 44% de los participantes no está seguro de que en su servicio haya un protocolo de manejo de casos de VCI, mientras que un 13% contesta que no hay, por lo que se infiere que el 57% de la población encuestada no asegura o desconoce la existencia de un protocolo en su

servicio. Con respecto al uso del protocolo el 26% refiere que hay protocolo, pero no se usa y un 17% que dice que hay protocolo y es ampliamente usado, se infiere que el 43% de la población encuestada si tiene conocimiento que hay un protocolo en su servicio.

**Gráfico 4:** Distribución de la población participante en cuanto a estar familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución.

**¿Está familiarizado/a con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución?**



**Fuente de datos:** elaboración propia.

Considerando la pregunta de si el participante se encuentra familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución el 48% responde que sí y el 50% responde “no estoy seguro” o “no”.

A continuación, en la tabla 1, se presentan las medidas estadísticas descriptivas que corresponden a la pregunta: “cómo de preparado se siente para realizar variadas opciones de acciones con respecto a la práctica”.

**Tabla 1:** Distribución de la población participante en cuanto a cómo se siente para responder apropiadamente cuando una usuaria revela abusos.

¿Cómo de preparado/a se siente para responder apropiadamente cuando una usuaria revela abusos?		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algo preparado/a	10	40,0	40,0	40,0
	Bien preparado/a	5	20,0	20,0	60,0
	Moderadamente preparado/a	5	20,0	20,0	80,0
	Muy bien preparado/a	2	8,0	8,0	88,0
	Nada Preparado/a	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.



El 88% de la población encuestada se auto percibe dentro del rango de preparados (algo preparados 40%, bien preparados 20%, moderadamente preparados 20%, muy bien preparados 8%) para responder apropiadamente cuando una usuaria revela abusos.

En cuanto a la referenciación de los casos de VCI en la tabla N.º 2 se presentan los resultados.

**Tabla 2:** Distribución de la población participante en cuanto a cómo se siente de preparado para realizar referencias apropiadas sobre VCI.

¿ Cómo de preparado/a se siente para realizar referencias apropiadas en caso de VCI?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algo preparado/a	11	44,0	44,0	44,0
	Bien preparado/a	3	12,0	12,0	56,0
	Moderadamente preparado/a	7	28,0	28,0	84,0
	Muy bien preparado/a	3	12,0	12,0	96,0
	Nada Preparado/a	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 98% de los encuestados se auto perciben dentro del rango de preparados (algo preparados 44%, bien preparados 12%, moderadamente preparados 20%, muy bien preparados 12%) para realizar referencias apropiadas en caso de VCI.

Retomando los datos vinculados a los aspectos legales, en la tabla 3 se encuentran aquellos que muestran cómo se sienten de preparados los técnicos para completar los documentos legales para casos de VCI.

**Tabla 3:** Distribución de la población participante en cuanto a cómo se siente de preparado para complementar los documentos legales que se requieren para casos de VCI.

¿ Cómo de preparado/a se siente para complementar los documentos legales que se requieren para casos de VCI?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Algo preparado/a	6	24,0	24,0	24,0
	Bien preparado/a	2	8,0	8,0	32,0
	Moderadamente preparado/a	4	16,0	16,0	48,0
	Nada Preparado/a	13	52,0	52,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 48% de los encuestados se autoperciben dentro del rango de preparados (algo preparados 24%, bien preparados 8%, moderadamente preparados 16%, muy bien preparados 0%) para completar los documentos legales que se requieren para casos de VCI.

**Tabla 4:** Distribución de la población participante en referencia a cuánto siente que sabe sobre porqué una víctima puede no revelar la VCI.

¿Cuánto siente que sabe sobre por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bastante	3	12,0	12,0	12,0
	Una cantidad justa	2	8,0	8,0	20,0
	Moderadamente	16	48,0	48,0	68,0
	Mucho	2	12,0	12,0	72,0
	Muy poco	6	24,0	24,0	96,0
	Nada	1	4,0	4,0	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

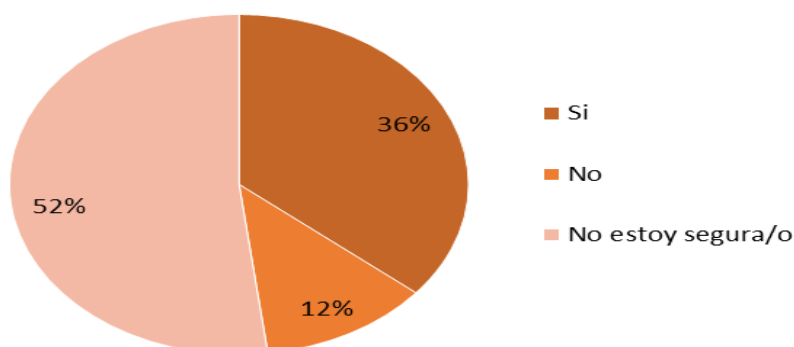
**Fuente de datos:** elaboración propia.

En consideración a la pregunta de cuánto siente que sabe sobre porqué una víctima de VCI decide no revelar su situación, los ítems que señalaron el 72% de los participantes se encuentran dentro del rango de “bastante” a “mucho” (bastante 12%, una cantidad justa 8%, moderadamente 40%, mucho 12%) ubicándose el 28% las respuestas entre “muy poco” (24%) y “nada” (4%) como opciones.

A continuación, se presentan algunos de los datos recabados en las respuestas con respecto a las prácticas sobre atención a mujeres con VCI.

**Gráfico 5:** Distribución del conocimiento de los participantes sobre si trabajan en una institución donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos.

**¿Trabaja en una institución donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos?**



**Fuente de datos:** elaboración propia.

En referencia a la pregunta relacionada al conocimiento de los participantes si trabajan en una institución donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos el 52% no está seguro y el 12% refiere que no, por lo que el 64% de los encuestados desconoce la obligatoriedad de la notificación de VCI en su Institución de pertenencia.

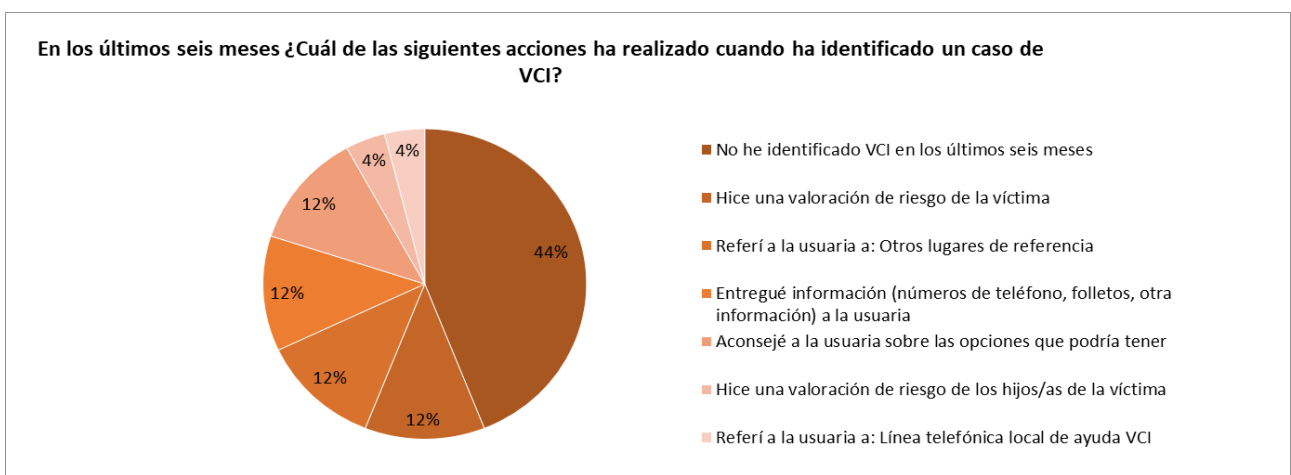
**Tabla 5:** Distribución de la población participante con relación a cuánto siente que sabe sobre desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI.

¿Cuánto siente que sabe sobre desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bastante	1	4,0	4,0	4,0
	Una cantidad justa	4	16,0	16,0	20,0
	Moderadamente	9	32,0	32,0	52,0
	Mucho	2	8,0	8,0	60,0
	Muy poco	7	28,0	28,0	88,0
	Nada	3	12,0	12,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 60% de la población encuestada señala sobre los ítems que describen lo que siente que sabe sobre desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI se encuentran dentro del rango de “bastante” a “mucho” (bastante 4%, una cantidad justa 16%, moderadamente 32%, mucho 12%) y el 40% señala las opciones muy poco (28%) o nada (12%).

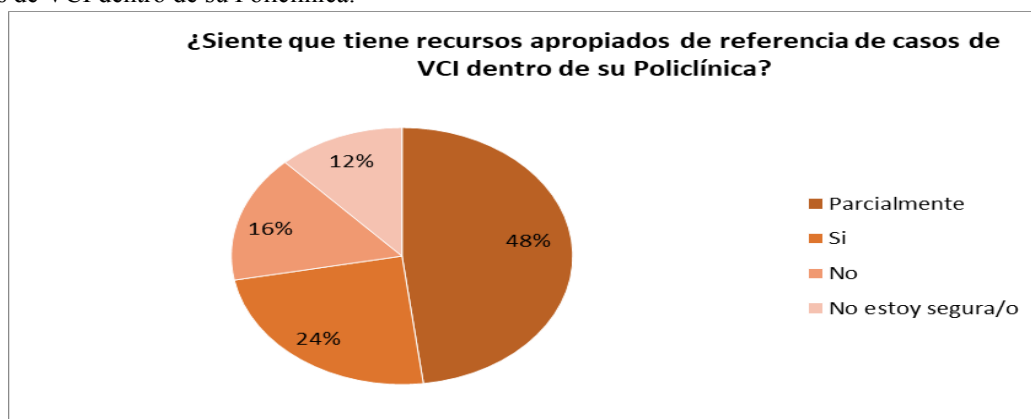
**Gráfico 6:** Distribución de los participantes en cuanto a las acciones realizadas en los últimos seis meses cuando se ha identificado un caso de VCI.



**Fuente de datos:** elaboración propia.

En consideración a esta respuesta es importante destacar que el 44% no ha detectado situaciones en los últimos seis meses mientras que el 12% refiere “haber realizado una valoración de riesgo”, el 12% dice “haber referido a la usuaria a otros lugares”, otro 12% “entregué información”, otro 12% “aconsejé a la usuaria sobre las opciones que podría tener” mientras que el 4% dice hacer una valoración de riesgo de los hijos de la víctima y el otro 4% refiere a la usuaria a la línea telefónica local de ayuda VCI.[]

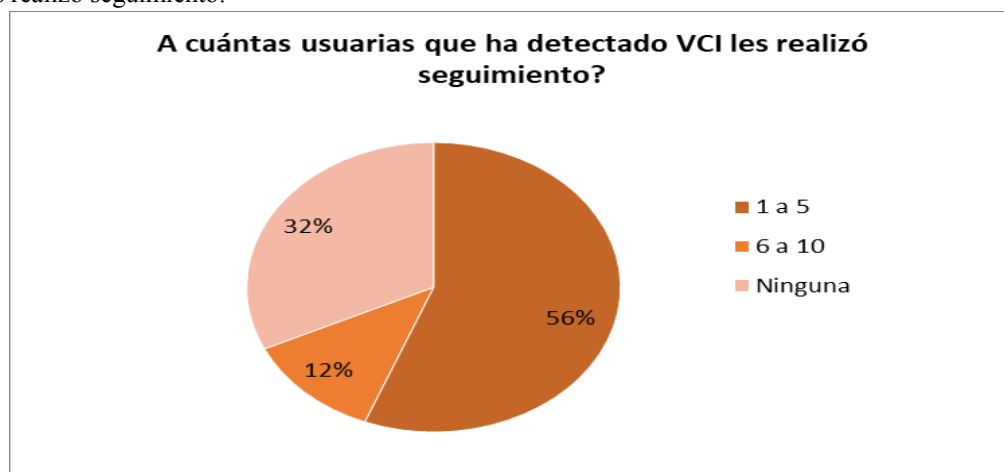
**Gráfico 7:** Distribución de los participantes si siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de su Policlínica.



Fuente de datos: elaboración propia.

El 48% de los participantes refieren percibir que los recursos de referencia en los casos de VCI son parcialmente apropiados y el 24% refieren que son apropiados. Sin embargo, el 16% refiere que no son apropiados y el 12% no está seguro de que lo sean, constituyendo un 36% de la población encuestada.

**Gráfico 8:** Distribución de la población participante con respecto a cuántas usuarias que ha detectado VCI les realizó seguimiento.



Fuente de datos: elaboración propia.

El 56% de los participantes refieren haber realizado seguimiento entre 1 a 5 usuarias a las que le han detectado VCI en su consulta y el 12% entre 6 a 10 usuarias lo que haría un total de 68% técnicos que realizan seguimiento a las usuarias que les detectaron VCI. Sin embargo, el 32% refiere que no ha realizado seguimiento a ninguna usuaria a la que le haya detectado VCI.

**Gráfico 9:** Distribución de los participantes en cuanto a indagar y/o hacer screening sobre VCI.



**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 24% de los participantes refieren que “si a todas las nuevas usuarias”, el 16% pregunta a las usuarias periódicamente, sin embargo, el 16% refiere no preguntar, el 12% refiere preguntar a todos los nuevos usuarios (hombre - mujer ), otro 12% contestó la opción “otras”, el 8% indaga a mujeres que concurren con los usuarios pediátricos, el resto de las respuestas se distribuyen equitativamente en 4% pregunta a todas las usuarias con indicadores de abuso en la historia clínica o examen físico, 4% pregunta a todas las embarazadas en momentos específicos del embarazo y el 4% pregunta solo a mujer soltera. En suma: no se visualiza un criterio único para la indagación sobre VCI.

**Tabla 6:** Distribución de los participantes en cuanto a sentirse cómodo hablando de VCI con sus usuarios.

Me siento cómodo hablando de VCI con mis pacientes					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Parcialmente de acuerdo	3	12,0	12,0	12,0
	De acuerdo	11	44,0	44,0	56,0

	Parcialmente en desacuerdo	4	16,0	16,0	72,0
	Totalmente de acuerdo	5	20,0	20,0	92,0
	Totalmente en desacuerdo	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

Con respecto a la pregunta si se siente cómodo hablando de VCI con sus pacientes el 44% respondió estar de acuerdo con sentirse cómodo y un 20% totalmente de acuerdo, siendo que el 16% parcialmente en desacuerdo y el 8% en total desacuerdo.

En suma, en esta tabla el 64% de los profesionales responden sentirse cómodos hablando del tema de VCI.

**Tabla 7:** Distribución de los participantes en cuanto a su autopercepción sobre sus habilidades para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea de una cultura/ etnia diferente.

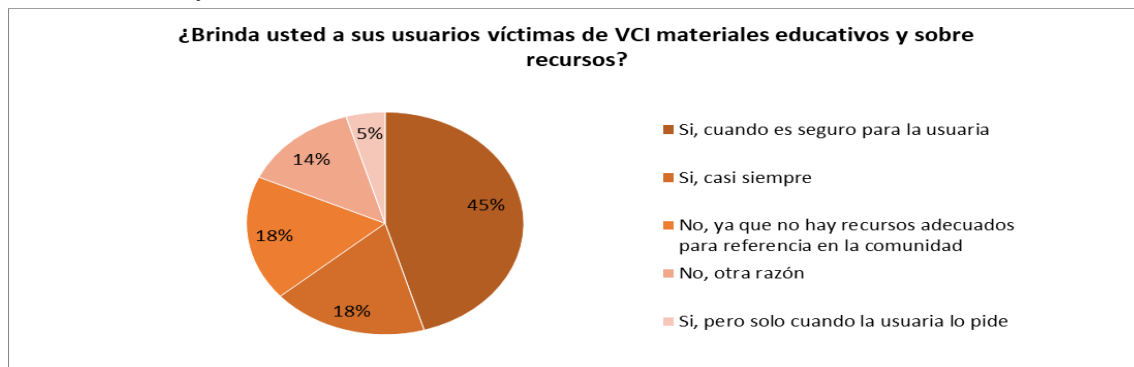
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	%acumulado
Válidos	Parcialmente de acuerdo	3	12,0	12,0	12,0
	De acuerdo	2	8,0	8,0	20,0
	Parcialmente en desacuerdo	6	24,0	24,0	44,0
	Totalmente de acuerdo	2	8,0	8,0	52,0
	Totalmente en desacuerdo	12	48,0	48,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 28% de la población encuestada refiere estar en los rangos de acuerdo de no tener habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea de una cultura/ etnia diferente. Sin embargo, el 72% se autopercibe en los rangos de desacuerdo.

