

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN:

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL
PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD SOBRE EL MANEJO DE
LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA
EN LA UNIDAD MÉDICA ELOY ALFARO, 2018”**

Autores:

Dra. Silvia del Carmen Suquillo Loachamín

Md. Nancy Janeth Vera Saltos

Directora de Tesis:

Dra. Katy Segarra

Director Metodológico:

Antropólogo Social, PhD. Alexis Rivas

Quito, 2018

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a la Dra. Karla Flores directora de la Unidad Médica Eloy Alfaro por permitirnos realizar el trabajo de investigación en esta institución y a todo el personal de salud que colaboró con su participación en el presente estudio.

De manera especial a nuestros tutores de tesis PhD. Alexis Rivas y Dra. Katy Segarra por habernos guiado durante este trabajo de titulación, por su paciencia, su constancia y su apoyo incondicional para poder avanzar en nuestro desarrollo profesional. Y a la Dra. Carmen Cabezas por su tiempo y colaboración dedicado a este estudio.

A los maestros del postgrado de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador que nos brindaron los conocimientos, herramientas y oportunidades para enriquecer nuestra profesión.

A los compañeros de clase quienes compartieron con nosotras sus conocimientos, cariño y amistad y a todas aquellas personas que durante estos tres años estuvieron apoyándonos y lograron que este sueño se haga realidad.

Silvia Suquillo & Nancy Vera S.

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedico principalmente a Dios, por ser nuestra inspiración y haber permitido llegar a este momento tan importante en mi formación profesional.

A mi esposo Sebastián Ramos, por su trabajo, esfuerzo y sacrificio, que día a día luchó a lado mío para poder ver cristalizado este sueño.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio durante todos estos años del postgrado, gracias a ustedes hemos logrado llegar a este punto de nuestra carrera y convertirnos en lo que somos.

A mi hermana, suegros y cuñada por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

Nancy Janeth Vera Saltos

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico con amor y humildad a mi Padre Celestial quien a su debido momento me regaló la dicha de continuar en el aprendizaje de esta bella profesión.

A mis amados padres, Gabriel y Luz María por compartir mi sueño y permitirme hacerlo realidad con su esfuerzo y sacrificio a lo largo de estos tres años y por ser la fuente de amor, fortaleza y confort en todos los momentos difíciles de mi vida.

A mi querido hermano Marco quien siempre estuvo a mi lado con cariño, apoyo y comprensión dándome palabras de aliento durante el postgrado para nunca rendirme y seguir adelante.

A mi cuñada Verito y a mi sobrina Gaby quienes fueron un pilar más para sostenerme en estos tres años, por darme ánimo y regalarme su compañía.

A mis tías Inés y Blanca y a Sandrita mi mejor amiga quienes siempre me han brindado su cariño y apoyo incondicional.

Silvia del Carmen Suquillo Loachamín

LISTA DE ABREVIATURAS

UMEA: Unidad médica Eloy Alfaro

VMIP: Violencia hacia la mujer infligida por la pareja

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

VIP: Violencia infligida por la pareja

UCE: Universidad Central del Ecuador

PUCE: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ESPOCH: Escuela Politécnica de Chimborazo

UDLA: Universidad de las Américas

UPS: Universidad Politécnica Salesiana

ELAM: Escuela Latinoamericana de Medicina (Cuba)

UCSG: Universidad Católica Santiago de Guayaquil

UNL: Universidad Nacional de Loja

UCUENCA: Universidad de Cuenca

UCV: Universidad Central de Venezuela

UTE: Universidad Tecnológica Equinoccial

TABLA DE CONTENIDO

1	CAPITULO I	1
1.1	Introducción	1
1.2	Justificación.....	3
2	CAPITULO II	6
2.1	Antecedentes	6
2.2	La Violencia	12
2.2.1	Definición de violencia	12
2.2.2	Formas de violencia	13
2.3	Violencia contra la mujer infligida por la pareja – definición de términos.....	14
2.3.1	Tipos de violencia contra la mujer infligida por su pareja	15
2.3.2	Factores de riesgo de violencia contra la mujer infligida por su pareja	16
2.4	Violencia contra la mujer infligida por la pareja en el Ecuador – Cifras estadísticas .	18
2.5	Consecuencias en la salud de la violencia contra la mujer infligida por la pareja	24
2.6	La Violencia contra la mujer infligida por su pareja como un problema social y de salud pública.....	25
2.7	Principales barreras de detección de violencia hacia la mujer infligida por la pareja .	28
2.8	Marco Legal	31
2.8.1	Normativa Ecuatoriana sobre la violencia contra la mujer infligida por la pareja	31
2.8.2	Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres	34
3	CAPITULO III	36
3.1	Perfil de la Unidad Médica Eloy Alfaro.....	36
4	CAPITULO IV	37
4.1	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	37
4.2	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	37
4.2.1	General:.....	37
4.2.2	Específicos:	37

4.3	HIPÓTESIS	38
4.4	ESTRATEGIA METODOLÓGICA	38
4.4.1	Tipo y técnicas del estudio	38
4.4.2	Recolección de los datos (Ver Anexos 3, 4, 5 y 6).....	39
4.4.3	Criterios de inclusión y exclusión	41
4.4.4	Selección de informantes	42
4.4.5	Variables.....	44
4.4.6	Operacionalización de variables – Perfil demográfico de los participantes	45
4.4.7	Operacionalización de variables cualitativas del estudio	47
4.4.8	Análisis de los datos	48
4.4.9	Aspectos Bioéticos	51
4.4.10	Limitaciones del estudio.....	52
5	CAPITULO V	53
5.1	RESULTADOS	53
5.1.1	ANALISIS DE VARIABLES DEMOGRAFICAS.....	53
5.1.2	ANALISIS DE VARIABLES CUALITATIVAS.....	59
6	CAPITULO VI	228
6.1	DISCUSION	228
6.1.1	Sobre materiales y métodos.....	228
6.1.2	Datos demográficos de los participantes	229
6.1.3	Conocimientos acerca de la detección y manejo de violencia hacia la mujer infligida por la pareja	230
6.1.4	Actitud de los participantes hacia la detección y manejo de la VMIP	235
6.1.5	Prácticas acerca del manejo y seguimiento de los casos de la VMIP.....	241
6.1.6	Recomendaciones sobre la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA.....	244
7	CAPITULO VII	246
7.1	CONCLUSIONES	246

7.2	RECOMENDACIONES	249
8	BIBLIOGRAFIA.....	251
9	ANEXOS.....	256

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución porcentual de la violencia hacia la mujer por perpetrador y tipo de agresión.....	19
Figura 2. Factores desencadenantes de la violencia a las mujeres por parte de su pareja o expareja (%).....	19
Figura 3. Distribución geográfica de la violencia a las mujeres por parte de la pareja - Mujeres que han sufrido violencia de género (física, psicológica, sexual, patrimonial) de su pareja.....	20
Figura 4. Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja por región geográfica y tipo de agresión.....	21
Figura 5. Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, por etnicidad.....	23
Figura 6. Instancias a las que han acudido las mujeres que han sufrido violencia de pareja: A pedir información y ayuda, o denunciarla (%)	23
Figura 7. Distribución de los participantes de la UMEA según el sexo, junio 2018.....	53
Figura 8. Distribución de los participantes de la UMEA según la edad, junio 2018	54
Figura 9. Distribución de los participantes de la UMEA según su estado civil, junio 2018	54
Figura 10. Distribución de los participantes de la UMEA según su nacionalidad, junio 2018	55
Figura 11. Distribución de la población de la UMEA según su lugar de procedencia, junio 2018.....	55
Figura 12. Distribución de la población de la UMEA según la religión, junio 2018....	56
Figura 13. Distribución de la población de la UMEA según su nivel de instrucción, junio 2018.....	57
Figura 14. Distribución de la población de la UMEA según su profesión, junio 2018.	57
Figura 15. Distribución de la población de la UMEA según su lugar de formación académica, junio 2018	58
Figura 16. Distribución de la población de la UMEA según su área de trabajo, junio 2018	58
Figura 17. Distribución de la población según el tiempo de trabajo en la UMEA, junio 2018	59

Figura 18. Conocimientos acerca de la definición de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	71
Figura 19. Conocimientos acerca de los tipos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	82
Figura 20. Conocimientos previos acerca de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	95
Figura 21. Conocimientos sobre la ley de protección a la mujer y protocolos de manejo de VMIP según el personal de la UMEA	112
Figura 22. Signos y síntomas para la sospecha y diagnóstico de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	129
Figura 23. Importancia de la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	152
Figura 24. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependiente de la paciente.....	181
Figura 25. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependiente del profesional.....	182
Figura 26. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependientes del sistema y la sociedad	183
Figura 27. Conocimiento de los grupos vulnerables según el personal de la UMEA .	186
Figura 28. Factores de riesgo para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA	189
Figura 29. Actitudes frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA	204
Figura 30. Descripción y manejo de casos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA	218
Figura 31. Soluciones, sugerencias y recomendaciones acerca del diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA	226

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Expresiones de violencia psicológica que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje).....	22
Tabla 2. Expresiones de violencia física que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)	22
Tabla 3. Expresiones de violencia sexual que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)	22
Tabla 4. Expresiones de violencia patrimonial que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje).....	22
Tabla 5. Descripción del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro participante del estudio.....	43
Tabla 6. Organización de los grupos focales de la Unidad Médica Eloy Alfaro.....	44
Tabla 7. Operacionalización de variables demográficas de los participantes	45
Tabla 8. Operacionalización de variables cualitativas.....	47
Tabla 9. Descripción de los indicadores cualitativos.....	49
Tabla 10. Resumen etnográfico de los conocimientos acerca de la definición de VMIP según el personal de la UMEA	70
Tabla 11. Resumen etnográfico del conocimiento sobre los tipos de violencia contra la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	81
Tabla 12. Resumen etnográfico de los conocimientos previos acerca de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	93
Tabla 13. Resumen etnográfico del conocimiento sobre la ley de protección a la mujer y protocolos o guías para el manejo de VMIP y las alternativas que sugieren los participantes de la UMEA	110

Tabla 14. Resumen etnográfico de los signos y síntomas reconocidos para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	127
Tabla 15. Resumen etnográfico sobre la importancia de la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	150
Tabla 16. Resumen etnográfico de las principales barreras o dificultades para el diagnóstico y manejo de la VMIP según el personal de la UMEA	178
Tabla 17. Resumen etnográfico sobre el conocimiento de los grupos vulnerables según el personal de la UMEA	185
Tabla 18. Conocimiento de los factores de riesgo para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA	189
Tabla 19. Actitudes frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA	202
Tabla 20. Resumen de la descripción y manejo de casos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA	217
Tabla 21. Resumen soluciones, sugerencias y recomendaciones acerca del diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA	225

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Foto de la Unidad Médica Eloy Alfaro	256
Anexo 2. Mapa de la ubicación de la Unidad Médica Eloy Alfaro.....	256
Anexo 3. Consentimiento informado	257
Anexo 4. Cuestionario del perfil del participante	261
Anexo 5. Preguntas para la entrevista semiestructurada	262
Anexo 6. Preguntas para la entrevista grupal semiestructurada.....	264

RESUMEN

Introducción: La violencia contra la mujer es considerada un problema de Salud Pública a nivel mundial por lo que diversas Organizaciones Mundiales han recomendado la creación de políticas de estado de protección hacia la mujer.

La prevención de la violencia contra la mujer es una prioridad en Salud Pública en el que están implicados los servicios sanitarios y sus profesionales como un punto estratégico para conseguir un adecuado abordaje y manejo de este problema.

Objetivo: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que trabaja en la Unidad Médica Eloy Alfaro (UMEA) en relación con la prevención, atención y manejo integral de la violencia contra la mujer infligida por su pareja (VMIP); se realizó este estudio y se espera aportar con nuevos datos científicos acerca del tema.

Materiales y métodos: se realizó un estudio de tipo cualitativo etnográfico a través de entrevistas semiestructuradas individuales y de grupos focales a todo el personal de la Unidad Médica Eloy Alfaro que cumplieron los criterios de inclusión para conocer las técnicas de detección, abordaje y manejo de la VMIP o las limitaciones para realizarlas. El total de participantes sumaron 42 (n=42); de varias profesiones: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, licenciadas de laboratorio, fisioterapistas, administrativos, personal de nutrición, psicología, trabajador social y farmacia; de diferentes edades y con predominio del sexo femenino (83%) que trabajaban en las diferentes áreas de la UMEA.

Se aplicó una encuesta para la recolección de los datos demográficos, educativos, profesionales y sociales de los participantes para su análisis a través de Excel 2016.

Los participantes firmaron un consentimiento informado aceptando participar en el estudio; las entrevistas individuales y de grupos focales grabadas en audio se realizaron

en un período aproximado de un mes para poder coincidir con los horarios disponibles sugeridos por ellos, posteriormente las grabaciones fueron transcritas y revisadas. La interpretación de los datos fue realizada utilizando análisis de contenido. Se desarrolló un esquema de codificación por medio de indicadores cualitativos y fue revisado por las 2 investigadoras. El texto de las entrevistas fue analizado de acuerdo con los indicadores cualitativos.

Resultados: Sobre los conocimientos de VMIP, los participantes no supieron definir de forma clara este problema y se limitaron más hacia la descripción de los tipos de violencia, no hubo mucha diferencia entre las repuestas de los profesionales por áreas de servicio, sin embargo, los médicos indicaron una definición más compleja del tema. La violencia física y psicológica son las formas más reconocidas por el personal de salud y en menor proporción la de tipo sexual y económico.

Un gran número de participantes no ha recibido capacitación formal sobre VMIP durante sus estudios académicos ni en su área laboral, pero si han adquirido conocimientos por otros medios y autoformación; por lo tanto, la mayoría de ellos fueron capaces de reconocer algunos factores de riesgo de VMIP y a los grupos vulnerables. Existe un desconocimiento general sobre protocolos de detección y manejo de estos casos y son pocos los profesionales que mencionan la existencia de la Guía de atención Integral de violencia de género del MSP, pero no la aplican en su práctica diaria.

Todos los participantes indicaron algún signo o síntoma de violencia que les puede ayudar en el diagnóstico de VMIP sobre todo cuando existen manifestaciones físicas y emocionales.

La actitud del personal de salud ante la sospecha de VMIP es iniciar un diálogo con la paciente, profundizar en el tema y confirmar el diagnóstico para poder canalizar a estas

pacientes en búsqueda de ayuda especializada. Todos los profesionales aceptan que es muy importante realizar detección de estos casos por las diversas consecuencias que conlleva este problema, sin embargo, no forma parte de una rutina hacerlo.

Las principales barreras para el diagnóstico y manejo de VMIP dependen de las actitudes de la paciente hacia el enfrentamiento de su situación, de los profesionales de salud con respecto a sus propios temores y nivel cognoscitivo del tema, del sistema de salud en el contexto del tiempo de consulta y falta de información; y de la sociedad en la que se menciona al machismo como una barrera cultural arraigada desde la antigüedad.

En cuanto a las prácticas, el personal médico se orienta hacia el tratamiento sintomático inicial sobre todo en los casos de violencia física y posteriormente a un manejo integral con psicología y trabajo social. El resto de los profesionales según sus competencias mencionan que inician un diálogo con las pacientes para ganar su confianza y poder guiarlas a otras instancias como el sistema de salud o hacia el ámbito judicial.

Los entrevistados sugieren que deben mejorarse las oportunidades para que las mujeres puedan tener independencia económica, implementar medidas en la educación de los niños para cambiar la mentalidad cultural del machismo e implementar protocolos de actuación de VMIP dentro de la unidad médica, entre otras recomendaciones.

Conclusiones: Los conocimientos sobre VMIP de los participantes de la UMEA fueron irregulares, no se indica una definición muy clara, casi todos saben reconocer los tipos de violencia, factores de riesgo y grupos vulnerables. Los signos físicos y psicológicos son los que más orientan a los entrevistados para sospechar que una mujer es víctima de VIP. Se considera trascendental realizar detección de VMIP por las consecuencias que provoca en la salud de las mujeres, sin embargo, no se lo realiza en forma rutinaria por desconocimiento y falta de protocolos. La actitud general ante la sospecha de VMIP es

intentar hacer algo por la víctima si ella lo permite, hablar con ella, ofrecerle ayuda y guiarla hacia otras instancias cuando no se tiene los conocimientos apropiados para su manejo. En la práctica se trata de proporcionar atención oportuna de lesiones y apoyo psicológico si es el caso, se procura que la paciente realice la denuncia contra el agresor y el seguimiento de caso es llevado por trabajo social.

Palabras clave: Violencia contra la mujer infligida por la pareja; violencia contra la mujer; conocimientos, actitudes y prácticas en salud; profesionales de salud; diagnóstico barreras, manejo de violencia contra la mujer.

SUMMARY

Introduction: Violence against women is considered a public health problem worldwide, which is why various World Organizations have recommended the creation of state policies for the protection of women.

The prevention of violence against women is a priority in Public Health in which health services and their professionals are involved as a strategic point to achieve an adequate approach and management of this problem.

Objective: to identify the knowledge, attitudes and practices of health personnel working in the Eloy Alfaro Medical Unit (EAMU) in relation to prevention, care and comprehensive management of Intimate Partner Violence (IPV); this study was carried out and it is expected to contribute with new scientific data on the subject.

Materials and methods: an ethnographic qualitative study was performed through individual semi-structured interviews and focus groups to all personnel of the Eloy Alfaro Medical Unit who met the inclusion criteria to know the techniques of detection, approach and management of IPV or the limitations to perform them. In total there were 42 participants (n = 42); of several professions: doctors, nurses, nursing assistants, dentists, laboratory graduates, physiotherapists, administrative personnel, nutrition, psychology, social work and pharmacy personnel; of different ages and with predominance of the female sex (83%) that worked in the different areas of the UMEA.

A survey was applied to collect the demographic, educational, professional and social data of the participants for their analysis through Excel 2016.

The participants signed an informed consent agreeing to participate in the study; Individual interviews and focus groups recorded on audio were made in a period of approximately one month to coincide with the available schedules suggested by them,

later the recordings were transcribed and reviewed. The interpretation of the data was carried out using content analysis. A coding scheme was developed by means of qualitative indicators and was reviewed by the 2 researchers. The text of the interviews was analyzed according to the qualitative indicators.

Results: On the knowledge of IPV, the participants did not know how to clearly define this problem and they limited themselves more to the description of the types of violence, there was not much difference between the answers of the professionals by service areas, however, the doctors indicated a more complex definition of the subject. Physical and psychological violence are the most recognized forms by health personnel and, to a lesser extent, sexual and economic forms.

Many participants have not received formal training on IPV during their academic studies or in their work but have acquired knowledge through other means and self-training; therefore, most of them were able to recognize some IPV risk factors and vulnerable groups. There is a general lack of knowledge about protocols for the detection and management of these cases, and there are few professionals who mention the existence of the Comprehensive Gender Violence Guide designed by the Ministry of Public Health but do not apply it in their daily practice.

All the participants indicated some sign or symptom of violence that can help them in the diagnosis of IPV, especially when there are physical and emotional manifestations.

The attitude of the health personnel in the face of the suspicion of IPV is to initiate a dialogue with the patient, to deepen the topic and confirm the diagnosis to channel these patients in search of specialized help. All professionals accept that it is very important to detect these cases due to the various consequences that this problem entails, however, it is not part of a routine to do so.

The main barriers to the diagnosis and management of IPV depend on the patient's attitudes towards the confrontation of their situation, of the health professionals with respect to their own fears and the cognitive level of the subject, of the health system in the context of time of consultation and lack of information; and of the society in which maleness is mentioned as a cultural barrier rooted in antiquity.

Regarding the practices, the medical staff is oriented towards the initial symptomatic treatment especially in cases of physical violence and later to an integral management with psychology and social work. The rest of the professionals according to their competences mention that they initiate a dialogue with patients to gain their trust and be able to guide them to other instances such as the health system or the judicial sphere.

The interviewees suggest that opportunities must be improved so that women can have economic independence, implement measures in the education of children to change the cultural mentality of machismo and implement protocols of action of IPV within the medical unit, among other recommendations.