En cuanto a la dimensión actitudes se presentan resultados a continuación de dos variables de las estudiadas.

**Gráfico 10:** Distribución de la población participante en cuanto brindar a usuarias víctimas de VCI materiales educativos y sobre recursos.



**Fuente de datos:** elaboración propia.

El 68% de la población encuestada refiere que entrega materiales educativos y sobre recursos, destacándose que el 45% del total lo hace si es seguro para la mujer, el 18% casi siempre y un 5% si la usuaria lo pide.

**Tabla 8:** Distribución de los participantes en cuanto si puede adaptar sus intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI.

Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI		Frecuencia	Porcentaje	% válido	% acumulado
Válidos	Parcialmente de acuerdo	3	12,0	12,0	12,0
	De acuerdo	12	48,0	48,0	60,0
	Parcialmente en desacuerdo	2	8,0	8,0	68,0
	Totalmente de acuerdo	6	24,0	24,0	92,0
	Totalmente en desacuerdo	2	8,0	8,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia.

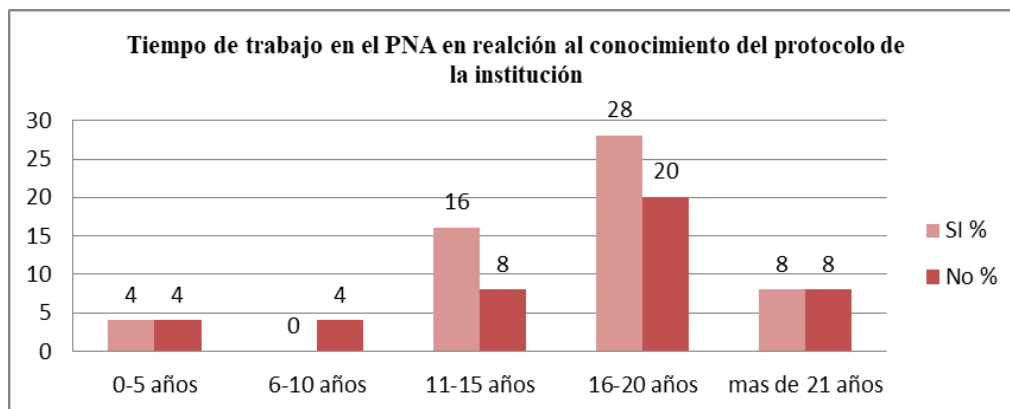
En cuanto a si el encuestado puede adaptar sus intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI el 84% refiere estar dentro del rango del acuerdo (12% parcialmente de acuerdo, 48% de acuerdo, 24% totalmente de acuerdo).

Para la presentación de los resultados con tablas bivariadas se usaron medidas de tendencia central como las frecuencias y porcentajes, describiendo así las variables más relevantes del estudio.

Se consideró tomar sólo como variable dependiente los años de trabajo en el PNA , por considerar que dicha variable es un parámetro a nivel descriptivo que supone un comportamiento afín al trabajo comunitario y al entendimiento de las lógicas laborales en el PNA . (5) Así mismo se consideró que el trabajo en el primer nivel del sistema sanitario, es accesible a las necesidades de la población y centrada en la persona, siendo el ámbito idóneo para la detección temprana y el seguimiento de las mujeres afectadas . (11)

A continuación, se muestran algunos gráficos de la distribución de frecuencias conjuntas de dos variables. Para ello se agruparon y recategorizaron en dos grupos: negativas y positivas, dada su formulación en el cuestionario. Se organizó y resumió la información sobre la distribución de datos a través de frecuencias y porcentajes en tablas de contingencia

**Gráfico 11:** Distribución de los participantes en cuanto a la relación entre años de trabajo en el PNA y autopercepción sobre el conocimiento que tiene del protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio.

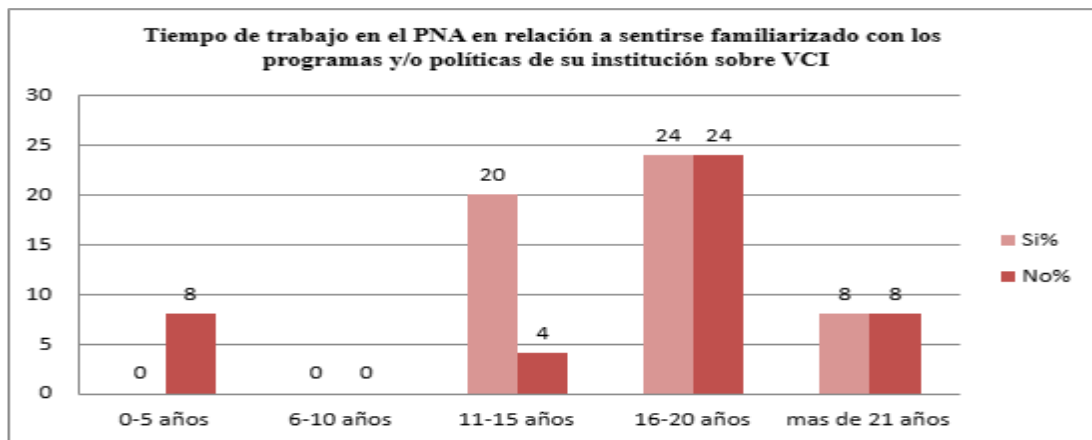


**Fuente de datos:** elaboración propia.

De la población encuestada en el rango de 16 a 20 años trabajando en el PNA, el 28% afirma que tiene conocimiento y el 20% refiere negativamente que siente que tiene conocimiento del protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio, así como el 8% del rango de más de 21 años de trabajo.



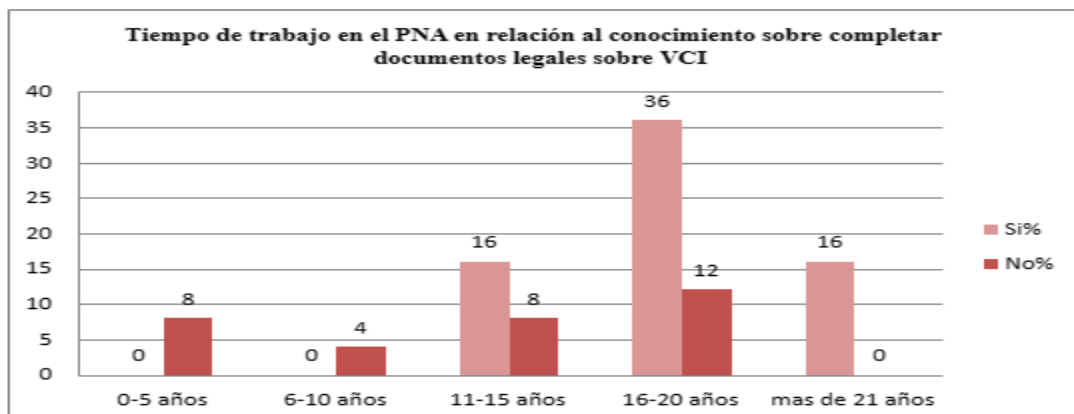
**Gráfico 12:** Distribución de los participantes en cuanto a la relación entre años de trabajo en el PNA en relación con sentirse familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución.



Fuente de datos: elaboración propia.

El 52% de las personas encuestadas refirieron una valoración positiva en cuanto a sentirse familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución estando el total de las respuestas positivas comprendidas a partir de los 11 años a más de trabajo en el PNA. Siendo el total de las respuestas (12%) en el rango de 0 a 10 años, negativas.

**Gráfico 13:** Distribución de los participantes en cuanto a la relación entre años de trabajo en el PNA con relación a si sabe complementar los documentos legales que se requieren para casos de VCI.

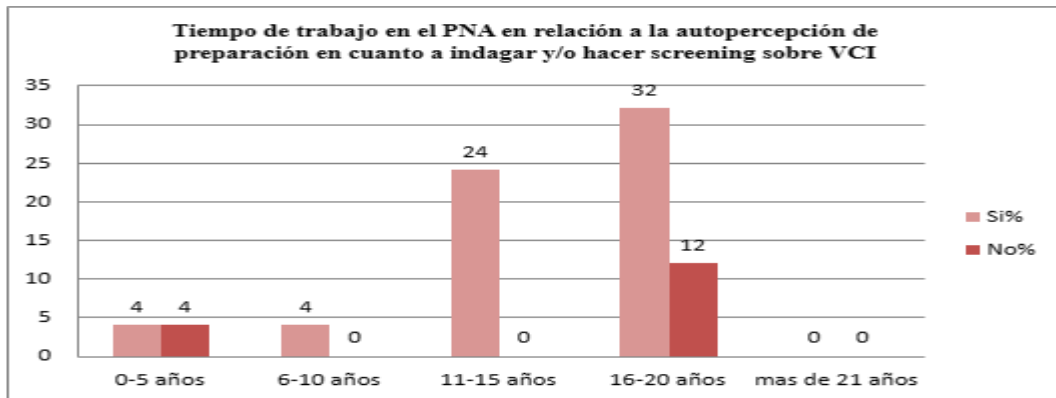


Fuente de datos: elaboración propia.

El 68% refiere positivamente a la pregunta a si sabe complementar los documentos legales que se requieren para casos de VCI. En el rango con más de 21 años en el PNA el total de las

respuestas fue afirmativa. El 12% de la población que refiere negativamente comprende el 100% de los rangos que van de 0 a 10 años en el PNA.

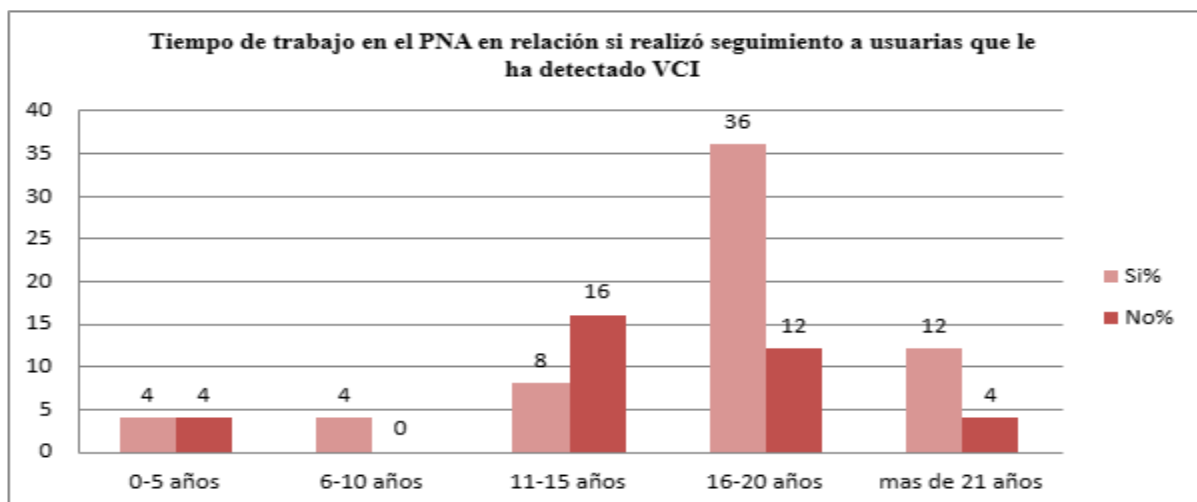
**Gráfico 14:** Distribución de los participantes en cuanto a la relación entre años de trabajo en el PNA comparado con su autopercepción de preparación en cuanto a indagar y/o hacer screening sobre VCI.



Fuente de datos: elaboración propia.

Con relación a la autopercepción de los participantes en cuanto a cómo de preparado se siente al indagar y/o hacer screening sobre VCI, el total de la población encuestada en el rango de 11 a 15 años refiere que sí correspondiendo al 24% de la población en ese rango. Sin embargo, un 24% de la población que respondió negativamente se encuentra a partir de los 16 años de trabajo en el PNA.

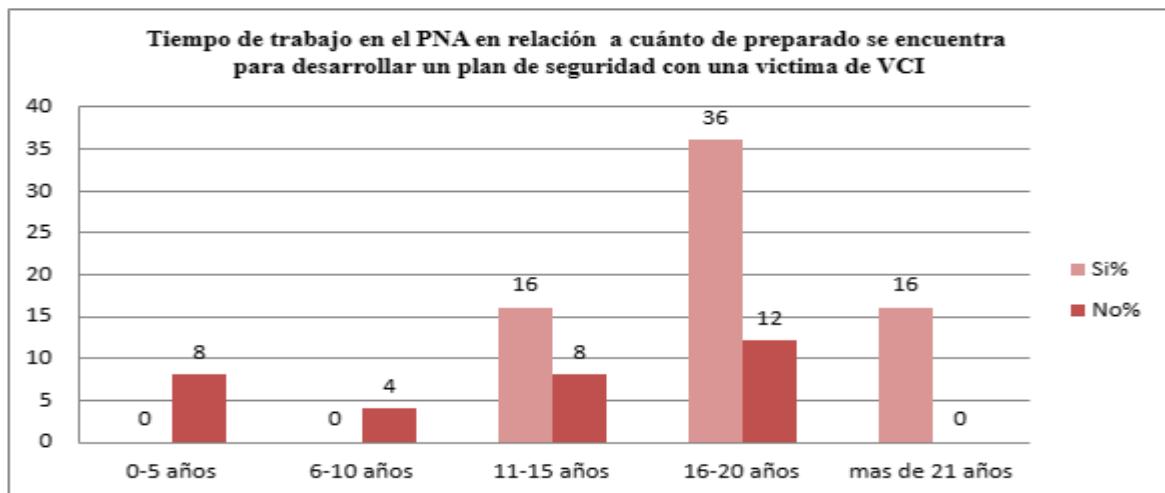
**Gráfico 15:** Distribución de los participantes en cuanto a la relación entre años de trabajo en el PNA con relación a si les realizó seguimiento a usuarias que le ha detectado VCI.



Fuente de datos: elaboración propia.

Con respecto a si les realizó seguimiento a usuarias a las que le ha detectado VCI, el 36% de los encuestados que responde positivamente a la pregunta se encuentra en el rango de 16 a 20 años, seguido del 12% de más de 21 años trabajando en el PNA. En el rango de 11 a 15 años las respuestas negativas son el doble en ese valor (16%).

**Gráfico 16:** Distribución de los participantes en cuanto a la formación en VCI con relación a cuánto de preparado se encuentra sobre desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI.



Fuente de datos: elaboración propia.

El 68% de los encuestados respondieron positivamente en relación con cuánto de preparado se encuentra sobre desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI, partiendo dichas respuestas a partir de los 11 años de trabajo en el PNA.

## 10. ANÁLISIS

El total de las respuestas obtenidas ascienden a 25 (38% de la muestra). En cuanto a su distribución por policlínica, se resalta que hay respuestas de todas las seleccionadas para el trabajo de campo. Estas respuestas no se consideran representativas de la estructura de cada

una de ellas, de todas maneras aproximan a la realidad de la temática abordada teniendo en cuenta el tipo de muestreo seleccionado.

Esta consideración no posibilita extrapolar los datos y por lo tanto no son generalizables.

Se destaca que el espectro de profesionales que respondieron abarca casi todas las profesiones que actúan en el PNA como equipos básicos (Medicina General, Pediatría, Ginecología, Medicina Familiar, Enfermería, Psicología, Odontología, Obstetras -Parteras). Este dato revaloriza y unifica el interés del personal de salud sobre el tema, a la vez que refuerza y manifiesta la potencialidad de la multiprofesionalidad como una estrategia que orienta y posibilita la realización de una asistencia integral e integradora. El rol y la labor que desempeñará cada recurso humano estará determinado por los roles asignados en el trabajo multiprofesional desde la interdisciplina y por las características de la situación a atender. De acuerdo a Paravic y Lagos (53) la interprofesionalidad permite que las personas que forman parte de una organización de salud trabajen en equipo y donde el esfuerzo de todos confluye en la responsabilidad conjunta del logro de resultados con altos estándares de calidad de la atención en salud.

La distribución por edad y sexo obtenida con la muestra estudiada mostró una población mayoritariamente femenina (84%) y predominantemente adulta joven (48% de 41 a 50 años). Aspecto que podría favorecer la atención adecuada dada la posible empatía con el tema, la sororidad y el tiempo para formación y permanencia a futuro en el servicio.

En relación con la variable antigüedad en el PNA, se destaca el 48% de la población con una antigüedad de 16 a 20 años, aspecto que influiría positivamente en el conocimiento de normas institucionales y en el desarrollo de las buenas prácticas. Como muestran las gráficas 12, 13, 14, 15 y 16. Se destaca que de acuerdo a la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 de la OPS- OMS (12) en cuanto a la

organización de los servicios donde se insertan las buenas prácticas, es posible identificar algunos elementos como por ejemplo la existencia de equipos de salud que involucran al menos dos disciplinas y formas de organización que permiten que el equipo de salud tenga un amplio conocimiento de las características de su población usuaria.

Con respecto a la cantidad de usuarios atendidos por semana, la media del 56% de los participantes corresponde a 49 personas. Sobre el tiempo y la duración de las consultas vistos como procesos sociales, están determinados por macroestructuras que siguen la lógica productiva y las demandas de tiempo institucionales, varían de acuerdo a cada disciplina y a la carga horaria de cada profesional. Este dato sólo se tomará como parte del contexto en donde se produce la atención sin profundizar en él, entendiendo que no se encuadra dentro de los objetivos de este estudio.

Según la estimación del participante con respecto a sus horas de formación el 40% lo sitúa en el rango de 0 a 10 horas y el 20% de 26 a 30 horas, sólo un 8% refiere un curso de más de 31 horas. Según la bibliografía encontrada, se asocia a que cuanto más formación en VBG, mejor preparación y percepción de conocimientos acerca de requerimientos legales, disponibilidad de recursos en el lugar de trabajo, autoeficacia, entendimiento de la víctima y ejecución de buenas prácticas. De acuerdo con la OPS/OMS, (54,56) la capacitación del personal sanitario constituye la primera línea de apoyo para las mujeres que experimentan VBG, de la cual se obtienen las herramientas necesarias para brindar una atención integral y de calidad.

Con respecto al conocimiento sobre VCI el 24% de la población encuestada refiere haber recibido formación en su educación académica y el 36% haber recibido una conferencia o sensibilización. Según la publicación “Acción colectiva para reducir la violencia de Género” (60) la capacitación del personal sanitario a través de los conocimientos y de la formación específica es clave para que desarrollen respuestas efectivas frente a los casos de VCI. se

remarca que debe estar orientada a desarrollar actitudes que permitan prestar apoyo de primera línea a las víctimas (entendido como apoyo inmediato, indagar/escucha activa de antecedentes e informar sobre recursos), saber cuándo y cómo preguntar sobre VCI, documentar los casos, realizar seguimientos y emplear adecuadamente los recursos de referencia disponibles, así como suministrar información y colaborar en la realización de un plan de seguridad a la usuarias.

En referencia al conocimiento del protocolo de manejo de VCI en su servicio el 44% de los participantes no está seguro de que en su servicio haya un protocolo de manejo de casos de VCI, mientras que un 12% contesta que no hay, el 28% de las respuestas negativas pertenecen a la población correspondiente al rango 16 a 20 años de trabajo en el PNA. Al relacionar las respuestas de autopercepción sobre si siente que tiene conocimiento del protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio, el 28% de las respuestas negativas pertenecen a la población correspondiente al rango 16 a 20 años de trabajo en el PNA. Se visualiza como macrodato que un 43% de la población encuestada tiene conocimiento y el 57% no. En este caso se hace referencia a las recomendaciones de la OPS/OMS (54) el uso del protocolo contribuye a disminuir la incertidumbre o inseguridad en el manejo de casos de VBG, así como a formalizar líneas de acción conducentes a garantizar prestaciones oportunas, longitudinales y respetuosas de los derechos de las personas involucradas. Por lo que el no conocimiento de este hace que las acciones tiendan a ser subjetivas y dificultan el trabajo en equipo ya que las miradas no son unificadas. El protocolo nacional y de ASSE (26-27) recomiendan la indagación sistemática de VCI en toda mujer que acuda a consulta y no figure en la Historia Clínica que se le haya preguntado (consulta inicial o habitual), así como mantener una actitud de alerta/escucha activa para detectar posibles signos o síntomas de violencia. La OPS/OMS (54) hace hincapié que la atención protocolizada puede ser útil en los

servicios sanitarios, pero que su utilidad depende de una serie de aspectos dependientes tanto de la intervención a protocolizar como de las características de los profesionales y equipos.

El 64 % de la población encuestada refiere que no (12%) o no está segura (52%) que en la Institución en la que trabaja es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos, aspecto que podría llevar a un subregistro de los casos. Esto se contrasta con la importancia que remarca la OMS (51) en que la búsqueda de uniformización en la asistencia prestada permite a que se reduzcan los eventuales errores de diagnósticos, llevando a cabo la adhesión al cumplimiento de protocolos es de vital importancia para el seguimiento de las víctimas, así como para la retroalimentación de los servicios. Es por eso que la comunicación de protocolos clínicos, su difusión y seguimiento ocupa un papel de destaque. Como refiere la MSP/OPS (26) son herramientas que facilitan la toma de decisiones en el entorno asistencial, disminuyen tanto la incertidumbre como la variabilidad de la práctica clínica

Es de destacar que el 88% de los encuestados se autopercibe dentro del rango de preparados para responder cuando una usuaria revela abusos y el 80% dentro del rango de preparados para hacer preguntas sobre VCI. Si bien la noción de autopercepción se vincula a la valoración de cuestiones propias en un momento determinado, lo relevante de estos datos es la autovaloración positiva de los encuestados sobre su disposición y competencia para el abordaje del tema con la población destinataria. Los resultados concuerdan con los del estudio realizados en España por Rodríguez Blanes et al. y Vives-Cases et al. (18-19)

El 98% de los encuestados se autoperciben dentro del rango de preparados para la referencia de casos de VCI. Las mujeres víctimas de VCI están atravesadas por distintas problemáticas y necesidades que deben ser atendidas de forma integral y eficaz. Al vincular antigüedad en el PNA en relación a la autopercepción de los participantes en cuánto cómo de preparado se siente en indagar y/o hacer screening sobre VCI, el total de la población

encuestada en el rango de 11 a 15 años refiere que si correspondiendo al 24% de la población en ese rango. Sin embargo, un 24% de la población que respondió negativamente se encuentra a partir de los 16 años de trabajo en el PNA. Ello concuerda con los estudios de Ramsay et al (15) y de Castanedo (50) en que los participantes si bien se sienten preparados para hacer referencias hay dificultades en cuanto a realizar screening sobre VCI. En los estudios mencionados el cuanto más formados en VCI se sentían, mayor disponibilidad de hacer preguntas direccionadas, así como también otra variable relacional positiva fue el tener un protocolo de manejo de casos y no así de la variable dependiente: antigüedad. Sin embargo, para este estudio se tomó la variable tiempo de trabajo en el PNA como explicativa ya que la gran mayoría de la población se encontraba en un rango de edad que permitiría inferir que el acervo acumulado por los años de trabajo y el conocimiento adquirido en la práctica podrían promover una respuesta de los profesionales acorde a la situación planteada por casos de VCI según los estudios de Rodríguez Blanes et al. y Murillo et al. (18-19) y Quintana.(49)

En concordancia con lo expuesto en el ítem anterior, el 60% de los participantes refieren encontrarse dentro del rango “preparados” para desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI. Las acciones emprendidas en los casos detectados, según las recomendaciones del BID, (43) y de la OPS/OMS, (44) protocolo común de actuación sanitaria, son consideradas buenas prácticas en materia de VCI. El proceso de valoración de riesgos, así como la priorización de herramientas para evaluar los potenciales daños requiere de planificación, revisión y seguimiento para evaluar las acciones planteadas por lo que la continuidad de encuentros a posteriori es de índole necesaria para la seguridad de la usuaria. Esto acuerda con lo escrito Por OPS/OMS en “Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.”. (44) En esta publicación se hace referencia al abordaje de los casos identificados y recomiendan un apoyo inmediato, así como los protocolos nacionales (26-27) mediante estrategias que incluyan al menos la información sobre las opciones y los recursos existentes,



para elaborar un plan eficaz de seguridad, así como la coordinación/ derivación a otros servicios cuando sea necesario como recomiendan García Moreno y el BID. (42-43)

Al relacionarlo con la antigüedad en el PNA las respuestas positivas respecto a esas estrategias son del 68% y son más frecuentes a partir de los 11 años a más de trabajo en el PNA. Se destaca que el impacto de la valoración de seguridad no es solo para la usuaria y su familia sino para el equipo de salud y las repercusiones de las actividades realizadas a nivel familiar y comunitario ya que el estar en la Policlínicas del PNA involucra que el personal esté en un vínculo estrecho con los individuos y la comunidad. Se visualiza en este punto que el tener mayor experiencia en el PNA permite a los profesionales y técnicos sentirse más preparados.

Al continuar explorando la dimensión conocimientos, se visualiza como dato importante que el 48% de los encuestados se autoperceben dentro del rango de preparados para completar documentos legales que se requieren para casos de VCI. La importancia del registro tanto de las indicaciones y/o acciones terapéuticas así como el proceso clínico y social de las víctimas es uno de los elementos probatorios de la capacidad de respuesta de las actuaciones técnicas, tanto de su elaboración formal hasta su trasfondo científico, tal como lo establece la OPS/OMS en las publicaciones: “Manual para gerentes de salud ” y en “Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer”. (54,59) Efectuando una asociación entre esta variable y la antigüedad, el 68% refiere positivamente a la pregunta, así como el total de las respuestas afirmativas corresponden a las personas que trabajan con más de 21 años en el PNA. El 12% de la población que refiere negativamente comprende el 100% de los rangos que van de 0 a 10 años en el PNA. Se podría inferir que a medida que se va generando experiencia el personal va adquiriendo mayor competencia en el tema. Igualmente se destaca la importancia del

asunto en sí mismo ya que es el amparo legal no sólo de los profesionales sino de las personas implicadas.

En cuanto a la distribución de la población participante sobre cuánto sabe sobre porque una víctima de VCI decide no relevar su situación, el 72% responde que se encuentran dentro del rango de preparado, de acuerdo a este nivel de respuestas es de esperar que los profesionales actúen en estadios precoces del problema. De acuerdo la teoría específica sobre el ciclo de la violencia de acuerdo a Walker (39) y Rodríguez et al (41) se subraya que cuando la mujer está inmersa en el círculo de la violencia, se cree responsable de la conducta de su pareja, desarrolla sentimientos de culpa y vergüenza por ser incapaz de terminar con la relación. Lo que la mayoría de las mujeres desconoce es que cuando la violencia se haga más frecuente y severa, desarrollarán otros síntomas como ser: depresión, apatía, indefensión y desesperanza. No actuar a tiempo podría causar daños irreparables en su salud y, en un caso extremo, la muerte.

Se destaca que el 41% de los participantes en el estudio refirieron haber indagado sobre VCI en sus pacientes adultas mujeres en los últimos 6 meses. Sin embargo, un porcentaje elevado de los encuestados refiere que no ha realizado ningún diagnóstico nuevo de VCI en los últimos 6 meses (el 44% no ha detectado situaciones de VCI en los últimos seis meses mientras que el 12% refiere “haber realizado una valoración de riesgo”, el 12% dice “haber referido a la usuaria a otros lugares” y el otro 12% “aconsejó a la usuaria sobre las opciones que podría tener”. Este hallazgo de infra detección en el último semestre podría estar relacionado con la situación de pandemia, al haberse reducido las consultas presenciales. Las acciones emprendidas en los casos detectados son similares a las que se han observado en otros estudios como el de Ramsay et al (15) y el de Baird et al (17) derivar a otros profesionales o servicios asistenciales, aconsejar sobre las opciones o entregar información. Sin embargo, cabe preguntarse si al no asistir o ser detectada la VCI en 6 meses, si existe una

evolución hacia las etapas de la violencia que llegan a la depresión y la apatía (como consecuencia menor), teniendo en cuenta que la víctima se inhibe mostrando pasividad cuando las acciones no llegan al fin previsto (indefensión aprendida) como menciona Walker. (39)

Con respecto a las prácticas, el 24% de los participantes, refiere indagar a las nuevas usuarias sobre VCI, el 16% pregunta periódicamente, el 16% refiere no preguntar y el resto de las respuestas se distribuyen equitativamente en las diferentes opciones de usuarias. Con este porcentaje estaríamos visualizando que aún no se ha instalado la rigurosidad de la norma y recomendaciones su posible impacto en la atención. Se observa que los participantes evalúan la población a quien indagar sobre VCI siendo las opciones diversas y no preconcebidas. Ello refuerza el pensamiento crítico de la práctica, pero no se unifica según los protocolos tanto nacional e institucional (26-27) de la búsqueda intencionada de violencia, es decir, preguntar de manera dirigida sin esperar que la mujer lo mencione. A pesar del importante papel del personal de salud, llama la atención que existe una tendencia a desestimar la magnitud del problema. Esta percepción afecta directamente a la identificación de casos cuando no se indaga acerca de la VCI durante la consulta.

El 48% de los encuestados, ha realizado el seguimiento de 1 a 5 usuarias a las que ha detectado VCI. Se destaca el interés profesional y personal por dar continuidad al seguimiento de las usuarias que atraviesan la situación de VCI, pero no es de forma sistematizada institucional. Según Siendones (46) la utilidad de seguir un esquema o modelo estándar validado institucionalmente permite la prevención de sesgos o dudas, así como de un manejo desacertado, con lo que se conseguiría mejorar la calidad estructural, y homogeneizar el resultado final y actuar en tiempo y forma. La relación de la antigüedad en el PNA con respecto a si les realizó seguimiento a usuarias a las que le ha detectado VCI, el 36% de los encuestados que responde positivamente a la pregunta se encuentra en el rango de 16 a 20

años, seguido del 12% de más de 21 años trabajando en el PNA, comprendiendo en el rango de 11 a 15 años las respuestas negativas son el doble en ese valor (16%).

En este contexto que la autopercepción del 64% de los encuestados con respecto sentirse cómodo hablando de VCI (44% está de acuerdo, 20% totalmente de acuerdo) con sus pacientes, es de suma importancia ya que permite inferir el interés por la temática. Según Senge, (56) las competencias son un conjunto complejo de habilidades y conocimientos académico - profesionales integrados que permiten a las personas realizar un desempeño óptimo de las actividades profesionales. A su vez y tomando en cuenta la incidencia en la autopercepción positiva en esta pregunta, se hace hincapié en la importancia de las habilidades comunicacionales y vinculares, articuladas con otras competencias técnicas para poder desenvolverse de manera efectiva, eficiente y saludable en este entorno de múltiples interrelaciones, que son coincidentes con Fuentes. (58)

En concordancia con este lineamiento actitudinal el 72% de la población encuestada (48% totalmente en desacuerdo, 24% parcialmente de acuerdo) se autopercibe con habilidades suficientes para hablar de VCI con una víctima de una cultura/ etnia diferente. Si bien la migración es un derecho de toda persona humana, la falta de información y la inseguridad pueden entrañar riesgos de VCI e incluso de trata de personas. La situación de desprotección y frágil estatus legal en las que muchas veces se encuentran las mujeres migrantes, las expone aún más y les dificultan el proceso de denuncia. Las medidas de prevención son por ello claves para este grupo de mujeres, así como la difusión de derechos de las personas migrantes. Esto se basa en lo que refiere la OIM (47) el reconocimiento de que existen mujeres con vulnerabilidades o exclusiones específicas orienta a desarrollar líneas de intervención para ellas. Según Campinas (48) conlleva un esfuerzo por parte del equipo sanitario ya que, dadas las diferencias culturales, se debe tener el cuidado necesario para no ser mal interpretado y ser visto como una ofensa hacia la otra persona.