Conclusions: Knowledge about violence against women inflicted by your partner (Intimate Partner Violence) of the participants of the EAUM was irregular, a clear definition is not indicated, almost all know how to recognize the types of violence, risk factors and vulnerable groups. The physical and psychological signs are what most guide the interviewees to suspect that a woman is a victim of violence inflicted by the partner. It is considered transcendental to carry out detection of IPV due to the consequences that it causes in the health of women, however, it is not performed routinely due to ignorance and lack of protocols. The general attitude towards the suspicion of IPV is to try to do something for the victim if she allows it, talk to her, offer help and guide her to other instances when she does not have the appropriate knowledge to manage her. In practice it is about providing timely care of injuries and psychological support if it is the case, it

is intended that the patient makes the complaint against the aggressor and the case monitoring is carried out by social work.

Key words: Intimate Partner Violence; violence against women; Health knowledge, attitudes, practice; Health personnel; diagnosis, barriers, management violence against women.

1 CAPITULO I

1.1 Introducción

Dentro de la violencia contra la mujer, una de las formas más comunes de esta, es la violencia infligida por la pareja (VIP), reconocida de esta manera por la OMS desde el 2005 para diferenciarla de los términos violencia doméstica y violencia de género. (OMS, 2013) (Kopčavar, *et al.*, 2016). Por lo tanto, se define la violencia hacia la mujer infligida por la pareja como todo acto o comportamiento que implique maltrato físico, psicológico, sexual o económico dentro de una relación íntima y en la que puede estar implicado el cónyuge o parejas actuales y anteriores. (OMS, 2013) (Roelens, *et al.*, 2006) (INEC, 2011). En la investigación se aborda este tipo de violencia y a esta nos referiremos cuando se hable de maltrato, violencia hacia la mujer infligida por la pareja (VMIP) y violencia infligida por la pareja (VIP).

Existen datos estadísticos en los que se demuestra la persistencia actual de una elevada prevalencia de VMIP a nivel mundial, un metaanálisis realizado en varios países y reportado por la OMS indica que el 35% de mujeres admitió haber sufrido de violencia familiar (Kopčavar, *et al.*, 2016), en México se indica una prevalencia de hasta el 60% (Méndez, *et al.*, 2003) y en Ecuador se presenta un dato similar del 60,6% encontrado en la primera encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género (INEC, 2011). En España un 48.6% de mujeres atendidas en centros de atención primaria han sufrido de maltrato, estos centros son los que más captan a este tipo de pacientes ya que las mujeres pueden consultar más por las consecuencias o síntomas inespecíficos que mencionando la causa verdadera, la violencia infligida por la pareja (Valdés, *et al.*, 2016).

Existe una gran influencia de factores socio-culturales para la persistencia de la violencia hacia la mujer a través del tiempo, naturalizando la subordinación y las

desventajas que enfrentan dichas mujeres a lo largo de su vida; esto impide que el problema sea detectado y reciba un tratamiento oportuno, ya que, las víctimas de este maltrato a diferencia de otras formas de violencia tienen dificultad para expresar el origen de sus lesiones, sienten vergüenza, culpabilidad y temor a las amenazas que reciben por parte de su agresor (Camacho, 2014) (Méndez, *et al.*, 2003). En este punto, es muy importante la actuación de los profesionales de los servicios de salud para el reconocimiento, detección y manejo de los casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja; parte fundamental de esta ayuda implica explicarle a la víctima que tener una vida libre de violencia es un derecho universal y que no se sienta sola frente a esa situación, ofreciéndole todas las alternativas posibles para que sea ella quien tome la mejor decisión (principio de autonomía). Este proceso terapéutico puede demorar un tiempo, pero es muy importante para el manejo integral del caso e involucra proteger o velar por la vida y la salud de estas mujeres (principio de beneficencia) y poder evitar prejuicios, estereotipos, juzgamientos y reproches morales en contra de ellas (principio de no maleficencia) (Rojas, *et al.*, 2012).

Existen diversos estudios realizados, de tipo cuantitativo, cualitativo y mixto en profesionales médicos y enfermeras que demuestran la existencia de ciertas limitantes para un adecuado manejo de este tema, como, el desconocimiento en los procedimientos para la detección, atención y seguimiento en los casos de VMIP, la existencia de limitaciones dentro de los sistemas de salud que dificulta la actuación del profesional, barreras de carácter personal no superadas por los profesionales que le impiden abordar ese tema y factores propios de la víctima que hacen difícil poder indagar y apoyar en el caso de VIP (Méndez, *et al.*, 2003) (Venegas, 2007) (Valdés, *et al.*, 2016).

Con base a lo mencionado anteriormente, se realizó una investigación etnográfica con el objetivo de analizar y describir los conocimientos actitudes y prácticas de los

profesionales del servicio de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro (UMEA), una institución de segundo nivel de atención primaria que funciona como unidad anexa del Hospital Carlos Andrade Marín de la red del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, creada en el año 2012, cuenta con los servicios de medicina general, medicina familiar, pediatría, gineco-obstetricia, enfermería, odontología, psicología, nutrición, fisioterapia, rehabilitación, podología y emergencias, por lo que, la población del estudio fue heterogénea y sus resultados pueden servir como aporte importante para una retroalimentación positiva de los sistemas de salud.

1.2 Justificación

La violencia es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un grave problema de salud pública y declarada así en la 49^a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, 1996; en la que insta a todos los estados miembros a que se valore el problema de violencia en cada uno de sus territorios, lo comuniquen y emprendan las actividades necesarias para abordar el problema. (Kopčavar, *et al.*, 2016) (Krug, *et al.*, 2003).

Se reconoce que la violencia contra la mujer se ha mantenido constante a través de la historia, diversos estudios señalan que existen más de un 20% de mujeres en todo el mundo que sufren o han sufrido algún tipo de violencia y estos valores no han cambiado en la actualidad (Venegas, 2007). En países como México se considera que esta problemática tiene una prevalencia de entre el 30 y 60%, en un metaanálisis de 81 países publicado en el 2013 y reportado por la OMS se encontró que una de cada tres mujeres admitió haber sido víctima de violencia familiar (Méndez, *et al.*, 2003) (Kopčavar, *et al.*, 2016) y en estudios anteriores se describe también que un tercio de las mujeres que han tenido una relación de pareja han sido maltratadas (Heise y García, 2002). En Ecuador se realizó la primera encuesta nacional de relaciones familiares y violencia de género contra

las mujeres en el que se reportó que 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, con una prevalencia del 60.6% a nivel nacional y de ellas en un 69.5% estuvieron involucrados sus parejas actuales o parejas anteriores; existió poca variación entre las áreas urbana y rural (INEC, 2011).

La violencia contra la mujer constituye un grave problema de salud pública sobre todo por la repercusión en su salud y bienestar; entre las consecuencias que provoca están lesiones de tipo físico, trastornos psicológicos, psicosomáticos, ginecológicos, riesgo de enfermedades de transmisión sexual, consumo de drogas, tabaco y alcohol; esto a su vez ocasiona una mayor cantidad de visitas a los servicios sanitarios, especialmente a los Centros de Atención Primaria y urgencias. (Venegas, 2007) (Rojas, *et al.*, 2015) (Valdés, *et al.*, 2016).

En el país también se han realizado proyectos de ley enfocados a la erradicación de la violencia, desde el 2007 por Decreto Ejecutivo se establecen nuevas políticas y planes de prevención de la violencia contra la mujer, mediante la publicación de Protocolos y normas de atención integral de violencia de género, intrafamiliar y sexual por medio del Ministerio de Salud Pública y acuerda que se publique a nivel nacional para una aplicación obligatoria en todas la Unidades Operativas del sector Salud, públicas y privadas (Tobergte y Curtis, 2013).

Diversos estudios se han realizado para la valoración de actitudes, conocimientos y prácticas en el personal de salud, en los que se incluyen: a los profesionales médicos generales, familiares y ginecólogos; enfermeras, auxiliares de enfermería y servicios de urgencias; con métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos. En general entre los principales resultados se observó que a pesar de que los médicos generales, los especialistas en medicina familiar y ginecobstetricia, los médicos con posgrado y las mujeres tienen mayor nivel de conocimiento, mayor actitud afectiva, identifican mayor

número de casos y han recibido mayor cantidad de capacitaciones, registra y proporciona una atención satisfactoria a las mujeres víctimas de violencia. El papel de las enfermeras es también muy importante ya que pueden ser el primer contacto con las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia (Méndez, *et al.*, 2003) (Morales, 2015) (Valdés, *et al.*, 2016).

Los profesionales sanitarios son un punto clave dentro del sistema de salud no sólo para la detección y denuncia de los casos de violencia contra la mujer infligida por la pareja sino también contribuyen a promover, coordinar y poner en funcionamiento las estrategias necesarias para abordar este tema (Vives, *et al.*, 2015).

El objetivo de este estudio fue describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud que trabaja en la Unidad Médica Eloy Alfaro en relación con las normas, procedimientos e identificación de la violencia contra la mujer infligida por su pareja.

2 CAPITULO II

2.1 Antecedentes

La violencia contra la mujer es una situación que aqueja a la humanidad desde la antigüedad, la magnitud que alcanza está subestimada por varios factores entre ellos, el temor que infunde a las víctimas las represalias que pueda manifestar el agresor y sobre todo la baja auto estima que tienen las mujeres violentadas. Por lo que es una realidad que se refleja parcialmente y es por este desconocimiento que incluso se ha llegado a normalizar esta forma de proceder en la población general. A pesar de que en la actualidad existen leyes que van en contra de este comportamiento, lamentablemente están poco difundidas y no se las cumple en su totalidad; y es la población más vulnerable la que sigue siendo presa de esta realidad y forma de vida. Se han identificado como factores predisponentes a las mujeres de baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico entre otros que se mencionarán durante el desarrollo de la investigación planteada y para ello es de vital importancia conocer los acontecimientos cruciales que se han desarrollado a lo largo de la historia en nuestro país.