En continuidad a las respuestas en esta dimensión, el 40% de los encuestados refiere brindar a sus usuarias víctimas de VCI materiales educativos y sobre recursos, pero tiene en cuenta la seguridad de la usuaria. Este dato habla del conocimiento de los encuestados sobre la temática. Si bien la VCI puede ocurrir en espacios públicos y cometerse a la vista de otras personas, generalmente suelen suceder en lugares privados, con la exclusiva participación de la persona agresora y su víctima. Esta característica de intimidad hace que, en determinados casos, la única que puede revelar los hechos de violencia es la persona directamente afectada. Por lo que la revelación sobre el hecho permite al personal sanitario considerarlo, así como reflexionar sobre las herramientas y destrezas que debe desarrollar para fortalecer la detección y respuesta adecuadas. Así como considerar los planes de seguridad de acuerdo con una valoración de riesgo, con el fin de responder de forma satisfactoria a las necesidades de las personas sobrevivientes y evitar que sus derechos vuelvan a ser vulnerados, va de acuerdo a la publicación de García Moreno y el BID. (42-43) Se refuerzan los hallazgos del estudio ya que en la Tabla 4 el 72% de los participantes se autoperciben en el rango de preparados cuando una víctima decide no revelar la VCI, lo que demuestra conocimiento sobre las etapas y los tiempos de abordaje del problema.

En relación con el proceder de los entrevistados en relación a la pregunta de si puede adaptar sus intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI el 84% de los participantes refieren estar dentro del rango del acuerdo (48% De acuerdo, 12% Parcialmente de acuerdo, 24% totalmente de acuerdo). Es en esta pregunta que se infiere que los profesionales encuestados son flexibles en su abordaje para ejercer cuidados seguros y significativos para las personas en el contexto físico, psíquico y emocional.

De acuerdo a este planteo y ante la pregunta de si los participantes tienen a su disposición un espacio privado adecuado para dar atención a las víctimas de VCI, el 56%

refiere que si (28% totalmente de acuerdo, 20% de acuerdo, 8% parcialmente de acuerdo). De acuerdo a Siendones (46) es imprescindible para llevar a cabo la prestación de los distintos servicios sanitarios ante esta temática el contar con un espacio privado y seguro, para asegurar el cumplimiento de los cuatro principios básicos del enfoque: 1) derecho a la seguridad; 2) derecho a la confidencialidad; 3) derecho a la dignidad y autodeterminación y 4) derecho a la no discriminación.

## **10. CONSIDERACIONES FINALES**

En el presente estudio se planteó realizar una mirada desde los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las policlínicas del SAS con respecto a la VCI y su abordaje, ya que el tema, continúa siendo un problema que afecta gravemente la vida de las mujeres, las de sus familias y sus entornos.

El total de respuestas obtenidas (38%), se considera importante dado que el cuestionario trata de un tema de alta sensibilidad y supone la autovaloración del participante.

En cuanto a las limitaciones del estudio, son las propias de un diseño donde la muestra se seleccionó por conveniencia, por lo que no se asegura la representatividad de la misma ni extrapolar los resultados a todo el SAS, sin embargo, estas respuestas permiten una aproximación a esta realidad estudiada.

Con respecto al cumplimiento de los objetivos del estudio se considera se logró una aproximación a la identificación y descripción de los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales actuantes en el PNA, a fin de poder ir sosteniendo y construyendo un sistema que permita aunar la realidad junto con los intereses del personal participante.

Se considera que en este estudio se puso de manifiesto una infra detección de VCI, así como un limitado marco formativo de los profesionales sanitarios para abordar casos de VCI y un exiguo conocimiento de los protocolos de actuación nacional sobre VBG en el Servicio. Estos hallazgos coinciden con la mayoría de los estudios encontrados acerca del tema. Se

presupone que la situación de pandemia en los dos últimos años ha podido influir en una menor detección de casos de VBG al disminuir el número de consultas presenciales en los Servicios de PNA, situación que podría demandar un esfuerzo complementario a los equipos de salud para su abordaje en un futuro próximo.

Se destacan las respuestas positivas de la mayoría de la población encuestada en cuanto a la autopercepción para identificar situaciones, realizar planes de seguridad, permitir los tiempos a la usuaria para poder expresarse, poseer habilidades suficientes para hablar de VCI con una víctima de una cultura/ etnia diferente, brindar materiales teniendo en cuenta la seguridad de la usuaria. Estas menciones permiten un lugar de oportunidad para avanzar en una atención y cuidado oportuno y pertinente según los marcos conceptuales y legales de la VCI.

En este estudio, los profesionales que trabajan en PNA se perciben en su mayoría poco preparados y con un conocimiento limitado para brindar un abordaje integral, lo que influye en el uso limitado de los recursos disponibles y afecta a su capacidad de respuesta. Formar a los y las futuras profesionales requiere también incorporar a los contenidos formativos universitarios, instrumentos que hagan posible la detección, prevención y abordaje de la violencia de género. A la Academia este aspecto se le presenta como un desafío imprescindible para conseguir sistemas de educación superior que no reproduzcan paradigmas androcéntricos y sexistas.

A su vez, la educación continua, contribuye a la actualización y perfeccionamiento del personal, a diferencia del sistema formal permite incorporar de una manera más dinámica las innovaciones y avances del conocimiento científico y tecnológico en áreas muy diversas. Pero en esta temática es esencial el trabajo en conjunto de todos los actores que forman parte del sistema de protección y que se desempeñan en los distintos ejes de prevención y respuesta a las violencias basadas en género.

Se visualiza como debilidad organizativa la falta de sistematización sobre el tema, lo que impide el seguimiento y apoyo no solo para las víctimas sino para el personal de salud. Dada la diversidad de temas emergentes de la comunidad, podría llegar a generar una sobrecarga laboral en el equipo actuante del PNA, ya que al abarcar todas las situaciones genera un reduccionismo en el tiempo y en las acciones de continuidad.

La EC, como integrante de un equipo multidisciplinario en el PNA, actúa en uno de sus roles más relevantes, gestionando la calidad y seguridad en la atención de salud de los usuarios, sus familias y la comunidad.

Por último, se considera que se logró una aproximación al conocimiento y descripción de las dimensiones participantes en el proceso de atención a mujeres con VCI y se identificaron factores relacionados al personal, a la experiencia laboral, a las actitudes, a los conocimientos y prácticas que se integran dinámicamente para responder a este problema de salud pública.

## **12.SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

En la actualidad, una de las maneras de concebir la evaluación de las organizaciones es con una investigación de tipo valorativo sujeta a las premisas del método científico propio de las ciencias sociales, y desde una perspectiva amplia se le concede a la misma el alcance para emitir juicios de valor en cuanto desempeño en la realización de los procesos de trabajo a efectos de contrastar elementos favorecedores o que obstaculizan, y en consecuencia, proporcionar aquellos que apoyen a la corrección o no de desviaciones y el fortalecimiento de los logros. Dado el tiempo que este tema se visualiza como emergente en nuestro país y en especial en la ciudad de Montevideo, los datos de las bibliografías consultadas muestran un aumento de las situaciones de VBG a pesar de las acciones realizadas. Una de las situaciones enfrentadas ante una de las interrogantes planteadas ¿cómo evaluar la resolutivez de los



servicios de PNA ante el tema de VCI?, fue la no disponibilidad de un sistema de evaluación a nivel salud para tal fin.

Para esta se visualiza como estrategia planificada y cuantificada, la creación de una Unidad centralizada y específica sobre los temas de VBG, con personal experto y capacidad de decisión, la que habrá que dar seguimiento y sistematización, así como una retroalimentación que permita ver las buenas prácticas sobre el tema y no quedar en número sin seguimiento ni desenlace. Considerando tener entre sus puntos centrales la incorporación de un observatorio del tema en su dimensión territorial que privilegie el diálogo entre instituciones y ciudadanía; al igual que en lo que respecta a la coordinación intra e interinstitucional, potenciando el diseño y la adaptación de los programas de protección social a la situación singular que se presenten. Además, permite disminuir la necesidad de compartir y socializar las pruebas existentes entre los diferentes actores.

En tercer lugar, teniendo en cuenta los factores de riesgo que se asocian con la agresión recíproca (edad, violencia previa, conflictos en la pareja, violencia psicológica, etc.), parece fundamental continuar con el desarrollo de programas preventivos dirigidos a intervenir en los precursores de la misma antes que se manifieste a lo largo del ciclo vital, como por ejemplo intervenir con las familias para reducir la probabilidad de exposición a la violencia, prevenir y reducir el “bullying”, intervenir con menores expuestos a violencia familiar, desarrollar programas de prevención educativos sobre la violencia en las relaciones de noviazgo en la adolescencia y sobre la violencia en las relaciones de pareja en adultos.

La construcción de un enfoque sobre masculinidades y género resulta prioritaria en el contexto nacional. La evidencia científica ha permitido el avance y la consecuente validación de los programas para agresores de VBG. Realizar abordajes e intervenciones especializadas con varones que ejercen violencia contra mujeres que son o que fueron sus parejas, contribuye

a la erradicación de la VCI. Se remarca la importancia sobre la importancia de generar evidencia sobre la rehabilitación de dicha población sobre su capacidad de reducir la violencia ya que supone un aumento de los riesgos de nuevas victimizaciones.

Como reflexión final subrayo que ubicar los programas como estrategias de prevención terciaria es relevante considerando la información que existe sobre los factores de riesgo asociados a la VCI. Es posible plantearse una política preventiva que tenga como meta la disminución de los niveles de violencia hacia la mujer en el espacio familiar. Las medidas de prevención que se implementen deben considerar un enfoque integral y multisectorial, de modo que aborden los factores de riesgo que se dan al nivel individual, familiar, social y cultural.

Finalmente, los resultados encontrados en la presente investigación, hace necesario el planteamiento de otros estudios con el objetivo de contrastar los resultados encontrados. En este caso, el rol de enfermería es indispensable, ya que cuenta con las herramientas para llevar a cabo la Gestión de casos que es un modelo asistencial que impone un desafío a la práctica del rol independiente de enfermería y respaldado en la legislación respecto al ejercicio profesional.

### **13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, et al. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). Revista Española de Salud Pública vol.89 nº.2 .Madrid [internet]. 2015. mar./abr. [consultado 10 de octubre de 2021] Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272015000200006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272015000200006)

2. ONU. Conferencia Mundial de Derechos Humanos . Viena., Austria. .[internet].1993 Junio 14-15. . [Consultado 3 de agosto de 2021] Disponible en:  
<https://digitallibrary.un.org/record/182967?ln=en>
3. OEA. Convención Interamericana para Prevenir , Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer .Belem do Pará .[internet].1994 Junio 9. [Consultado 3 de agosto de 2021] Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
4. ONU.IV Conferencia Mundial sobre la Mujer . Beijing, China .[internet].1995 Setiembre 14-19. [Consultado 3 de agosto de 2021] Disponible en:  
<https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>
5. OPS OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington DC.[internet]. 2013. [consultado 7 de setiembre de 2021].Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
6. MIDES, INMUJERES, INE. Primera Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones: informe general de resultados. Montevideo, Uruguay. [internet]. 2013. [consultado 7 de setiembre de 2021]. Disponible en:  
<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/primer-encuesta-nacional-prevalencia-sobre-violencia-basada-genero>
7. MIDES, INMUJERES, INE. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones: informe general de resultados. Montevideo, Uruguay. [internet]. 2019. [consultado 7 de setiembre de 2021]. Disponible en:

<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%C2%A0nacionala.pdf>

8. Ministerio del Interior. Departamento de Datos, Estadísticas y Análisis. Observatorio Nacional sobre Violencia y Criminalidad. Montevideo, Uruguay. [internet]. 2019-2020-2021. [consultado 3 de setiembre de 2022] Disponible en:

<https://www.minterior.gub.uy/index.php/component/tags/tag/observatorio>

9. OMS. Informe Mundial sobre Violencia y la Salud. Washington DC, EUA. [internet].2002. [consultado 10 de octubre de 2021]. Disponible en:

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf?sequence=1)

10. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind. Santander Salud vol 47 n° 2. [internet] .2015 Junio 17. [consultado 14 de noviembre de 2021] .Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072015000200013&lng=en)

11. OMS. Violencia contra la mujer: un “problema de salud mundial de proporciones epidémicas”. Lanzamiento de nuevas directrices clínicas y políticas para orientar la respuesta del sector de la salud.[internet].2013. [Consultado 14 de diciembre de 2022]. Disponible en: [https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence\\_against\\_women\\_20130620/es/index.html](https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/index.html)

12. OPS - OMS. 69ª Asamblea mundial de la salud - Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Resolución WHA 69.19. .[internet]. 2016. [Consultado 12 de diciembre de 2022]. Disponible en:

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-sp.pdf)

13. Lozano F. Salas Rosso F . Paullier A. Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático Análisis de la población atendida en una policlínica de atención primaria en Montevideo. Revista Biomedicina. Montevideo. Uruguay. 2011. [Consultado 12 de diciembre de 2022]. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3928116>

14. Feder G. Davies RA. Baird K. Dunne D. Eldridge S. Griffiths C. Gregory A. et al. Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled Ed: Lancet. Inglaterra. [internet]. 2011. [Consultado 3 de abril de 2021]. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2825222/>

15. Ramsay J. Rutterford C. Gregory A. Dunne D. Eldridge S .Sharp D. Feder G. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. Londres. Inglaterra. [internet] .2012. [Consultado 3 de abril de 2021]. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22947586/>

16. Short LM. Alpert E and Harris JM Jr. Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. Am J Prev Med. [doi:](#) 10.1016/j.amepre.2005.10.009. PMID: 16459217; PMCID: PMC1451776 [internet].2006 Feb;30(2):173-180. [consultado 6 de agosto 2021]. Disponible [en :https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16459217/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16459217/)

17. Baird K. Saito A .Eustace J . Creedy D. An exploration of Australian midwives' knowledge of intimate partner violence against women during pregnancy. Sídney. Australia. [internet]. 2015. [Consultado 3 de abril de 2021] Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25684254/#:~:text=Findings%3A%20152%20midwives%20completed%20the,signs%20of%20intimate%20partner%20violence.>

18. Rodríguez Blanes G. Vives Cases C. Miralles-Bueno .J. San Sebastián M .Goicochea I. Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. Madrid. España. [internet] .2017. [Consultado 25 de abril de 2021]. Disponible en:

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112017000500410](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112017000500410)

19. Murillo P . San Sebastián M. Vives Cases C . Goicochea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España .Madrid. España. [internet] .2019. [Consultado 25 de abril de 2021]. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/gs/2018.v32n5/433-438/>

20. ONU. Secretario General de Naciones Unidas. Poner fin a la violencia contra la mujer: De las palabras a los hechos. Estudio del Secretario General Naciones Unidas.[internet]. 2006. [Consultado 12 de diciembre de 2022] Disponible en:

<https://www.refworld.org/es/docid/5b6892064.html>

21. ONU Mujeres. Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio). [internet]. 2014. [Consultado 10 de noviembre de 2022]. Disponible en:

<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2014/Modelo%20de%20protocolo.pdf>