En Ecuador se han llevado a cabo diversos estudios como los citados por Camacho, 2014 quien menciona los trabajos de Moscoso (1996) y León Galarza (1997), en ellos se describen y analizan las diferentes prácticas de violencia conyugal hacia las mujeres por parte de sus parejas, quienes desde épocas antiguas en base a la autoridad que les proporcionaba la Sociedad, el Estado y la Iglesia practicaron diferentes tipos de maltrato en contra de ellas. Estos estudios concluyen entre otras cosas, que la violencia de los hombres hacia las mujeres, especialmente la provocada por la pareja, responde a la concepción de género predominante en la sociedad patriarcal, ya que, en base a sus diferencias biológicas se les ha asignado diferentes roles y atributos a los hombres y a las mujeres y ello también depende de cada cultura y momento histórico. Estas normas

basadas en el género se han transmitido y enseñado de generación en generación a través de las familias, centros educativos, religión, libros y otros medios de difusión según la ideología social; esto conlleva a que la mujer sea tratada con desventaja y con sumisión durante toda su vida (Camacho, 2014).

En el país se han creados leyes que amparan a la mujer en contra de la violencia, misma que ha mejorado en gran manera su calidad de vida, destacando aspectos de gran importancia como son sus derechos individuales como ser humano, como persona y como mujer, fomentando su acceso formal a la educación, al trabajo remunerado y a espacios públicos que anteriormente eran restringidos; la violencia de los esposos o de la pareja hacia la mujer continúa siendo una práctica arraigada en el país, involucrando a diversos estratos sociales, con mayor repercusión a los estratos bajos y siguiendo los patrones históricos antes señalados (Camacho, 2014).

Según los datos recolectados a nivel mundial por Venegas y colaboradores en el estudio de violencia contra la mujer y medicina familiar, las estadísticas reportan que más del 20% de las mujeres a nivel mundial son víctimas de algún tipo de violencia, además describen que su frecuencia sigue incrementándose con el paso de los años pese a las nuevas políticas implementadas (Venegas, 2007).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su intento de frenar esta situación que sigue presente en las sociedades a nivel mundial, ha reconocido a la violencia contra las mujeres como un problema de derechos humanos con la finalidad de que se creen normas y se establezcan leyes que amparen a la mujer; estas normativas se han desarrollado de acuerdo con su cronología histórica de la siguiente manera:

La Convención para la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer (1979) define a la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la

diferencia de género” (Gómez de la Torre y López, 2001), misma que establece y reconoce a la violencia como una problemática social.

Dentro de los registros se encuentra que el siguiente suceso de relevancia ocurre después de 14 años, cuando se lleva a cabo la conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena en el año 1993, en donde se “reconoció toda forma de violencia contra la mujer como violación a los derechos humanos” y a través de la cual se logra dejar un precedente a nivel mundial de gran relevancia. Luego de esto se realiza la conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994 donde se planteó “el problema y medidas para enfrentar la violencia intrafamiliar y de género” instaurando medidas para tratar de frenar la violencia y que llegue a nivel familiar (Gómez de la Torre y López, 2001).

En el año 1995 se realizó la quinta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing donde se estipula los tipos de violencia ejercidas hacia la mujer, dentro de las cuales tenemos la violencia física, psicológica, verbal, económica y sexual (Gómez de la Torre y López, 2001). Siendo un aporte valioso tomando en cuenta que las leyes comenzaban a instaurarse, de ahí la importancia de establecer los tipos de violencia para poder ejercer lo que estipula la ley y no existan sesgos al momento de legislar.

Se establecieron otros conceptos en cuanto a violencia hacia la mujer en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belem Do Pará en 1994, donde se define a la violencia como “Toda acción o conducta contra la mujer basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado” (Gómez de la Torre y López, 2001).

En el año 1996 se da un enorme paso al reconocer a la violencia hacia la mujer como un problema de salud pública en la Asamblea Mundial de la Salud.

En el primer Encuentro feminista Latinoamericano y del Caribe, Bogotá en 1981, se estableció al 25 de noviembre como el día internacional de la no violencia contra las mujeres, siendo una fecha conmemorativa, día en el cual se hace explícita la lucha en contra de la violencia hacia la mujer (Gómez de la Torre y López, 2001).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 reconoce a la violencia contra la mujer como un problema de salud pública a nivel mundial y en el 2002 publicó los datos analizados de 28 estudios en diversas poblaciones, encontrando como resultados que entre el 10-69% de las participantes, eran víctimas de la violencia infligida por la pareja y para el 2005 hubo entre 15 y 71% víctimas de esta índole. En un metaanálisis de 155 estudios de 81 países, publicado en 2013, los datos obtenidos revelaron que una de cada tres mujeres aceptó haber estado expuesta a la violencia familiar (Kopčavar, *et al.*, 2016) (Krug, *et al.*, 2003).

En México se considera que la prevalencia de violencia contra la mujer oscila entre un 30 y 60%, sin embargo, los registros en las instituciones de salud y en las instancias de justicia son inferiores a la reales, debido a que los datos obtenidos solo reportan casos de violencia extrema y aquellos en que la mujer agredida ha decidido realizar la respectiva denuncia ante las autoridades, provocando un sesgo de esta información (Venegas, 2007). En la Unión Europea, las cifras reportan que el 22% de las mujeres expusieron haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida (Vives, *et al.*, 2015).

En Ecuador, el reconocimiento de la violencia intrafamiliar y de género inicia desde el año 1985 a 1993 cuando se crea el servicio jurídico y psicológico dirigido a casos de

violencia, a través de la primera casa de acogida para las mujeres y niños/as maltratados/as a través del CEPAM junto con otras entidades sociales; en el año de 1994 se crea la primera comisaría de la mujer y la familia en Guayaquil a través del Movimiento de Mujeres y Fundación María Guare; en 1995 se realizó la promulgación a la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia a través del Movimiento de mujeres y la Comisión de la mujer y la familia del Congreso Nacional, además se puso a disposición la píldora anticonceptiva de emergencia en casos de violencia sexual. (Gómez de la Torre y López, 2001).

En 1996 se creó el primer servicio médico legal especializado en violencia intrafamiliar y de género, mismo que trabajaba a través del CEPAM en la ciudad de Quito y la Comisaría sexta de la mujer y la familia. Para el año 1998 el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoce a la violencia intrafamiliar como un problema de Salud Pública, mediante el acuerdo Ministerial 01009, creando una puerta de entrada para la creación de las normas de salud reproductiva en el Ministerio de Salud Pública en el año de 1999, a través del MSP y las ONGs (Organizaciones no gubernamentales) que trabajan en este ámbito y en el año 2000 se promulga la ordenanza 043 en el Distrito Metropolitano de Quito en el que se reconoce a la violencia intrafamiliar y de género como problema de justicia social y de salud pública (Gómez de la Torre y López, 2001).

Mediante el fondo de desarrollo de las Naciones Unidas para la mujer (UNIFEM) a través de su oficina para la región andina en 1995 inició el proyecto “Promoción de los derechos de las mujeres indígenas y campesinas de la región andina”, debido a la ausencia de datos estadísticos respecto a las condiciones de vivienda y trabajo de estas mujeres (SIISE, 1998).

Los datos reportados por la encuesta de condiciones de vida del censo poblacional de 1990 descritos en el libro “Retrato de Mujeres - Indicadores sociales sobre la situación de

las indígenas y campesinas del Ecuador rural” indican que el analfabetismo afecta más a las mujeres del campo especialmente campesinas e indígenas con el 49% versus el 18% de mujeres no indígenas y no campesinas, otro indicador es el de la educación, donde la instrucción y el promedio de años de escolaridad formal es de 3.4% en mujeres indígenas y campesinas versus el 5.1% en mujeres no indígenas y no campesinas (SIISE, 1998).

Se realizó una comparación entre el año 1995 y 50 años atrás sobre la situación de reproducción observándose un descenso en la fecundidad en las mujeres de áreas rurales hasta el 50%, estos resultados se los relacionaron a varios factores que antes no existían o eran poco desarrollados e impartidos como son: tener una educación más accesible, contar con métodos de anticoncepción, aunque aún existían barreras para su acceso debido a su sitio de residencia y la condición étnica, sobre todo la población indígena por su déficit en cuanto a destrezas con la escritura y lectura. Otra barrera es la edad, puesto que en aún existía un número elevado de mujeres adultas medias y mayores que eran analfabetas, pese a que en 1990 se redujo el analfabetismo del 16 a 12% aún es un problema que ahonda en la calidad de vida de estas personas debido al déficit del sistema educativo (SIISE, 1998).

Para esta época el nivel de salud era limitado y las personas con menos acceso a los servicios de salud eran las mujeres de las áreas rurales del país, dado por la carencia de personal médico y de enfermería, además la falta de infraestructura, accesibilidad geográfica, calidad de atención y recursos económicos escasos destinados a este sector (SIISE, 1998).

Otro aspecto importante que cabe resaltar es el embarazo en adolescentes puesto que incrementa el riesgo de mortalidad materna y fetal, además “es el inicio de un ciclo de transmisión de vulnerabilidades sanitarias, sociales y económicas de madres a hijas” (SIISE, 1998).

Este documento realiza un llamado de atención a las personas que planifican las políticas públicas insistiendo en la necesidad de respetar los derechos humanos de las mujeres con la finalidad de proporcionar herramientas para lograr equidad entre géneros y grupos poblacionales obteniendo dignidad (SIISE, 1998).

En la actualidad según los datos de la última encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) en el año 2011 acerca de relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres, muestran la magnitud y persistencia de este problema, el informe indica que 6 de cada 10 mujeres de 15 y más años (60,6%) declaran haber vivido una o más formas de violencia de género sea física, psicológica, sexual o patrimonial y de ellas en el 69,5% de los casos ha estado involucrado sus parejas actuales o anteriores (INEC, 2011).

2.2 La Violencia

2.2.1 Definición de violencia

Se considera a la violencia como un componente inevitable de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla según los preceptos que tiene la sociedad desde siempre respecto al tema, pero estos conceptos están cambiando gracias al éxito demostrado en las medidas de prevención aplicadas a otros problemas sanitarios en los que la salud pública ha contribuido para tratar de controlar o frenar los diversos factores que favorecen su aparición (Krug, *et al.*, 2003).