22. ONU. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe.[internet]. 2015. [Consultado 10 de noviembre de

2022] .Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

23. Ministerio del Interior. Sistema de Gestión y Seguridad Pública. Gestión de Información de VD. Uruguay.[internet]. 2015. [Consultado 10 de noviembre de 2022].  
Disponible en:  
[https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/protocolo\\_violencia\\_domestica.pdf](https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/protocolo_violencia_domestica.pdf)
24. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO). Decreto N° 494/006 - Asistencia a Víctimas de Violencia Doméstica. Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo: 1; Semestre: 2; Año: 2006; Página: 1435. Reglamentario/a de: Ley N° 17.514 de 02/07/2002. Uruguay.[internet].2006. [Consultado 1 de diciembre de 2021].  
Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/494-2006/1>
25. MSP. OPS. Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Montevideo, Uruguay. [internet]. 2019. [Consultado 1 de diciembre de 2021].Disponible en:  
<https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Avances%20en%20la%20consolidacion%20del%20SNIS%20baja.pdf>
26. MSP. OPS. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud .Uruguay. [internet].2019. Marzo 13. [Consultado 1 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-clinico-para-el-sistema-nacional-integrado-de-salud>
27. ASSE. Protocolo para la Atención a Personas en Situación de Violencia basada en Género y Generaciones .Uruguay. [internet]. 2019. [consultado 14 de noviembre de 2021] .Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-Clinico-SNIS-MSP-Protocolo-Institucional-de-Atencion-a-Personas-en-situacion-de-Violencia-basada-en-Genero-y-Generaciones-y-Fichas-Tecnica-10322>

28. MSP. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Hacia un abordaje integral. Uruguay. [internet] 2016, Junio. [consultado 14 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.sup.org.uy/wp-content/uploads/2016/11/Objetivos-Sanitarios-Nacionales-MSP-2016.pdf>
29. MI. División Políticas de Género y el Observatorio de Violencia y Criminalidad del Ministerio del Interior. Femicidios íntimos en Uruguay. Homicidios a mujeres a manos de exparejas. Uruguay. [internet] 2017 Marzo. [consultado 12 de noviembre de 2021]. Disponible en: [https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Femicidios\\_Uruguay.pdf](https://www.minterior.gub.uy/genero/images/stories/Femicidios_Uruguay.pdf)
30. MIDES.INMUJERES. Perspectivas hacia una Política Pública en Violencia Basada en Género. Uruguay. [internet] . 2020 Febrero. [consultado 14 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/CNC%20Perspectivas%20hacia%20una%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%ABlica%20en%20Violencia%20Basada%20en%20G%C3%A9nero.%20%20Febrero%202020.pdf>
31. CEPAL. El desafío social en tiempos del COVID-19. Informe Especial COVID-19 N.º 3. América Latina y el Caribe .[internet] . 2020 Mayo 12 [consultado 11 de agosto de 2021] . Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45527-desafio-social-tiempos-covid-19>
32. OEA, CIM, MESECVI. La violencia contra las mujeres frente a las medidas dirigidas a disminuir el contagio del COVID-19.[internet]. [consultado 11 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cim/docs/COVID-19-RespuestasViolencia-ES.pdf>
33. IMPO. Decreto N°93/20. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el COVID -19 (Coronavirus). Uruguay.



[internet]. 2020. Marzo 23. [consultado 17 de julio de 2021]. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/93-2020>

34.  Intersocial Feminista. Violencia en casa. Dinámicas al Interior de los Hogares en Contexto de COVID-19 en Uruguay. Montevideo, Uruguay. [internet]. 2020 Junio.

[consultado 17 de julio de 2021]. Disponible en: [https://906d2cc9-1a8f-4676-9891-fce5f58d424b.filesusr.com/ugd/4c6b9b\\_395d10fdc9a6448d8eb9f9b192ac7701.pdf](https://906d2cc9-1a8f-4676-9891-fce5f58d424b.filesusr.com/ugd/4c6b9b_395d10fdc9a6448d8eb9f9b192ac7701.pdf)

35. Segato R. Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes. Prometeo (2ª. Edición). 2013. [consultado 17 de julio de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942008000100010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942008000100010&script=sci_arttext)

36. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A . Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; Publicación Científica y Técnica N°. 588. [internet]. 2003 [Consultado 27 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

37. IMPO. Ley N°19580 .Ley de violencia hacia las mujeres basada en género .Reglamentada por: Decreto N° 339/019 de 11/11/2019. [internet].2019 Noviembre 11. [Consultado 27 de marzo de 2022]. Disponible en:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

38. OPS. OMS. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Washington, DC, EUA. [internet].2014. [Consultado 27 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://oig.cepal.org/sites/default/files/whorhr13\\_10\\_esp.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/whorhr13_10_esp.pdf)

39. Walker L. Síndrome de la mujer maltratada. Biblioteca de Psicología Desclée de Brower. [internet].1980. [Consultado 2 de mayo de 2022]. Disponible en :<https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433026095.pdf>
40. Coker AL. Smith PH. Bethea L. King MR .McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. [internet]. 2000. [Consultado 2 de mayo de 2021] .Disponible en : <https://cpr-institute-prod.s3.amazonaws.com/modules/HFAModules/Resources/HealthOutcomesIVP.pdf>
41. Rodríguez M .Pérez E. Pires M. Escortell E. Lasheras L . Dominguez J et al. Guía de apoyo en atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad. [internet]. 2008 Marzo. [Consultado 27 de marzo de 2021]. Disponible en:  
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009545.pdf>
42. García-Moreno C. Hegarty K. D'Oliveira AF. Koziol-McLain J. Colombini M . Feder G. The health-systems response to violence against women. Lancet. [internet]. 2015. [Consultado 17 de octubre de 2021]. Disponible en :  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614618377#bib48>
43. BID. Planes de seguridad para mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia sexual y basada en género. [internet] .2021 Junio. [Consultado 12 de abril de 2022]. Disponible en :<http://dx.doi.org/10.18235/0003339>
44. OPS & OMS. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Femicidio. Washington DC. [internet]. 2013. [Consultado 25 de abril de 2022]. Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98828/WHO\\_RHR\\_12.38\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98828/WHO_RHR_12.38_spa.pdf)

45. OMS. Reunión de expertos sobre las respuestas del sector de la salud a la violencia contra la mujer . OMS. Ginebra. [internet]. 2010 Marzo 17-19. [Consultado 5 de junio de 2022] .Disponible en :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44456/9789241500630\\_eng.pdf;jsessionid=DD6BAD6DB4C59DF22B4C6B4EAEFFDEC0B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44456/9789241500630_eng.pdf;jsessionid=DD6BAD6DB4C59DF22B4C6B4EAEFFDEC0B?sequence=1)

46. Siendones Castillo R, Perea Milla López E, Arjona Huertas JL, et al. Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. BVS. Emergencias. [internet] .2002. [Consultado 18 de julio de 2022] Disponible en :

[https://www.researchgate.net/publication/242197349\\_Violencia\\_domestica\\_y\\_profesionales\\_sanitarios\\_Conocimientos\\_opiniones\\_y\\_barreras\\_para\\_la\\_infradeteccion](https://www.researchgate.net/publication/242197349_Violencia_domestica_y_profesionales_sanitarios_Conocimientos_opiniones_y_barreras_para_la_infradeteccion)

47. OIM. Informe sobre las migraciones en el mundo 2020. OMS. Ginebra. [internet]. 2020 Setiembre. [Consultado 5 de junio de 2022]. Disponible en:

[https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr\\_2020\\_es.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es.pdf)

48. Campinha-Bacote, J. Competencia cultural: un cambio de paradigma en el debate entre la competencia cultural y la humildad cultural -- Parte I. Online J Issues Nurs, 24 (1) (2019), 10.3912/OJIN.Vol24No01PPT20. [internet]. 2019. [Consultado 5 de junio de 2022] .

Disponible en : [http://www.ghequityinstitute.com/gh\\_articles/speaking\\_of\\_difference.pdf](http://www.ghequityinstitute.com/gh_articles/speaking_of_difference.pdf)

49. Quintana L . Otegui J. Una mirada al abordaje asistencial a mujeres víctimas de violencia doméstica. Ed: Revista Médica Uruguaya. Montevideo. Uruguay. [internet].2017. [Consultado 25 de abril de 2021] .Disponible en : [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-03902017000300142](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902017000300142)

50. Castanedo Córdoba, I. [¿Qué barreras y facilitadores identifican enfermeras y médicos para preguntar a las usuarias sobre la violencia de género?. Evidentia. [internet] .2016.

[Consultado 25 de [abril de 2021]. Disponible en:

<http://www.indexf.com/evidentia/n54/ev10239r.php>

51. OMS. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. OMS. [internet]. 2014.

[Consultado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/Vyh2S96>

52. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. [internet] 2000 . [Consultado 5 de junio de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>

53. Paravic Klijn T . Lagos Garrido ME. Trabajo en equipo y calidad de la atención en salud. Cienc. enferm. [online]. 2021, vol.27 [citado 2023-03-18], 41. Disponible en:

<[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-)

95532021000100402&lng=es&nrm=iso>. Epub 28-Ene-2022. ISSN 0717-9553.

<http://dx.doi.org/10.29393/ce27-41tetm20041>

54. OPS/OMS. Fortalecimiento de los sistemas de salud para responder a las mujeres que sufren violencia de pareja o violencia sexual. Manual para gerentes de salud. [internet] .2020.

[Consultado 13 de junio de 2022] . Disponible en :

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52483/9789275322475\\_spa.pdf?](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52483/9789275322475_spa.pdf?)

[sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52483/9789275322475_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

55. OMS, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos & Banco Mundial. (2020). Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura

sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud. [internet] .2020 .Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340027>

56. Senge P. La quinta disciplina. El arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje. 2 ed. Buenos Aires. Granica. 2010.[consultado 24 de mayo de 2021]. Disponible en>[http://www.institutocastaneda.com.ar/ingreso/archivo\\_ispi4031\\_ingreso\\_La-quinta-disciplina-Peter-Sange.pdf](http://www.institutocastaneda.com.ar/ingreso/archivo_ispi4031_ingreso_La-quinta-disciplina-Peter-Sange.pdf)

57. OPS. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. Washington, DC: OPS, [internet]. 2013. [consultado 9 de mayo de 2022] Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/HSS-competencias-SP-2013.pdf>

58. Bernardo Fuentes MG. García Galano EV. Pomares Bory E. El vínculo educación-comunicación en la formación integral de los profesionales de la Salud. Educ Med Super. [internet]. 2004. [consultado 10 de octubre de 2022] Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400003&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400003&script=sci_arttext)

59. OPS.OMS. Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer. [internet]. 2015. [consultado 24 de mayo de 2021] Disponible en :<https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-plan-accion-sobre-fortalecimiento-sistema-salud-para-abordar-violencia-contra>

60. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional . Acción Colectiva para Reducir la Violencia de Género (CARE-GBV) - Servicios Analíticos, IV. Cómo aplicar un enfoque centrado en los supervivientes en la programación en VBG .Nota N. 3. [internet] 2021 Diciembre. [consultado 21 de noviembre de 2022]. Disponible en:  
[https://makingcents.com/wp-content/uploads/2022/04/Spanish-CARE-GBV-03-How-to-Note\\_SurvivorCenteredProgramming\\_clean\\_rev8-2.pdf](https://makingcents.com/wp-content/uploads/2022/04/Spanish-CARE-GBV-03-How-to-Note_SurvivorCenteredProgramming_clean_rev8-2.pdf)

61. OPS - OMS. A diez años de iniciada la Reforma Sanitaria Evaluación y Desafíos del Sistema Nacional Integrado de Salud. OPS - OMS. Montevideo, Uruguay. [internet] . 2017. [consultado 14 de octubre de 2021] .Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/10-anos-sistema-nacional-integrado-salud-evolucion-desafios-snis>
62. OPS. OMS. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. URSS. [internet]. 1978. [consultado 10 de octubre de 2021].Disponible en : <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
63. OPS. OMS. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición. OPS .[internet]. [consultado 21 de octubre de 2021] .Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)
64. OPS. Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; [internet]. 2019. [consultado 10 de octubre de 2021].Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>
65. Ramos E. et colb. Enfermería comunitaria: métodos y técnicas. Ed: Difusión Avances de Enfermería, Madrid ,España. 2000.[consultado 21 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/350856920/08-ENFERMERIA-COMUNITARIA-II-METODOS-Y-TECNICAS-1-1>
66. Tamayo yTamayo M. El proceso de investigación científica. Incluye evaluación y proyectos de investigación .4ª ed. . Ciudad de México, Limusa- Noriega. 2007. [consultado 24 de mayo de 2021]. Disponible en: [https://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb\\_dl=4387](https://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=4387)
67. Hernández Sampieri R. Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. 4ª ed. Ciudad de México, McGraw - Hill, 2006. [consultado 20 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)

## APÉNDICES

### Apéndice 1 - Cuestionario:

Fecha:.././....

Tres últimos dígitos de la CI:

Violencia del compañero íntimo contra la mujer. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad de Montevideo.

Sus respuestas sinceras en el siguiente cuestionario nos ayudarán a la mejor detección y manejo de las situaciones relacionadas con la violencia de compañero íntimo (VCI). Por favor, responda instintivamente con lo primero que le venga a la cabeza, incluso si piensa que no es una respuesta “políticamente correcta”. Trate de no pensar en cómo “deberían de ser” sus respuestas.

Algunas preguntas podrían parecer similares a otras, sin embargo, le pedimos que conteste todas las preguntas para asegurar la confiabilidad del estudio.

Gracias por tomarse el tiempo para completar el cuestionario

#### Sección I: Perfil de la persona participante

1. Edad \_\_\_\_\_
2. ¿Con qué género se identifica?: ( ) Hombre ( ) Mujer
3. Trabaja en la Policlínica como: (marque una)

- Médico de familia
- Médico
- Pediatra
- Ginecólogo
- Lic. Obstetra Partera
- Odontólogo
- Lic. Enfermero
- Aux. Enfermero
- Lic. en Trabajador social
- Lic. en Psicología
- Lic. en Nutrición
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando en primer nivel de atención? \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses.

5. De media ¿cuántos pacientes atiende por semana? (marque una):

- No veo pacientes
- Menos de 20
- 20 – 39
- 40 – 59
- 60 o más



## Sección II: Conocimientos

1. ¿Cuánta formación en temas VCI ha tenido usted? (por favor marque las opciones pertinentes)

- Ninguna
- He leído el protocolo de actuación() He visto un vídeo
- He atendido una conferencia o sesión de sensibilización
- He participado de un curso básico (20 horas)
- He recibido formación durante la carrera - clases teóricas
- Formación durante la residencia o postgrado
- Formación especializada: Formación de formadores, especialización
- Otra formación en profundidad (más de 20 horas)
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_

Violencia de compañero íntimo (VCI) también se conoce a veces como violencia de pareja o violencia doméstica. Se refiere a conductas dentro de una relación íntima que causan daños físicos, psicológicos o sexuales, incluyendo actos de agresión física, coerción sexual y conductas controladoras.

2. Número estimado de horas de formación en VCI recibidas

- 0 a 5 horas
- 6 a 10 horas
- 11 a 15 horas
- 16 a 20 horas

21 a 25 horas

26 a 30 horas

Más de 31 horas

3. Por favor rodee el número que describe mejor cómo de preparado se siente para realizar las siguientes acciones (1 = nada preparado, 2 = algo preparado, 3 = moderadamente preparado, 4 = preparado, 5 = bien preparado, 6 = muy bien preparado).

a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI	1	2	3	4	5	6
b. Responder apropiadamente cuando una usuaria revela abusos	1	2	3	4	5	6
c. Identificar indicadores de VCI basándose en la historia clínica y el examen físico	1	2	3	4	5	6
d. Evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6
e. Ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre	1	2	3	4	5	6
f. Realizar una evaluación del riesgo de los hijos de las víctimas	1	2	3	4	5	6
g. Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad	1	2	3	4	5	6
h. Documentar la historia de VCI y los hallazgos del examen en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
i. Realizar referencias apropiadas en caso de VCI	1	2	3	4	5	6
j. Complementar los documentos legales que se requieren para casos de						
VCI	1	2	3	4	5	6
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6
Violencias contra niños	1	2	3	4	5	6

4. ¿Cuánto siente que sabe sobre...? (1 = Nada, 2 = Muy poco, 3 = Moderadamente, 4 = Una cantidad justa, 5 = Bastante, 6 = Mucho)

a. Sus obligaciones legales con respecto a la notificación en caso de:						
VCI	1	2	3	4	5	6
Violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6

Violencia contra niños	1	2	3	4	5	6
b. Signos y síntomas de VCI	1	2	3	4	5	6
c. Como registrar la VCI en la historia clínica	1	2	3	4	5	6
d. Recursos para la referencia a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6
e. Agresores de VCI	1	2	3	4	5	6
f. Relación entre VCI y embarazo	1	2	3	4	5	6
g. Reconocer los efectos en los niños de ser testigos de la VCI	1	2	3	4	5	6
h. Qué preguntas hacer para identificar VCI	1	2	3	4	5	6
i. Por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI	1	2	3	4	5	6
j. Su papel en la detección de VCI	1	2	3	4	5	6
k. Qué decir y no decir a una usuaria que sufre VCI	1	2	3	4	5	6
l. Determinar el peligro en una usuaria que sufre violencia	1	2	3	4	5	6
m. Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI	1	2	3	4	5	6
n. Las etapas por las que las víctimas de VCI pasan para entender y cambiar su situación	1	2	3	4	5	6

5. ¿Hay protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio? (marque una opción)

- Sí, y es ampliamente usado
- Sí, pero no se usa
- No
- No estoy seguro
- No aplica a mi grupo de usuarios

6. ¿Está familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de su institución?

- Sí

No

No estoy seguro

No aplica a mi grupo de usuarios

7. ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)?

Si

No

No estoy seguro

No aplica a mi grupo de usuarios

### Sección III: Actitudes

1 - Para cada uno de los enunciados siguientes por favor indique su respuesta en una escala desde “totalmente en desacuerdo (1)” a “totalmente de acuerdo (7)”,

1. Si una víctima de VCI no reconoce el abuso, es muy poco lo que puede hacer para ayudarla	1	2	3	4	5	6	7
2. Pregunto a cada nueva usuaria sobre la posibilidad de violencia en sus relaciones	1	2	3	4	5	6	7
3. El ambiente en el trabajo anima a responder a la VCI	1	2	3	4	5	6	7
4. Puedo hacer referencias adecuadas a servicios en la comunidad para las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7
5. Soy capaz de identificar VCI sin necesidad de preguntar a la usuaria sobre ello	1	2	3	4	5	6	7
6. No tengo la suficiente preparación para ayudar a las pacientes a afrontar situaciones de VCI	1	2	3	4	5	6	7
7. Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VCI	1	2	3	4	5	6	7
8. Las víctimas de abuso tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre si el personal sanitario debe intervenir o no	1	2	3	4	5	6	7
9. Me siento cómodo hablando de VCI con mis pacientes	1	2	3	4	5	6	7

10. No tengo las habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea	1	2	3	4	5	6	7		
a) mujer	1	2	3	4	5	6	7		
b) hombre	1	2	3	4	5	6	7		
c) de una cultura/etnia diferente	1	2	3	4	5	6	7		
11. Si una víctima de VCI permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia	1	2	3	4	5	6	7		
12. Conozco los requerimientos legales para reportar casos sospechosos de:	1	2	3	4	5	6	7		
a) VCI	1	2	3	4	5	6	7		
b) violencia contra personas ancianas	1	2	3	4	5	6	7		
c) violencia contra niños	1	2	3	4	5	6	7		
13. El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7		
14. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente a algunos malestares (eje depresión, migrañas)	1	2	3	4	5	6	7		
15. Si la usuaria se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas	1	2	3	4	5	6	7		
16. Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quieren	1	2	3	4	5	6	7		
17. Cumpló con el protocolo regional/nacional sobre la VCI	1	2	3	4	5	6	7		
18. El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todos los pacientes sobre VCI	1	2	3	4	5	6	7		
19. Mi lugar de trabajo me permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7		
20. He contactado servicios en la comunidad para establecer referencias en caso de VCI	1	2	3	4	5	6	7		
21. El abuso de alcohol es una causa principal de VCI	1	2	3	4	5	6	7		
22. Hacer screening/tamizaje de VCI probablemente ofenderá a las personas quienes se pregunta	1	2	3	4	5	6	7		
23. Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a víctimas de VCI	1	2	3	4	5	6	7		
24. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente de algunas lesiones(ej. hematomas, fracturas)	1	2	3	4	5	6	7		
25. Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de	1	2	3	4	5	6	7		

la VCI									
26. El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a los usuarios en relación a la VCI	1	2	3	4	5	6	7		
29. Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI	1	2	3	4	5	6	7		
27. Entiendo porque las víctimas de VCI no siempre cumplen las recomendaciones del personal sanitario	1	2	3	4	5	6	7		
28. El uso de alcohol y otras drogas está relacionado con la víctima de VCI	1	2	3	4	5	6	7		
29. Puedo reconocer a una víctima de VCI por la manera de comportarse	1	2	3	4	5	6	7		

2. ¿Cuál de las siguientes le parece a usted, es la forma más apropiada de preguntar sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- ¿Es usted una víctima de su pareja?
- ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o amenazado?
- ¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?
- ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o ha hecho daño?
- Otras. Si desea puede especificar

3. ¿Brinda usted a sus usuarios víctimas de VCI materiales educativos y sobre recursos? (marque una opción)

- Si, casi siempre
- Si, cuando es seguro para la usuaria
- Si, pero solo cuando la paciente lo pide
- No, ya que no hay recursos adecuados para referencia en la comunidad
- No, porque creo que estos materiales no son útiles en general

No, otra razón (especificar)

No aplica a mi grupo de pacientes

4. Para cada víctima de VCI que ha identificado en los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha realizado las siguientes acciones?:

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	Casi siempre	Siempre	N/A
a. Documentado el testimonio de la usuaria en la historia clínica						
b. Utilizando un gráfico del cuerpo para documentar lesiones de la usuaria						
c. Fotografiado las lesiones de las víctimas para incluirlas en la historia clínica						
d. Notificado a las autoridades apropiadas cuando es obligatorio						
e. Realizado una evaluación del riesgo de la víctima						
f. Realizado una evaluación del riesgo de los hijos de la víctima						
g. Ayudar a una víctima de VCI a hacer un plan de seguridad						
h. Contactado un proveedor de servicios para víctimas de VCI						
I. Ofrecido una actitud y palabras que validen y apoyen a la víctima						
j. Provisto de información básica sobre VCI						

k. Provisto de referencia e información sobre otros recursos						
--	--	--	--	--	--	--

#### Sección IV: Prácticas

1. ¿Cuándo indaga y/o hace screening sobre VCI? (marque todos los ítems que considere pertinente)

- No pregunto
- Pregunto a todos los nuevos usuarios
- Pregunto a todas las nuevas usuarias mujeres
- Pregunto a todas las usuarias con indicadores de abuso en la historia o el examen físico
- Pregunto a todas las usuarias una vez al año
- Pregunto a todas las embarazadas en momentos específicos durante el embarazo
- Pregunto a todos los usuarios periódicamente
- Pregunto a todas las usuarias periódicamente
- Pregunto a ciertas categorías de pacientes (ver abajo)
- Adolescentes
- Mujeres jóvenes (menores de 30)
- Mujeres mayores de 65 años
- Mujeres solteras o divorciadas
- Mujeres casadas
- Mujeres que abusan del alcohol u otras drogas
- Mujeres solteras
- Mujeres migrantes



- Mujeres lesbiana
- Mujeres con depresión, conductas suicidas
- Mujeres embarazada
- Mujeres que concurren con mis usuarios pediátricos (si aplica)
- Madres y/ o tutoras de niños que muestran signos de ser testigos de VCI
- Otras. Favor especificar \_\_\_\_\_

2. En los últimos seis meses ¿Cuál de las siguientes opciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VCI? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- No he identificado VCI en los últimos seis meses
- Entregué información (números de teléfono, folletos, otra información) a la paciente
- Aconsejé a la usuaria sobre las opciones que podría tener
- Hice una valoración de riesgo de la víctima
- Hice una valoración de riesgo de los hijos de la víctima
- Ayude a que la paciente hiciera un plan de seguridad
- Referí a la usuaria a:
- Terapia individual
- Terapia de pareja
- Terapia para los niños grupo de apoyo
- Trabajador social en el centro de atención primaria
- Programa para jóvenes víctimas de VCI - casas de acogida
- Consejería sobre abuso de alcohol/sustancias

- Línea telefónica local de ayuda VCI
- Servicios de protección infantil
- Apoyo legal, abogados
- Programa para maltratadores
- Organización religiosa, iglesia
- Grupo de apoyo para mujeres víctimas de VCI
- Línea telefónica nacional para VCI
- Grupo de apoyo para lesbianas/gay/transexual/ bisexuales
- Policía nacional, regional o local
- Recursos de apoyo para vivienda, educación, trabajo o apoyo económico
- Otros lugares de referencia (describir): \_\_\_\_\_
- Otras acciones (describir) \_\_\_\_\_

3. ¿Trabaja en una institución donde es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos?

- Si
- No
- No estoy seguro/a
- No aplicable (no en práctica clínica)

4. ¿Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de su Policlínica?

- Si

No

No estoy seguro/a

5. ¿A cuántas usuarias que ha detectado VCO les realizó seguimiento?

Ninguna

1 – 5

6 – 10

11 – 20

21 o más

6. Rodee con un círculo V para “Verdadero”, F para “Falso” o NS para “No sé” para las respuestas de las siguientes preguntas:

	V	F	NS
a. El consumo de alcohol es el predictor más importante del riesgo de VCI			
b. No hay razones para no dejar una relación violenta			
c. Las razones de preocupación sobre VCI no deben incluirse en la historia clínica si la usuaria no revela la VCI			
d. Al preguntar a la usuaria sobre VCI se deben usar las palabras “abusada” o “maltratada”			
e. Ser comprensivo con la usuaria que decide permanecer en una relación violenta			
f. Las víctimas de VCI son capaces de tomar decisiones apropiadas sobre cómo manejar la situación			
g. El personal sanitario no debe presionar a las usuarias a reconocer que viven una relación violenta			
h. Las víctimas de VCI sufren un riesgo elevado de lesiones cuando abandonan la relación			
i. Las heridas por estrangulamiento son raras en caso de VCI			
j. Dejar que las parejas o amigos estén presentes durante la historia clínica o el examen físico de la paciente asegura la seguridad de la víctima de VCI			

k. Incluso si los niños no están en peligro inmediato el personal de salud está obligado a reportar a los servicios de protección de la infancia que los niños están siendo testigos de VCI

--	--	--

## **Apéndice 2: Permisos pertinentes**

Montevideo 18 de marzo de 2022.

Intendencia de Montevideo

Departamento de Desarrollo Social

División Salud

Servicio de Atención a la Salud

Ante quien corresponda:

Estimad@s por la presente quien suscribe Lic. Esp. Laura Uturbey solicita a ustedes la autorización para llevar a cabo la investigación que se ha identificado con el título:

Violencia del compañero íntimo contra la mujer. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad de Montevideo - Uruguay. La misma ha sido elaborada como parte de los requisitos de la Maestría en Salud Comunitaria, perteneciente al Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Generación 2014. El estudio será descriptivo, cuantitativo de corte transversal y se utilizará una muestra no probabilística por conveniencia. Los criterios de inclusión comprenden al personal de salud que atienden a mujeres mayores de 15 años en las Policlínicas del SAS.

El estudio está pautado para ser ejecutado una vez se obtenga el aval de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería. La recolección de los datos se llevará a cabo, mediante un cuestionario autoadministrado, anónimo, en soporte papel que se entregará y se recolectará en

dos oportunidades separadas. Se brindará un instructivo que indique cómo proceder al llenado del cuestionario.

El protocolo fue presentado al Comité de Ética de la Investigación, Facultad de Enfermería, UdelaR. Así como se tomó en cuenta lo establecido en el Código internacional de ética para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). El objetivo general que se plantea es explorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del SAS frente a la VBG.

Una vez aprobada la Tesis, los resultados obtenidos serán devueltos al SAS en formato papel y electrónico.

Sin otro particular, saluda cordialmente

Lic. Esp. Laura Uturbey

### **Apéndice 3: Instructivo de llenado del cuestionario de la investigación**

#### **Violencia del compañero íntimo contra la mujer.[]**

#### **Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad de Montevideo - Uruguay.**

Recomendaciones con ejemplos de los prototipos de las preguntas del Cuestionario:

Antes de completar los datos solicitados recuerde haber firmado el consentimiento informado el cual le será brindado junto con el Cuestionario y el presente Instructivo.

Lea atentamente este Instructivo de Llenado, ya que le orientará respecto de cómo completar el Cuestionario.

Al inicio de cada cuestionario usted verá el siguiente párrafo:

“Sus respuestas sinceras en el siguiente cuestionario nos ayudarán a la mejor detección y manejo de las situaciones relacionadas con la violencia de compañero íntimo (VCI). Por favor, responda instintivamente con lo primero que le venga a la cabeza, incluso si piensa que no es una respuesta “políticamente correcta”. Trate de no pensar en cómo “deberían de ser” sus respuestas.

Algunas preguntas podrían parecer similares a otras. Sin embargo, le pedimos que conteste todas las preguntas para asegurar la confiabilidad del estudio. Gracias por tomarse el tiempo para completar el cuestionario.”

Lo que asegura que usted puede responder lo que le parezca pertinente y de acuerdo a su criterio ya que es individual y anónimo.

Seguidamente en cada pregunta tiene en el ítem como debe marcar y/ o escribir la respuesta que le parezca correcta.

**Ejemplo 1:** En la Sección I: Perfil de la persona participante

Se le solicita que escriba en los ítems correspondientes lo siguiente

1. Edad \_\_\_\_\_ **con números su edad**
2. Con qué género se identifica?:  Hombre  Mujer: **(marque una)**
3. Trabajo en el centro de atención primaria como: **(marque una)**  
 Médico de familia  Pediatra.....etc.
4. ¿Cuánto tiempo ha estado trabajando en primer nivel de atención?  
\_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses **Completar con números**
5. De media ¿cuántos pacientes atiende por semana? **(marque una):**  
 No veo pacientes  
 Menos de 20.....etc.
6. ¿Cuánta formación en temas VCI ha tenido usted? (por favor marque las opciones pertinentes)

Ninguna  He leído el protocolo de actuación,..... etc.

**Ejemplo 2: se le solicita que por favor rodee el número que describe mejor como de preparado se siente para realizar las siguientes acciones** (1=nada preparado, 2=algo preparado, 3=moderadamente preparado, 4=preparado, 5=bien preparado, 6=muy bien preparado)

a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI: 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

**Ejemplo 3:** De las situaciones descritas abajo, ¿en cuáles de ellas indaga/hace screening sobre VCI? (**marque todos los ítems que considere pertinente**)

**Ejemplo 4:** ¿con qué frecuencia durante los últimos seis meses ha indagado sobre la posibilidad de VCI cuando ha visto pacientes con los siguientes problemas? **Poner una cruz en la tabla y de acuerdo a la opción correspondiente a la fila y a la columna con estos ítems:Nunca. Rara vez. Algunas veces. Casi siempre. Siempre. N/A**

**Ejemplo 5:** En los últimos seis meses ¿Cuál de las siguientes opciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VCI? (**marque todos los ítems que considere pertinentes**)

No he identificado VCI en los últimos seis meses

Entregue información (números de teléfono, folletos, otra información) a la paciente...etc.

**Ejemplo 6: Rodee con un círculo V para “Verdadero”, F para “Falso” o NS para “No sé” para las respuestas de las siguientes preguntas:**

a. El consumo de alcohol es el predictor más importante del riesgo de VCI... Etc.

Esperamos le haya sido de utilidad el presente Instructivo. Si tiene alguna duda o consulta no resuelta en este Instructivo de Llenado, le solicitamos se contacte con la investigadora a través del mail o el celular para que nos contacte y podamos ayudarle. Gracias.