La OMS en su informe mundial sobre Violencia y Salud, define a la violencia como: “El uso premeditado de la fuerza física o el poder, ya sea de forma práctica o en grado de amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del

desarrollo o privaciones” (Krug, *et al.*, 2003). Siendo este el concepto en el cual se desarrolló la investigación.

2.2.2 Formas de violencia

En el informe mundial sobre violencia y salud se hace una división general de la violencia en categorías, dependiendo de quién ha cometido el acto, quién es la víctima y a qué tipo de violencia ha sido sometida; como se describe a continuación:

2.2.2.1 Violencia interpersonal

Se la describe como todo acto violento cometido por una persona o por un grupo de personas, y se reconocen 2 subcategorías:

- *Violencia intrafamiliar o de pareja:* es la que se presenta entre los miembros de una familia pueden ser niños, adultos o adultos mayores o entre compañeros sentimentales, y que puede ocurrir dentro o fuera del hogar (Krug, *et al.*, 2003).
- *Violencia comunitaria:* es aquella que se produce entre personas quienes no tienen relación entre sí y que pueden o no conocerse. Por lo general acontece fuera del hogar, como en centros educativos, centros de cuidado del adulto mayor, en el lugar de trabajo o instituciones penitenciarias (Krug, *et al.*, 2003).

La violencia interpersonal implica la existencia de diversos actos o comportamientos que pueden ser desde una agresión física, sexual o psicológica hasta las privaciones y el abandono. De ahí radica la importancia de identificarla y establecerla adecuadamente para realizar un manejo apropiado de la misma.

2.2.2.2 Violencia autoinfligida o suicidio

Se refiere a los comportamientos suicidas y las autolesiones. Una conducta suicida puede ir desde la ideación suicida, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de atentarse contra su vida y la consumación del acto en sí (Krug, *et al.*, 2003).

2.2.2.3 *Violencia colectiva*

Es aquella violencia que se realiza a través de instrumentos utilizados por personas integrantes de algún grupo autoproclamado como tal frente a otro grupo de individuos de similares características cuyo propósito general es el alcance de objetivos políticos, económicos o sociales. Se pueden presentar distintas maneras, como, por ejemplo: un conflicto armado dentro de un Estado o entre distintas naciones; actos de violencia propiciados por el propio estado como es el caso de la represión, el genocidio y demás violaciones a los derechos humanos; el terrorismo y el crimen organizado (Krug, *et al.*, 2003).

2.3 **Violencia contra la mujer infligida por la pareja – definición de términos**

- ***Violencia infligida por la pareja:*** Es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer y se la define como todo acto o comportamiento que implique maltrato físico, psicológico, sexual o económico dentro de una relación íntima en la que puede estar implicado el cónyuge, parejas actuales o anteriores (*Roelens, et al.*, 2006) (OMS, 2013) (INEC, 2011).

En adelante toda mención de Violencia contra la mujer infligida por su pareja (VMIP) será entendida de esta manera y utilizada como definición central en la investigación.

- ***Violencia de género:*** es toda violencia que se ejerce sobre la mujer por el hecho de serlo. En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas, la define como “aquella violencia basada en el sexo y dirigida contra la mujer por ser mujer o que le afecta en forma desproporcionada. Incluyéndose los actos que infligen daño o sufrimiento de índole física, mental o sexual, también las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de libertad, ya ocurran en la vida pública o en la privada”.

- **Violencia doméstica:** es aquella que puede ejercer o sufrir cualquier integrante de una familia. En muchos países este término es usado para referirse a la violencia de pareja, pero puede abarcar también el maltrato infligido a niños y adultos mayores o el maltrato infligido por cualquier integrante de la familia dentro del hogar (OMS, 2013).

2.3.1 Tipos de violencia contra la mujer infligida por su pareja

- **Violencia física:** es la más evidente de todas, implica todo acto u omisión que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, dolor o muerte, así como cualquier otra forma de maltrato o agresión que afecten la integridad física, provocando o no lesiones; ya sean internas, externas o ambas, como resultado del uso deliberado de la fuerza o de cualquier otro objeto con la intencionalidad de causar daño y sus consecuencias; sin considerar el tiempo que se requiera para su recuperación. La consecuencia más catastrófica de este tipo de violencia es el asesinato de la víctima (Meneses, 2015) (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017).
- **Violencia psicológica:** se trata de un tipo de violencia no tan perceptible como la física o sexual, difícil de demostrar y en ocasiones ocultada por la víctima. Definida como cualquier acción, omisión o patrón de conducta prolongada en el tiempo que tiene la intencionalidad de causar daño emocional, disminuir la autoestima, afectar la honra, menospreciar la dignidad personal, perturbar, degradar la identidad cultural; controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de la mujer; todo esto a través de la humillación, intimidación, control de entrada y salida o aislamiento, tratamientos forzados o cualquier otro tipo de conducta que afecte la estabilidad psicológica y emocional de la víctima (Meneses, 2015) (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017).

- ***Violencia sexual:*** es toda acción que involucre la vulneración o restricción del derecho a la integridad sexual de la mujer y a decidir voluntariamente sobre su vida sexual y reproductiva; lo que se lleva a cabo por medio de amenazas, dominación, uso de la fuerza e intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares y de parentesco, exista o no convivencia; además la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), la prostitución forzada, la trata con fines de explotación sexual, el abuso o acoso sexual, la esterilización forzada y otras prácticas similares (Meneses, 2015) (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017).
- ***Violencia patrimonial:*** Es referida a toda acción o negligencia que puede ocasionar pérdida en los recursos económicos y patrimoniales de las mujeres, incluye aquellos adquiridos a nivel de la sociedad conyugal o bienes de las uniones de hecho, a través de la tenencia o propiedad de sus bienes muebles o inmuebles; pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales, limitación o control de ingresos destinados a satisfacer las necesidades de las víctimas (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017) (INEC, 2011).

2.3.2 Factores de riesgo de violencia contra la mujer infligida por su pareja

Existen elementos que influyen en la aparición y mantenimiento de este problema social, entre estos se mencionan:

2.3.2.1 Factores individuales (OMS, 2013)(Heise y García, 2002) (Naula y Jácome, 2016)

Existen diversos elementos que se relacionan con una mayor probabilidad de que un hombre cometa actos violentos contra su pareja y estos constituyen:

- Juventud
- Bajo nivel de instrucción
- Bajo rendimiento académico
- Haber sido testigo de violencia intrafamiliar
- Haber sido víctima de maltrato en la niñez
- Consumo excesivo de alcohol o sustancias de abuso
- Trastornos de la personalidad
- Depresión
- Naturalización de la violencia (considerar aceptable que un hombre golpee a su pareja)
- Bajos ingresos económicos
- Desempleo

Existen aquellos asociados con un alto riesgo de que una mujer sufra violencia infligida su pareja, entre ellos se describen:

- Bajo nivel de instrucción
- Ser testigo de violencia en su hogar
- Haber sido víctima de abuso sexual en la niñez
- Naturalización de la violencia (influencia cultural)
- Exposición anterior a otras formas de maltrato
- Pertenencia étnico-cultural (población indígena)
- Discapacidad

2.3.2.2 Factores relacionales

Están aquellos que se asocian con el riesgo tanto de victimización de las mujeres como de agresión por el hombre, incluyen:

- Conflicto o insatisfacción en la relación de pareja
- Dominación masculina en la familia
- Problemas económicos
- Infidelidad (hombre con múltiples compañeras sexuales)
- Diferencia de logros educativos, que la mujer tenga un nivel de instrucción más alto que su pareja

2.3.2.3 Factores comunitarios y sociales

- Políticas sociales no igualitarias que se asocian a la virilidad, con dominio, agresión y normas de género tradicionales.
- Pobreza
- Bajo nivel socioeconómico de la mujer
- Leyes flexibles y sanciones débiles en casos de violencia infligida por la pareja
- Roles de género rígidos en contra de la mujer
- Aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos
- Pertenecer a grupos sociales violentos (pandillas)
- Conflicto armado y altos niveles de violencia en la sociedad

2.4 Violencia contra la mujer infligida por la pareja en el Ecuador – Cifras estadísticas

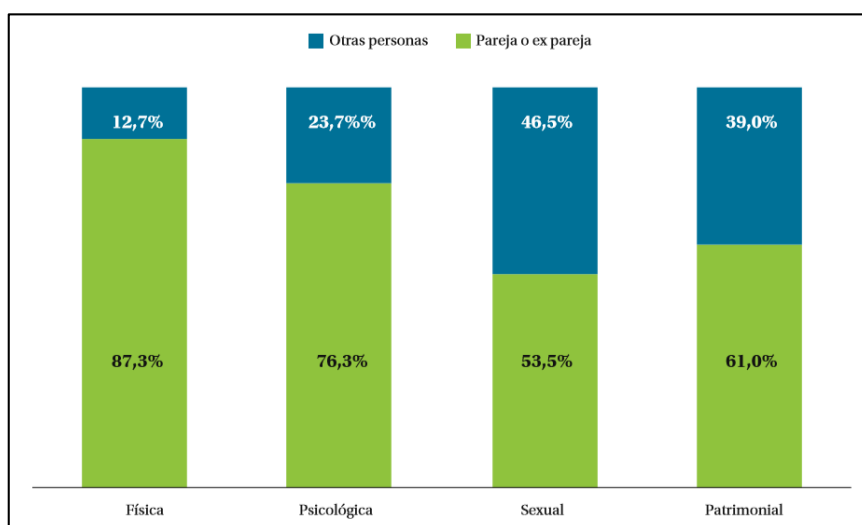
Con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, realizada por primera vez en el Ecuador a finales del 2011; siendo el segundo país de la región –después de México– en llevar a cabo una encuesta oficial sobre esta problemática social se han realizado varios análisis estadísticos (Camacho, 2014).

Del total de mujeres que han sufrido alguna de las formas de violencia de género en el entorno familiar, laboral, estudiantil o en otros espacios públicos por parte de cualquier persona el 76% de ellas señalan como responsables de las agresiones a sus esposos, enamorados, novios o convivientes; esto demuestra que en el ámbito de la relación de pareja y/o familiar donde irrespetan con mayor frecuencia los derechos de las mujeres (Camacho, 2014) (INEC, 2011).

Se describen a continuación los datos estadísticos sobre la violencia contra las mujeres provocada por la pareja:

En la figura 1, se observa que los tipos de violencia contra la mujer más frecuentes son la física y psicológica, siendo el principal agresor la pareja.

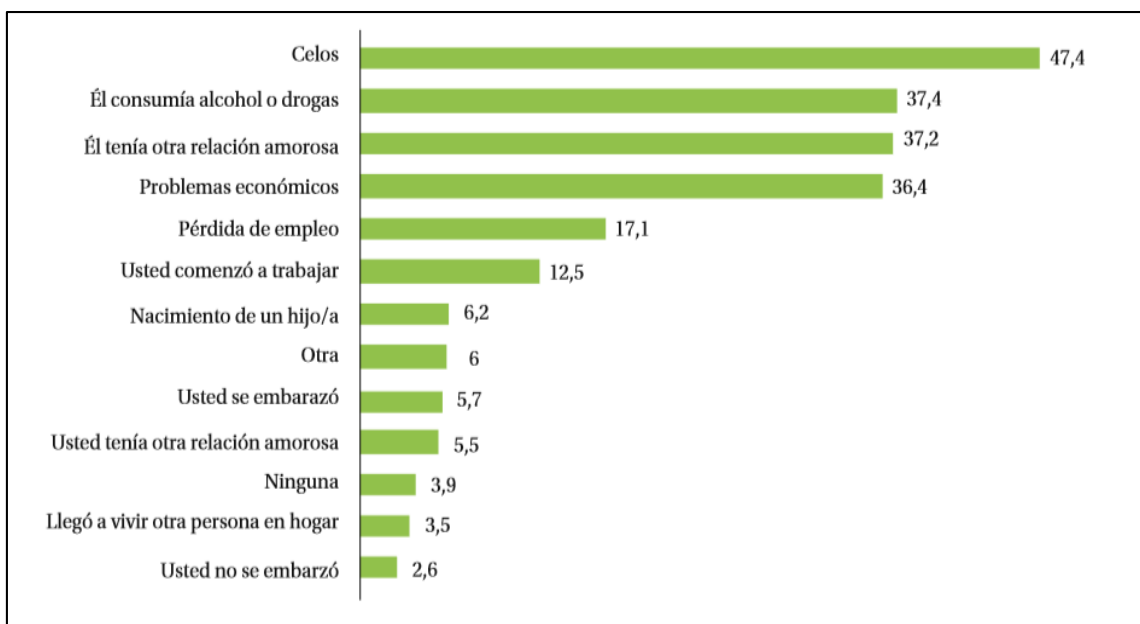
Figura 1. Distribución porcentual de la violencia hacia la mujer por perpetrador y tipo de agresión



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género.

Los principales factores asociados a violencia contra las mujeres fueron los celos, consumo de alcohol o drogas y la infidelidad con los más altos porcentajes como se muestra a continuación:

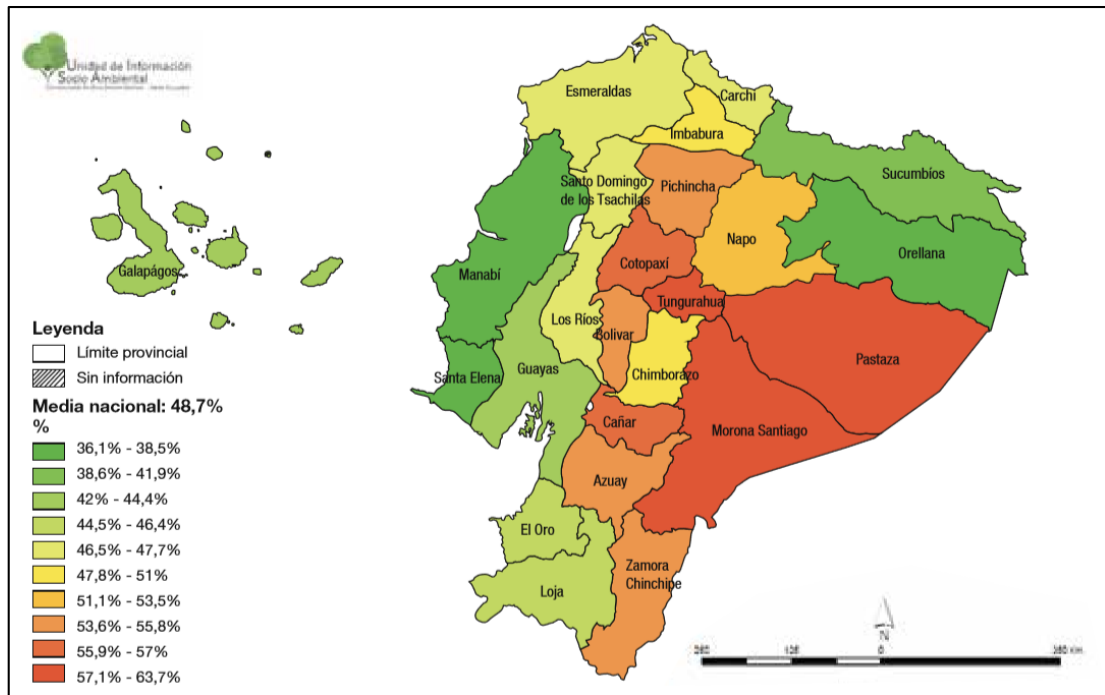
Figura 2. Factores desencadenantes de la violencia a las mujeres por parte de su pareja o expareja (%)



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

A nivel nacional el porcentaje de agresión contra la mujer infligida por la pareja o expareja es de un 48.7%, con mayor tasa de presentación en las regiones de la Sierra y Amazonía y menor en la Costa y Galápagos como se muestra en la figura 3.

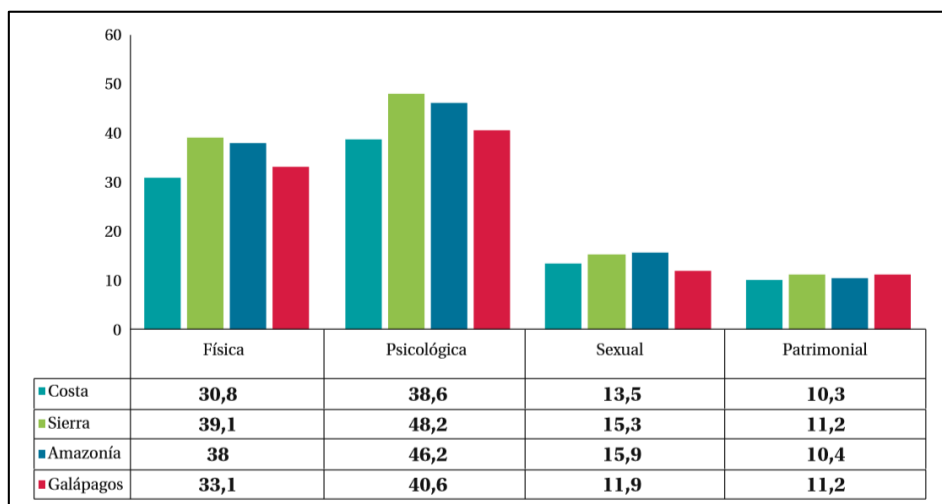
Figura 3. Distribución geográfica de la violencia a las mujeres por parte de la pareja - Mujeres que han sufrido violencia de género (física, psicológica, sexual, patrimonial) de su pareja



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Según los tipos de agresión y áreas geográficas, la región Sierra y Amazonía presentan mayores tasas de agresión y las de tipo físico y psicológico son las más prevalentes.

Figura 4. Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja por región geográfica y tipo de agresión



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

En las siguientes tablas se puede observar las diferentes expresiones de violencia encontradas según el tipo de agresión:

Tabla 1. Expresiones de violencia psicológica que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)

Expresiones	Número*	Porcentaje
La ha insultado, ofendido o humillado	1.519.795	29,8
La ha amenazado con pegarla	1.093.267	21,4
La ha encerrado o prohibido que la visiten	359.447	7,0
La ha amenazado con algún arma (cuchillo, navaja, pistola o rifle)	172.042	3,4
La ha amenazado con matarla, matarse él o matar a los niños	269.938	5,3

Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Tabla 2. Expresiones de violencia física que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)

Expresiones	Número*	Porcentaje
La ha empujado o jalado el pelo	1.248.460	24,4
La ha golpeado con las manos u objetos	1.171.061	22,9
La ha pateado	611.725	12,0
La ha tratado de ahorcar o asfixiar	297.546	5,8
La ha agredido con cuchillo	140.183	2,7
La ha disparado con un arma	53.648	1,1

Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Tabla 3. Expresiones de violencia sexual que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)

Expresiones	Número*	Porcentaje
Le ha exigido tener relaciones sexuales a la fuerza	469.723	9,2
Al tener relaciones sexuales le ha obligado a hacer algo que a usted no le gusta	231.498	4,5
Ha usado la fuerza para obligarla a tener relaciones sexuales	332.940	6,5

Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

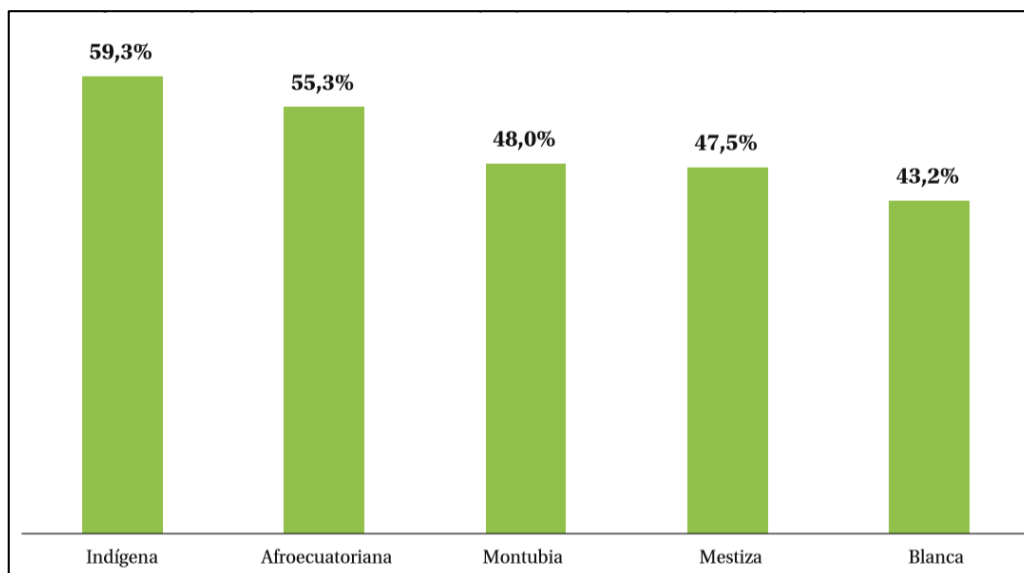
Tabla 4. Expresiones de violencia patrimonial que han sufrido las mujeres por parte de su pareja o expareja (Número y porcentaje)

Expresiones	Número*	Porcentaje
Le ha destruido cosas de usted o del hogar	397.908	7,8
Se ha adueñado de dinero o bienes	297.546	5,8

Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Según la etnia, las mujeres indígenas y afroecuatorianas son las que tienen mayor riesgo de sufrir violencia por parte de su pareja o expareja, en menor porcentaje están las etnias, montubia, mestiza y blanca pero el valor entre ellas no es muy marcado.