## **Apéndice 4: Operacionalización de las variables**

### **Dimensión: Perfil del participante.**

1. **Variable:** Edad

Definición conceptual: es el tiempo que ha vivido el participante desde su nacimiento hasta la fecha del llenado del cuestionario en años.

Definición operacional: cuantitativa continua.

Categorías: De 20 a 30, de 31 a 40, de 41 a 50, de 51 a 60 y mayor de 60 años.

2. **Variable:** Género

Definición conceptual: identificación de la pertenencia a un sexo y no a otro.

Definición operacional: cualitativa, dicotómica nominal.

Categoría: Hombre / Mujer

3. **Variable:** Cargo que ocupa en el servicio.

Definición conceptual: Estamento que posee en el servicio sanitario.

Definición operacional: cualitativa nominal.

Categoría: Médico, Médico de Familia y Comunitario, Licenciado en Nutrición, Trabajador Social, Ginecólogo, Licenciada Obstetra Partera, Licenciado en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Licenciado en Psicología, Dr. en Odontología, Otros.

4. **Variable:** Tiempo que lleva trabajando en el área.

Definición conceptual: Periodo de tiempo que ejerce su profesión en su unidad de trabajo (Policlínica).

Definición operacional: cuantitativa, continua.

Indicadores: De 1 a 5 años, de 6 a 10 años, de 11 a 15, de 16 a 20 y mayor o igual a 21 años.

5. **Variable:** Media de usuarios atendidos en una semana.

Definición conceptual: Cantidad de usuarios promedio que atiende por semana.

Definición operacional: Cuantitativa, continua.



Indicador: No veo pacientes, Menos de 20, 20 – 39, 40 – 59, 60 o más.

### **Dimensión: Conocimientos**

1. **Variable:** Formación en temas de VCI

Definición conceptual: el conjunto de actividades didácticas, orientadas a ampliar los conocimientos, habilidades y aptitudes del personal de salud sobre VCI.

Definición operacional: cuantitativa, continua.

Categorías: Ninguna, He leído el protocolo de actuación, He visto un vídeo, He atendido una conferencia o sesión de sensibilización, He participado de un curso básico (20 horas), He recibido formación durante la carrera - clases teóricas, He recibido formación durante la carrera - clases Prácticas, Formación durante la residencia o postgrado, Formación especializada: Formación de formadores, especialización, Otra formación en profundidad (más de 20 horas), Otra (especificar).

2. **Variable:** Número estimado de horas de formación en VCI recibidas.

Definición conceptual: Cantidad de horas de formación recibida en VCI.

Definición operacional: Cuantitativa, continua.

Indicador: No recibí formación, Menos de 20, 20 – 39, 40 – 59, 60 o más.

3. **Variable:** Percepción del participante con respecto al grado de preparación frente a casos de VCI.

Definición conceptual: es el proceso mediante el cual el profesional reconoce e interpreta su escala de preparación académica ante casos de VCI.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

a. Hacer preguntas apropiadas sobre VCI

b. Responder apropiadamente cuando una paciente revela abusos

c. Identificar indicadores de VCI basándose en la historia clínica y el examen físico

- d. Evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI
  - e. Ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre
  - f. Realizar una evaluación del riesgo de los hijos de las víctimas
  - g. Ayudar a la víctima de violencia a crear un plan de seguridad
  - h. Documentar la historia de VCI y los hallazgos del examen en la historia clínica.
  - i. Realizar referencias apropiadas en caso de VCI
  - j. Complementar los documentos legales que se requieren para casos de
- Indicadores: 1= nada preparado, 2 = algo preparado, 3 = algo preparado 4 = moderadamente preparado, 5 = preparado, 6 = bien preparado, 7 = muy bien preparado.

4. **Variable:** Percepción del participante con respecto a la preparación que siente que posee frente a casos de VCI.

Definición conceptual: es la valoración subjetiva del profesional con respecto a su conocimiento en relación VCI.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

a. Sus obligaciones legales con respecto a la notificación en caso de:

VCI

Violencia contra personas ancianas

Violencias contra niños

- b. Signos y síntomas de VCI
- c. Como registrar la VCI en la historia clínica
- d. Recursos para la referencia a víctimas de VCI
- e. Agresores de VCI
- f. Relación entre VCI y embarazo
- g. Reconocer los efectos en los niños de ser testigos de la VCI

- h. Qué preguntas hacer para identificar VCI
- i. Por qué una víctima puede decidir no revelar la VCI
- j. Su papel en la detección de VCI
- k. Que decir y no decir a una usuaria que sufre violencia
- l. Determinar el peligro en una usuaria que sufre violencia
- m. Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VCI
- n. Las etapas por las que las víctimas de VCI pasan para entender y cambiar su situación

Indicadores: 1 = Nada, 2 = Muy poco, 3 = Moderadamente, 4 = Una cantidad justa, 5 = Bastante, 6 = Mucho

5. **Variable:** Conocimiento sobre existencia de protocolo de manejo de casos de VCI en su servicio.

Definición conceptual: Información sobre la presencia de un protocolo sobre VCI en su unidad de trabajo (Policlínica)

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- Sí, y es ampliamente usado
- Sí, y se usa hasta cierto punto
- Sí, pero no se usa
- No
- No estoy seguro
- No aplica a mi grupo de pacientes
- No estoy haciendo práctica clínica

6. **Variable:** Conocimiento de las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de la institución

Definición conceptual: Información sobre las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VCI de la institución.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- Sí
- No
- No estoy seguro
- No aplicable

7. **Variable:** Percepción del profesional sobre la existencia de recursos apropiados de referencia de casos de VCI dentro de la Policlínica.

Definición conceptual: proceso mediante el cual el profesional reconocen la existencia de recursos apropiados de referencia de VCI en el centro de salud.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- Si
- No
- No estoy seguro
- No estoy haciendo práctica clínica
- No aplica a mi grupo de usuarios

### **Dimensión: Actitudes**

1. **Variable:** Percepción del participante con respecto a su proceder con relación a situaciones factibles de VCI en su consulta.

Definición conceptual: valoración subjetiva del profesional con respecto a su proceder con relación a situaciones factibles de VCI en su consulta.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

## Categorías:

1. Si una víctima de VCI no reconoce el abuso, es muy poco lo que puede hacer para ayudarlo.
2. Pregunto a cada nueva paciente sobre la posibilidad de violencia en sus relaciones.
3. El ambiente en el trabajo anima a responder a la VCI.
4. Puedo hacer referencias adecuadas a servicios en la comunidad para las víctimas de VCI.
5. Soy capaz de identificar VCI sin necesidad de preguntar a la usuaria sobre ello.
6. No tengo la suficiente preparación para ayudar a las pacientes a afrontar situaciones de VCI.
7. Usuarios que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedentes de VCI.
8. Las víctimas de abuso tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre si el personal sanitario debe intervenir o no.
9. Me siento cómodo hablando de VCI con mis usuarios.
10. No tengo las habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VCI que sea: a) mujer, b) hombre, c) de una cultura/etnia diferente
11. Si una víctima de VCI permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia.
12. Conozco los requerimientos legales para reportar casos sospechosos de: a) VCI, b) violencia contra personas ancianas, c) violencia contra niños.
13. El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación con la VCI.
14. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente a algunos malestares (eje depresión, migrañas).

15. Si la usuaria se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas.
16. Las víctimas de abuso podrían dejar la relación si así lo quieren.
17. Cumpló con el protocolo regional/nacional sobre la VCI.
18. El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todos los usuarios sobre VCI.
19. Mi lugar de trabajo me permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas de VCI.
20. He contactado servicios en la comunidad para establecer referencias en caso de VCI.
21. El abuso de alcohol es una causa principal de VCI.
22. Las víctimas de VCI a menudo tienen razones válidas para permanecer en la relación abusiva.
23. Estoy demasiado ocupado para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VCI.
24. Hacer screening/tamizaje de VCI probablemente ofenderá a las personas quienes se pregunta
25. Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a víctimas de VCI.
26. Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar la VCI como la causa subyacente de algunas lesiones (ej. hematomas, fracturas).
27. Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de la VCI.
28. El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a los pacientes con relación a la VCI.

29. Puedo adaptar mis intervenciones terapéuticas dependiendo de la fase en la que se encuentra la persona con VCI.

30. Entiendo porque las víctimas de VCI no siempre cumplen las recomendaciones del personal sanitario.

31. El uso de alcohol y otras drogas está relacionado con la víctima de VCI.

32. Puedo reconocer a una víctima de VCI por la manera de comportarse.

Indicadores: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = Muy poco de acuerdo, 3 = Moderadamente de acuerdo, 4 = Una cantidad justa de acuerdo, 5 = Bastante de acuerdo, 6 = totalmente de acuerdo.

2. **Variable:** Identifique la forma más apropiada de preguntar sobre VCI

Definición conceptual: Reconocer de acuerdo a el profesional la forma más apropiada de preguntar sobre VCI.

Definición operacional: cualitativa

Categorías: (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- ¿Es usted una víctima de pareja?
- ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o amenazado?
- ¿Alguna vez ha sentido miedo de su pareja?
- ¿Alguna vez su pareja le ha pegado o ha hecho daño?

Otras. Si desea especifique:

3. **Variable:** Brindar materiales educativos y sobre recursos a posibles víctimas de VCI.

Definición conceptual: Ofrecer información a través de materiales y/o recursos a posibles víctimas de VCI en su unidad de trabajo (Policlínica).

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías: (marque una opción)

- Si, casi siempre

- Si, cuando es seguro para la usuaria
- Si, pero solo cuando la usuaria lo pide
- No, ya que no hay recursos adecuados para referencia en la comunidad
- No, porque creo que estos materiales no son útiles en general
- No, otra razón (especificar)
- No aplica a mi grupo de usuarios
- No estoy haciendo práctica clínica

4. **Variable:** Identificación de frecuencia de acciones realizadas para cada víctima de VCI que ha detectado en los últimos 6 meses.

Definición conceptual: Corroborar las actividades acciones realizadas para cada víctima de VCI que ha identificado en los últimos 6 meses.

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- a. Documentado en testimonio de la paciente en la historia clínica
- b. Utilizando un gráfico del cuerpo para documentar lesiones de la paciente
- c. Fotografiado las lesiones de las víctimas para incluirlas en la historia clínica
- d. Notificado a las autoridades apropiadas cuando es obligatorio
- e. Realizado una evaluación del riesgo de la víctima
- f. Realizado una evaluación del riesgo de los hijos de la víctima
- g. Ayudar a una víctima de VCI a hacer un plan de seguridad
- h. Contactado un proveedor de servicios para víctimas de VCI
- i. Ofrecido una actitud y palabras que validen y apoyen a la víctima
- j. Provisto de información básica sobre VCI
- k. Provisto de referencia e información sobre otros recursos

Indicadores: Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre, Siempre, No aplica.



## **Dimensión: Prácticas**

### 1. **Variable:** Preguntas sobre VCI

Definición conceptual: Proceso de interrogantes para ahondar sobre VCI.

Definición operativa: cualitativa

Categorías:

- No aplicable. No hago práctica clínica
- No pregunto
- Pregunto a todas los nuevos y las nuevas usuarias
- Pregunto a todas las nuevas usuarias mujeres
- Pregunto a todas las usuarias con indicadores de abuso en la historia o en el examen físico
- Pregunto a todas las usuarias mujeres una vez al año
- Pregunto a todas las embarazadas en momentos específicos durante el embarazo
- Pregunto a todos y todas las usuarias periódicamente
- Pregunto a todas las usuarias mujeres periódicamente
- Pregunto a ciertas categorías de usuarias: Adolescentes, Mujeres jóvenes (menores de 30), Mujeres mayores de 65 años, Mujeres solteras o divorciadas, Mujeres casadas, Mujeres que abusan del alcohol u otras drogas, Mujeres solteras, Mujeres migrantes, Mujeres lesbianas, Mujeres con depresión, conductas suicidas, Mujeres embarazadas, Acompañantes mujeres de mis usuarios pediátricos (si aplica), Madres y/o tutoras de usuarios pediátricos que muestran signos de ser testigos de VCI, Mujeres de niños con sospecha o cosas confirmados de abuso o abandono infantil, Otras. Favor especificar

### 2. **Variable:** Acciones realizadas en los últimos seis meses cuando ha identificado un caso de VCI.

Definición conceptual: Actividad realizada ante la detección de VCI.

Definición operativa: cualitativa

Categorías:

- No he identificado VCI en los últimos seis meses
- Entregué información (números de teléfono, folletos, otra información) a la usuaria
- Aconsejé a la usuaria sobre las opciones que podría tener
- Hice una valoración de riesgo de la víctima
- Hice una valoración de riesgo de los hijos de la víctima
- Ayudé a que la usuaria hiciera un plan de seguridad
- Referí a la usuaria a:
  - Terapia individual
  - Terapia de pareja
  - Terapia para los niños grupo de apoyo
  - Trabajador social en el centro de atención primaria
  - Programa para jóvenes víctimas de VCI - casas de acogida
  - Consejería sobre abuso de alcohol/sustancias
  - Línea telefónica local de ayuda VCI
  - Servicios de protección infantil
  - Apoyo legal, abogados
  - Programa para maltratadores
  - Organización religiosa, iglesia
  - Grupo de apoyo para mujeres víctimas de VCI
  - Línea telefónica nacional para VCI
  - Grupo de apoyo para lesbianas/gay/transexual/ bisexuales
  - Policía nacional, regional o local
  - Recursos de apoyo para vivienda, educación, trabajo o apoyo económico

- Otros lugares de referencia (describir)
- Otras acciones (describir)

3. **Variable:** Conocimiento sobre si es legalmente obligatorio notificar los casos de VCI de adultos en su lugar de trabajo.

Definición conceptual: Información sobre la obligatoriedad de notificación sobre casos de VCI en su unidad de trabajo (Policlínica)

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- Si
- No
- No estoy segura/o
- No aplicable (no en práctica clínica)

4. **Variable:** Percepción del profesional con respecto al conocimiento que posee sobre los recursos para referencia de pacientes con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)

Definición conceptual: es el proceso mediante el cual el profesional reconocen e interpretan su escala de conocimientos sobre los recursos para referencia de usuarias con VCI en su comunidad (casa de acogida, grupos de apoyo)

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Categorías:

- Si
- No
- No estoy seguro
- No estoy haciendo práctica clínica
- No aplica a mi grupo de pacientes

5. **Variable:** Seguimiento de las usuarias que diagnosticó con VCI

Definición conceptual: Aplicación de seguimiento de diagnóstico de VCI

Definición operacional: cuantitativa, ordinal

Indicadores: Ninguna, 1 – 5, 6 – 10, 11 – 20, 21 o más. No aplicable - no trabajo en clínica

6. **Variable:** Acciones de seguimiento a las usuarias con VCI

Definición conceptual: Describir las acciones realizadas para el seguimiento a las usuarias con VCI.

Definición operacional: cualitativa

Indicador: descripción

7. **Variable:** Identificación del profesional sobre diferentes situaciones de VCI

Definición conceptual: Reconocer de acuerdo a cada profesional las situaciones detalladas de VCI.

Definición operacional: cualitativa

Categorías: Rodee con un círculo para las respuestas de las siguientes preguntas:

- a. El consumo de alcohol es el predictor más importante del riesgo de VCI
- b. No hay razones para no dejar una relación violenta
- c. Las razones de preocupación sobre VCI no deben incluirse en la historia clínica si la paciente no revela la VCI
- d. Al preguntar a la paciente sobre VCI se deben usar las palabras “abusada” o “maltratada”
- e. Ser comprensivo con las acciones de una paciente de permanecer en una relación violenta condona/significa aprobar, aceptar el abuso
- f. Las víctimas de VCI son capaces de tomar decisiones apropiadas sobre cómo manejar la situación
- g. El personal sanitario no debe presionar a las pacientes a reconocer que viven una relación violenta

- h. Las víctimas de VCI sufren un riesgo elevado de lesiones cuando abandonan la relación
- i. Las heridas por estrangulamiento son raras en caso de VCI
- j. Dejar que las parejas o amigos estén presentes durante a historia clínica o el examen físico de la paciente asegura la seguridad de la víctima de VCI
- k. Incluso si los niños no están en peligro inmediato los sanitarios están obligados a reportar a los servicios de protección de la infancia que los niños están siendo testigos de VCI

Indicadores: V para “Verdadero”, F para “Falso” o NS para “No sé”

### **Apéndice 5: Consentimiento informado para participantes de la investigación**

Estimado participante, esta investigación, Violencia del compañero íntimo contra la mujer. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad de Montevideo - Uruguay, responde a un requisito curricular para acceder al Trabajo final de Investigación de la Maestría en Salud Comunitaria, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República de Uruguay.