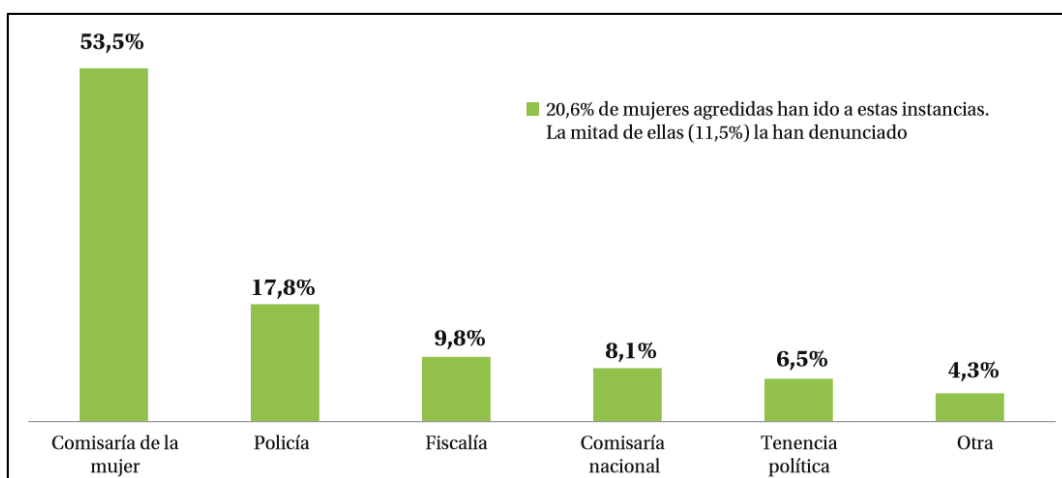
Figura 5. Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja o expareja, por etnicidad



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

Solo un pequeño porcentaje 20.6% de las mujeres agredidas acude en busca de ayuda y la instancia más mencionada fue la Comisaría de la mujer con el 53.5%, sin embargo, únicamente el 11.5% de ellas decidió poner una denuncia.

Figura 6. Instancias a las que han acudido las mujeres que han sufrido violencia de pareja: A pedir información y ayuda, o denunciarla (%)



Fuente: Camacho, 2014. Consejo Nacional para la Igualdad de Género

2.5 Consecuencias en la salud de la violencia contra la mujer infligida por la pareja

La violencia contra la mujer provocada por la pareja presenta una serie de consecuencias no sólo para la salud propia sino también para la de sus hijos (as) y en entre las más frecuentes se describen: (Sans, 2010) (OMS, 2013) (Morales, 2015)

- **Consecuencias fatales:** dentro de las cuales tenemos actos de violencia irreparables como la muerte, que pueden ser por homicidio o suicidio.
- **Consecuencias en la salud física:** es toda violencia ejercida contra la mujer que se evidencia mediante *lesiones en cualquier parte del cuerpo* como son los traumatismos, heridas traumáticas, laceraciones, quemaduras que pueden causar deterioro o algún grado de incapacidad, los datos que orientan hacia este diagnóstico van desde la anamnesis, cuando no coincide la cinemática de las lesiones sufridas. *Síntomas inespecíficos y/o trastornos psicosomáticos* como cefaleas, lumbalgias, dolor abdominal, palpitaciones, fatiga dolor crónico, síndrome de intestino irritable, molestias urinarias, etc.
- **Consecuencias en la salud sexual y reproductiva**
Este tipo de manifestaciones pueden ser provocadas *por relaciones sexuales forzadas* en la que se puede observar pérdida del deseo sexual, alteración en los ciclos menstruales, enfermedades de transmisión sexual incluidos VIH/SIDA, sangrados frecuentes fuera del periodo menstrual y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección de tracto urinario, embarazos no deseados, etc.
Por agresiones durante el embarazo pueden presentar hemorragia vaginal, amenaza de aborto, amenaza de parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal.

- **Consecuencias en la salud psíquica:** La salud mental de la mujer víctima de violencia presenta manifestaciones como ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastorno por estrés postraumático (anestesia emocional, sensación de irrealidad, irritabilidad, temor), trastornos de la conducta alimentaria como bulimia o anorexia, consumo de sustancias de abuso como alcohol, drogas y psicofármacos e ideaciones o intentos suicidas.
- **Consecuencias en la salud social:** la mujer víctima de violencia presenta aislamiento social, ausentismo laboral que puede llevar a pérdida del empleo, pérdida de oportunidades de promoción social y disminución del número días de vida saludable.
- **Consecuencias en la salud de las hijas (os):** manifestado por la alteración de su desarrollo integral como baja auto estima y depresión, sentimientos de amenaza como miedos inespecíficos o temor a perder a sus padres, problemas de aprendizaje y socialización, comportamiento de sumisión o violencia con sus compañeros (as), reducción de competencias sociales, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, alteraciones del sueño, parentalización de los hijos (Asumir roles parentales y protectores hacia hermanos menores), mayor frecuencia de maltrato por parte del padre y violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia.
- **Otras:** afectación a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

2.6 La Violencia contra la mujer infligida por su pareja como un problema social y de salud pública

En 1993 el Banco Mundial estimó que las mujeres en edad reproductiva pierden un 20% de años de vida saludable a causa de la violencia y en 1996 la Organización Mundial

de la Salud declaró a la violencia de pareja íntima como el problema de Salud Pública más importante en todo el mundo (Venegas, 2007).

La violencia contra la mujer es considerada una problemática social mundial que va en contra de los derechos humanos, repercutiendo en la salud y el bienestar en general. Esta acción produce lesiones físicas, trastornos psicológicos, psicosomáticos, ginecológicos (daño a la salud reproductiva) y riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (incluidos VIH-SIDA), consumo de drogas, tabaco y alcohol. En consecuencia, las mujeres afectadas por este problema pueden ser hiper frecuentadoras de los servicios sanitarios, especialmente a los Centros de Atención Primaria y urgencias, con mayor probabilidad de acudir a éstos que a la policía o a servicios específicos de atención a la violencia hacia la mujer (Valdés, *et al.*, 2016).

Como se reporta en la última encuesta Nacional realizada por el INEC (2011), la violencia hacia las mujeres perpetrada por su pareja aún es de gran magnitud y presenta importantes niveles de peligrosidad, ya que son agresiones que ponen en riesgo su integridad personal, su salud integral y la de su familia. Los índices de peligrosidad de los ataques son más elevados en el sector rural, en la región amazónica y entre la población indígena; en cambio desciende entre las mujeres con mayor escolaridad y/o en aquellas que pertenecen a estratos socioeconómicos más altos (Camacho, 2014).

A pesar de los cambios y avances en las leyes y en la legislación nacional en donde se establece a la violencia contra la mujer por parte de la pareja como una contravención y un delito que merece recibir una sanción, sólo una de cada 10 mujeres agredidas (11,5%) la ha denunciado y de ellas únicamente dos (20%) han continuado con el proceso judicial, de éstas denuncias solamente una señala que se realizó la respectiva denuncia del agresor ante las autoridades; es decir, que apenas el 1% de los hombres que violentan a su pareja se les ha impuesto una sanción legal (Camacho, 2014) (INEC, 2011).

De modo que, si se toma en cuenta que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública a nivel mundial, debe ser manejado con premura haciendo énfasis en las políticas preventivas, tomando en cuenta que causa efectos negativos sobre la mujer víctima de violencia, contra los hijos y familia extendida si conocieran del caso por lo que resulta en un gran impacto en los servicios de salud. La OMS recomienda que, durante la primera visita de cada mujer, al empezar el interrogatorio para la historia clínica se realicen preguntas de abordaje biopsicosocial, indagando de manera continua acerca de violencia doméstica, estableciendo este punto de investigación dentro de las actividades preventivas en atención primaria (Sans, 2010).

Los servicios sanitarios y sus profesionales tienen una posición estratégica para el abordaje de todas las formas de violencia contra la mujer, precisamente a causa de sus graves consecuencias en la salud física y psicológica. El papel de los profesionales sanitarios es, por tanto, clave no solo para la detección y denuncia de los casos sino también para contribuir a promover, coordinar y poner en marcha las estrategias necesarias para abordar la violencia contra la mujer infligida por su pareja (Vives, *et al.*, 2015).

Aunque la violencia sigue siendo una de las mayores causas de morbi-mortalidad femenina, es muy poco visualizada como un problema de salud pública; es así que en el estudio de Méndez y colaboradores realizado en México se evidencia que el personal médico no tuvo las habilidades adecuadas para identificar y tratar correctamente los casos de violencia doméstica en su consulta (Méndez, *et al.*, 2003).

Venegas y Cols. en su estudio indican que el conocimiento de las normas y procedimientos para la atención de la violencia doméstica fue medio (81%) en los médicos familiares en Colima, México y además señalan que el personal de salud tiene

un impacto directo en el desempeño laboral, la calidad de vida y el costo económico (atención médica) de este grupo poblacional (Venegas, *et al.*, 2007).