El propósito de este documento es informarles acerca de la investigación, cuyo objetivo es explorar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad de Montevideo - Uruguay.

La participación en este estudio no es de carácter obligatorio, si usted accede a contribuir debe completar un formulario reservado de uso exclusivo para esta investigación, que tomará aproximadamente 15 minutos.

Si tiene alguna duda sobre las preguntas o cualquier otro aspecto, puede manifestarlo al investigador, o no responderlas. Los procedimientos para la recopilación de datos que serán utilizados en la investigación se adjuntan al instrumento.

Dando cumplimiento a la resolución elaborada por la Comisión de Bioética y Calidad Integral de Atención a la salud del SNIS, el Decreto N° 158/19 de la ROU (Investigación en seres humanos), la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO y la Declaración de Helsinki, se le informa que Usted tiene la libertad de retirar el consentimiento en cualquier momento. Puede dejar de participar en este estudio sin perjuicio, ni riesgo. Tiene la garantía de que no va a ser identificado y toda la información aportada será confidencial. Se mantendrán todos los preceptos éticos y legales durante y después de la recopilación de los datos. El compromiso de que tiene acceso a la información en todas las fases del trabajo y los resultados.

Le agradecemos su participación

Investigadora Lic. Esp. Laura Renée Uturbey Dufau.

Tutor Magister. Lic. Esp. Cecilia Acosta.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) del objetivo, duración y anonimato del mismo. Se me ha garantizado la no identificación de mi persona y de la información por mí aportada.

-----

Nombre del Participante

(Letra de imprenta) 08/08/2021

-----

Firma del Participante

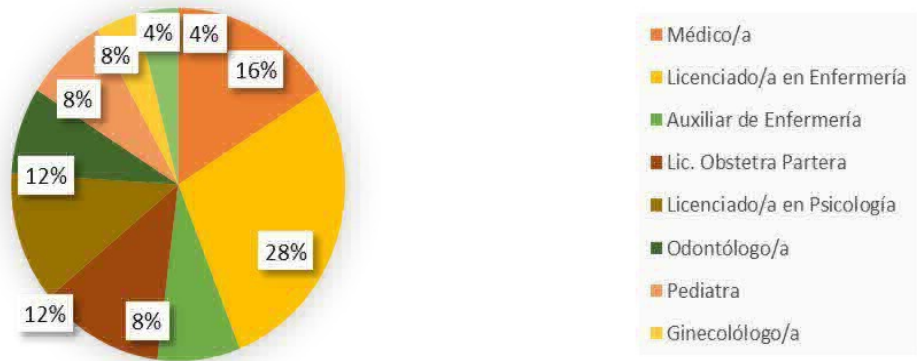
-----

Fecha

## **Apéndice 6: Tablas y gráficas**

**Gráfico 17:** Distribución de la población participante según su profesión.

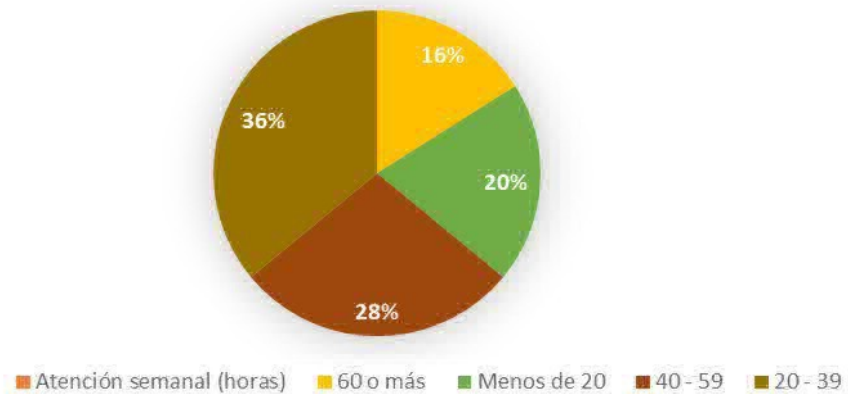
### Trabaja en la Policlínica como:



Fuente de datos: elaboración propia

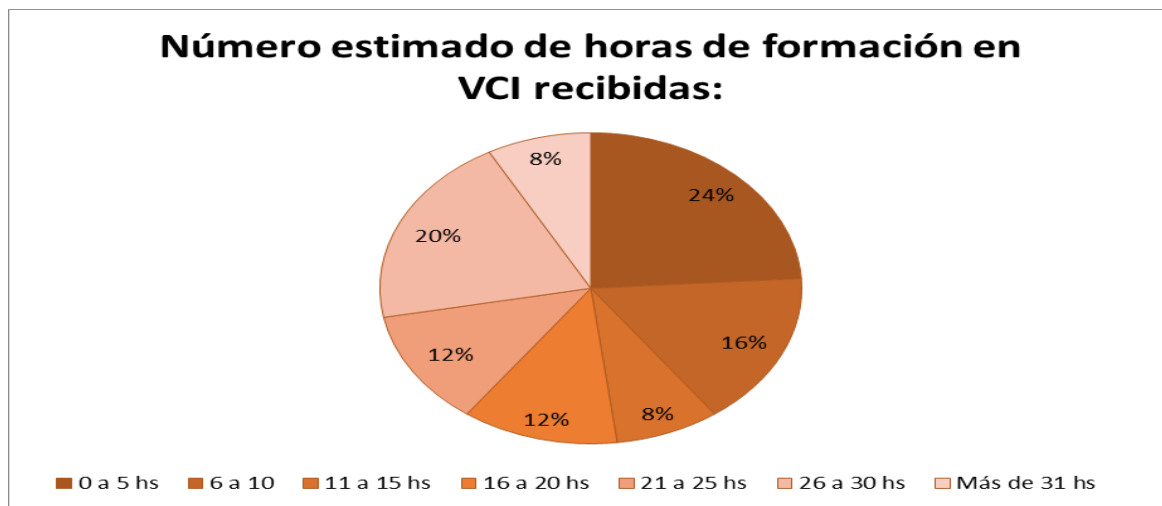
**Gráfico 18:** Distribución de la población participante según cuántos usuarios atiende por semana.

### De media, cuántos usuarios atiende por semana:



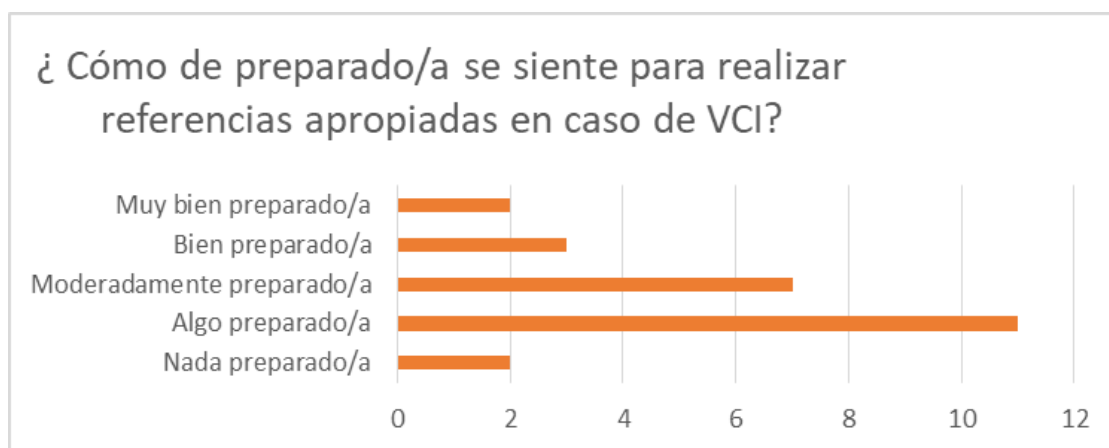
Fuente de datos: elaboración propia

**Gráfico 19:** Distribución de la población participante según horas de formación recibida.



Fuente de datos: elaboración propia

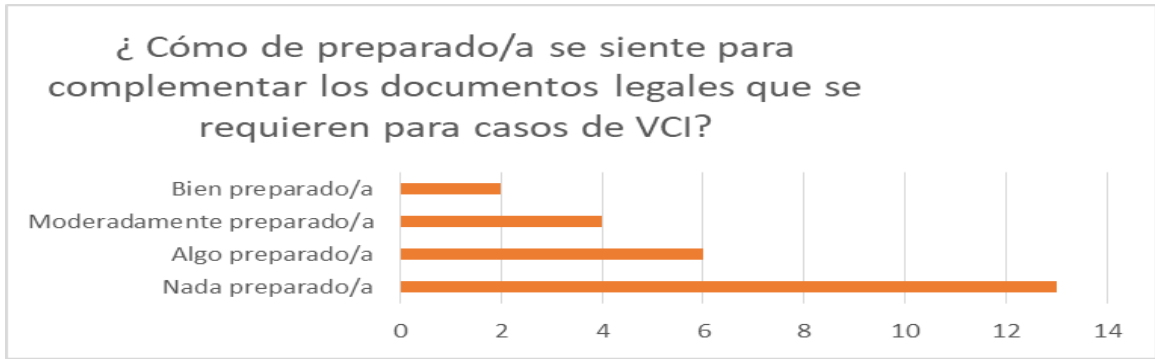
**Gráfico 20:** Distribución de la población participante según como de preparado se siente para realizar referencias apropiadas sobre VCI.



Fuente de datos: elaboración propia

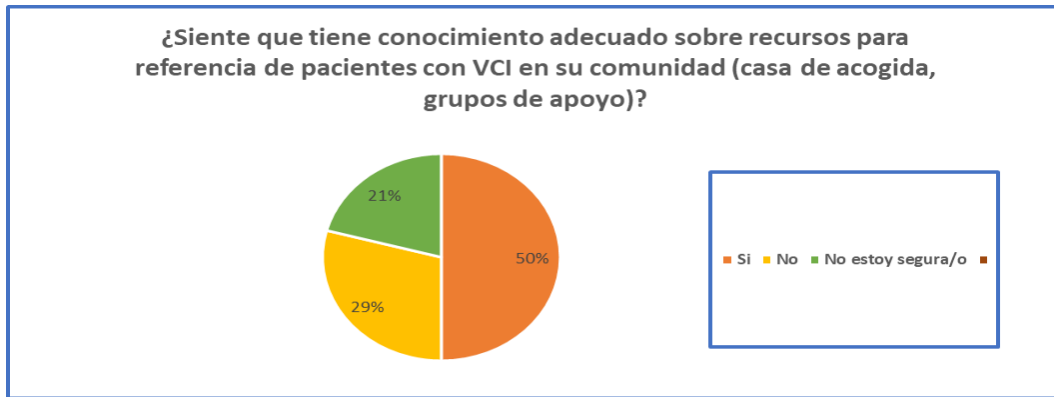
**Gráfico 21:** Distribución de la población participante según como de preparado se siente para completar los documentos legales que requieren los casos de VCI.





**Fuente de datos:** elaboración propia

**Gráfico 22:** Distribución de la población participante según como autopercebe sus conocimientos sobre recursos para referencia de casos de VCI.



**Fuente de datos:** elaboración propia

**Tabla 9:** Distribución de la población participante según cómo de preparado se siente para evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI.

**¿ Cómo de preparado se siente para evaluar la disponibilidad para el cambio de una víctima de VCI?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Nada preparado	10	40,0	40,0	40,0
Algo preparado	4	16,0	16,0	56,0
Moderadamente preparado	3	12,0	12,0	68,0
Bien preparado	2	8,0	8,0	76,0
Muy bien preparado	6	24,0	24,0	100,0

Total	25	100,0	100,0	
-------	----	-------	-------	--

**Fuente de datos:** elaboración propia

**Tabla 10:** Distribución de la población participante según cómo de preparado se siente para realizar una valoración de riesgo de letalidad a una víctima de VCI.

**¿ Cómo de preparado se siente ayudar a una víctima de VCI a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Nada preparado	5	20,0	20,0	20,0
Algo preparado	7	28,0	28,0	48,0
Moderadamente preparado	6	24,0	24,0	72,0
Bien preparado	4	16,0	16,0	88,0
Muy bien preparado	3	12,0	12,0	100,0
	25	100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia

**Tabla 11:** Distribución de la población participante según cómo de preparado se siente para realizar una evaluación del riesgo de los hijos de las víctimas

**¿ Cómo de preparado se siente para realizar una evaluación del riesgo de los hijos de las víctimas?**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulativo
Nada preparado	5	20,0	20,0	20,0
Algo preparado	8	32,0	32,0	52,0
Moderadamente preparado	5	20,0	20,0	72,0
Bien preparado	3	12,0	12,0	84,0
Muy bien preparado	4	16,0	16,0	100,0
		100,0	100,0	

**Fuente de datos:** elaboración propia

## ANEXOS

**Anexo 1:** Consideraciones éticas

Fecha de Publicación: 12/06/2019

PODER EJECUTIVO

CONSEJO DE MINISTROS

Decreto 158/019

Apruébase el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del MSP, relativo a la investigación en seres humanos. (2.447\*R)

Montevideo, 3 de junio de 2019

VISTO: el proceso de construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, que asigna especial importancia a las actividades de investigación en seres humanos, cuya regulación compete al Ministerio de Salud Pública, especialmente respecto de los aspectos vinculados a la protección de la salud y dignidad de las personas que voluntariamente participan en ella como sujetos de la misma;

RESULTANDO: I) que la investigación en seres humanos es una práctica muy extendida en los sistemas de salud a nivel internacional, que la misma es imprescindible para promover el desarrollo científico;

II) que desde la bioética deben preservarse en todos los casos la dignidad y los derechos humanos de todas las personas que participan en ella;

III) que es prioritario disponer de un adecuado sistema de cobertura contra los riesgos a que quedan expuestos los sujetos de las investigaciones en seres humanos en los que participan;

CONSIDERANDO: que la Comisión Nacional de Ética en Investigación, a que refiere el Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, estima necesario introducir modificaciones en el texto del mismo y del Anexo que lo integra;

ATENTO: a lo dispuesto en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Helsinki (año 2000), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Artículos 44 y 72 de la Constitución de la República, la Ley N° 9.202 del 12 de enero de

1934, el literal c) del Artículo 44 del Anexo del Decreto N° 379/008 del 4 de agosto de 2008, la Ley N° 18.331 del 11 de agosto de 2008, la Ley 18.335 del 15 de agosto de 2008 y Artículo 339 de la Ley N° 18.362 del 6 de octubre de 2008;

**Anexo 2: Aval del Comité de Ética.**



**Universidad de la República**

**Facultad de Enfermería**

Montevideo, 18 de marzo de 2022.

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Laura Uturbey

Se ha recibido el Protocolo: "Violencia del compañero íntimo contra la mujer. Una mirada desde los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de las Policlínicas del Servicio de Atención a la Salud de la Intendencia de la ciudad" presentado por la Lic. Laura Uturbey y en calidad de tutor la Lic. Cecilia Acosta.

En referencia al trabajo de investigación se considera que el tema es pertinente y presenta una estructura acorde al tipo de estudio.

Habiéndose levantado las observaciones oportunamente indicadas, este Comité avala el proyecto para la ejecución correspondiente.

Atentamente:

Prof. Inés Umpiérrez

Prof. Agrda. Araceli Otàrola

Mag. Lic. José Luis Priore

Dr. Alejandro Caraballo.