Pese a la alta prevalencia de violencia doméstica y el impacto que esta genera en la salud de las mujeres y la sociedad como lo describen varios autores a nivel mundial, no existe suficiente evidencia científica que permita tener una apropiada evaluación y manejo de los procedimientos e instrumentos para la detección y manejo de los casos de violencia contra la mujer provocada por la pareja, si bien existen guías clínicas para el manejo de violencia física y el abuso sexual, parece no ser suficiente debido a los datos revelados que van en incremento cada año. Lo que finalmente dificulta evaluar la actuación y el desempeño de los profesionales de atención sanitaria con relación a la prevención y tratamiento de estos casos (Bermúdez, 2012).

2.7 Principales barreras de detección de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

Como se ha mencionado anteriormente las cifras estadísticas de VMIP siguen siendo elevadas a nivel mundial y en el Ecuador, a pesar de las recomendaciones realizadas por la OMS de implementar políticas de estado dirigidas a la prevención de la violencia a todos los países miembros aún existe un incremento en la frecuencia de casos de VMIP. A diferencia de otros tipos de violencia, estas víctimas no denuncian directamente la causa específica, pueden acudir en búsqueda de atención médica por otros motivos como las secuelas de agresión física o síntomas psicósomáticos por lo que en la actualidad se realizan esfuerzos dirigidos a reformar la respuesta de los prestadores de salud hacia este tipo de pacientes (Méndez, *et al.*, 2003) (Krug, *et al.*, 2003). Además, los profesionales de la salud pueden tener un contacto con la mayoría de las mujeres en algún momento de sus vidas, por esta razón las unidades de atención de salud juegan un papel

importante para la detección oportuna de estos casos, para brindarles apoyo y de ser necesario referirlas a centros más especializados. (Krug, *et al.*, 2003)

Uno de los principales obstáculos para la prevención y control de la VMIP es la prevalencia de factores culturales que consideran a esta problemática como normal dentro de la sociedad, lo cual impide que el problema se detecte y se atienda en forma oportuna (Méndez *et al.*, 2003) (Camacho, 2014). Para la OMS no sería recomendable una detección universal sino más bien emprender acciones para el entrenamiento de los proveedores de salud orientadas a la observación de factores de riesgo, a indagar sobre violencia si estos se presentan y sobre la forma de actuación ante los casos diagnosticados (Morales, 2015) (Krug, *et al.*, 2003).

En diversos estudios acerca de las barreras para la detección de violencia hacia la mujer realizados en México, España y Eslovenia en los que participaron profesionales médicos y de enfermería se describen varios elementos que dificultan la identificación y manejo de estos casos; entre ellos están, los dependientes de la propia paciente, los que están asociados con los profesionales de atención sanitaria y los relacionados con la organización del sistema de salud (Méndez, *et al.*, 2003) (Kopčavar, N., *et al.*, 2016) (Valdés, *et al.*, 2016).

Entre los obstáculos y dificultades para la detección y manejo de la VMIP dependientes de la propia paciente se encuentra el hecho que la mujer no quiera reconocer que está siendo víctima de maltrato, ya sea porque tiene vergüenza, sentimientos de culpa o por temor a represalias por parte del agresor; pueden también existir limitaciones lingüísticas o culturales (Meneses, C., *et al.*, 2015) (Méndez, *et al.*, 2003). Las mujeres que han sido maltratadas aprecian mucho ser escuchadas con atención, que se guarde la confidencialidad, obtener una adecuada atención y sobre todo no sentirse juzgadas por el personal de salud que las atiende.

Los profesionales médicos pueden estar de acuerdo en que la violencia contra la mujer infligida por la pareja constituye un problema de salud, pero se niegan a investigar y profundizar sobre el tema o cuando lo descubren no tiene una respuesta de atención adecuada (Ramsay, 2012). Entre las principales dificultades que tienen los profesionales de la salud para el diagnóstico y manejo de las VMIP se encuentran: la falta de formación, conocimientos o competencias específicas, falta de confianza para poder abordar este tema, temor de ofender o molestar a la paciente, problemas éticos si la mujer no quiere hacer la denuncia, miedo de perjudicar a la paciente con la actuación que se genere y escaso compromiso con la detección y seguimiento de los casos (Valdés, *et al.*, 2016) (Rojas, *et al.*, 2015) (Kopčavar, N., *et al.*, 2016) (Meneses, C., *et al.*, 2015).

Una de las limitantes del sistema, lo constituye también el ámbito legal, en algunos países aún existen diversos problemas para que la mujer pueda acceder a una comisaría como por ejemplo la distancia y el no poder asegurarles una protección policial rápida en su domicilio (Krug, *et al.*, 2003); otras dificultades del sistema lo constituyen la falta de tiempo en la consulta para la atención de las pacientes, personal rotativo, falta de recursos de apoyo y la escasez de servicios socio-sanitarios (Kopčavar, N., *et al.*, 2016) (Meneses, C., *et al.*, 2015).

En Ecuador, el trabajo de investigación de Ramos, M., se realizó con todo el personal de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez con la finalidad de determinar el grado de conocimiento acerca de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ministerio de Salud Pública y concluye que existe un bajo nivel cognoscitivo generalizado sobre esta guía. La autora recomienda que se incrementen los procesos de capacitación al personal de salud que trabaja en las áreas de emergencias y se mejoren los recursos y elementos necesarios para brindar una adecuada atención a las mujeres víctimas de violencia infligida por la pareja (Ramos, 2017). Otro estudio similar realizado

por Bermúdez, K., en el Centro de salud de Conocoto del Ministerio de Salud Pública para la aplicación de flujogramas de atención sobre violencia intrafamiliar menciona diversos factores que limitaron una adecuada ejecución de los mismos, como son: falta de interés en todo el personal para mantenerse alerta ante los casos de violencia contra la mujer y no piensan que es un tema que sólo le compete al personal de psicología y trabajo social sino a todos los prestadores de los servicios de salud, falta de aplicación de los procedimientos de detección en cada servicio, falta de entrenamiento del personal para poder identificar los signos y síntomas de violencia, limitada capacitación del personal para registrar adecuadamente los casos de violencia y ausencia de un comité encargado de los casos de violencia en la unidad. Además, observaron la necesidad de que se realicen reuniones con las instituciones locales de justicia para poder establecer las redes de apoyo (Bermúdez, 2012).

2.8 Marco Legal

2.8.1 Normativa Ecuatoriana sobre la violencia contra la mujer infligida por la pareja

Desde épocas antiguas las mujeres han sobrellevado una lucha constante en contra de la violencia de género que se ejerce sobre ellas por el solo hecho de serlo. Hasta antes de los años 80s en América Latina y el Caribe la violencia contra la mujer no era considerada como un asunto de estado, a partir de 1980 en Ecuador se empieza a visualizar la violencia como un problema de Salud Pública y se firma la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y se la ratifica un año más tarde en noviembre de 1981. El país se adhiere a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer de Belém do Pará y a la plataforma de acción de Beijín en 1995.(Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017)

Dentro de este contexto en el año 1994 se crearon las Comisarías de la Mujer y en 1995 se promueve la “Ley contra la Violencia a la mujer y la Familia”, conocida como Ley 103 donde el Estado asume un rol a través del sistema judicial. En esta normativa se reconocen tres tipos de violencia intrafamiliar, la física, psicológica y sexual.

Durante la creación de la Constitución de 1998 se consigue añadir disposiciones fundamentales para la promoción y fortalecimiento de la igualdad de género y de los derechos humanos de las mujeres, alcanzando grandes conquistas para la protección de las mujeres y este mismo año el Ministerio de Salud Pública declaró a la violencia como un problema de salud pública y emitió las normas de Salud sexual y salud reproductiva incorporadas en el capítulo de Violencia intrafamiliar y sexual, con ello se logró dar inicio a procesos de capacitación y sensibilización del personal de salud (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017) (Rojas, *et al.*, 2012).

Mediante Decreto Ejecutivo No 620 de septiembre de 2007 se declara Política de Estado con enfoque de los derechos humanos la erradicación de la Violencia de género hacia la Niñez, la adolescencia y mujeres, la que se establece que “para la construcción e implementación de la política y el plan, las instituciones y organismos responsables diseñarán y ejecutarán programas, proyectos y acciones garantizando las asignaciones propuestas suficientes y oportunas, según sus competencias y de manera articulada” y se involucra también al Ministerio de Justicia. La misma ley orgánica en el artículo 32 manda “En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas”. Es por ello que un año más tarde en diciembre 2008 el Ministerio de Salud acuerda: aprobar y autorizar la publicación del “Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de las víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género”, que fue elaborado por funcionarios del MSP, con la colaboración de varias instituciones y validado por el Consejo Nacional de Salud

(CONASA), posterior a su elaboración se dispuso la difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados para su aplicación obligatoria en todas las unidades operativas del sector salud tanto públicas como privadas. (Rojas, *et al.*, 2012)

Algunos avances se dieron en los siguientes años y en el 2014 el Código Orgánico Integral Penal tipificó tres tipos de violencia y se incluyó al femicidio como un delito. En el 2017, la Asamblea Nacional del Ecuador resolvió en forma unánime, condenar categóricamente todo tipo de violencia que se ejerza en contra de las niñas, adolescentes y mujeres en el país, impulsar a las instituciones judiciales a fortalecer los servicios de atención dirigidos a mujeres víctimas de violencia por medio de la formación y capacitación continua de su personal y aumentar el número de unidades de atención especializadas en violencia de género (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2017).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres es publicada el 05 de febrero de 2018 en el registro oficial No. 175 y es la que se mantiene vigente. La Asamblea Nacional se compromete a promulgar leyes que contemplen mecanismos eficaces y eficientes de alerta de violencia contra las mujeres y dentro de esta Ley se establece como ente organizador al Sistema Nacional Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres (niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores). Este sistema será el encargado de administrar un Registro Único de Violencia y un Observatorio Nacional que elaborará informes, estudios y propuestas para una efectiva implementación de la presente ley; estará integrado por 16 instituciones, entre ellas, varios ministerios como el de Justicia y Derechos Humanos, Salud, Educación, Inclusión Económica y Social, Consejos Nacionales para la igualdad, Ecu 911, Fiscalía, Consejo de la Judicatura, los Gobiernos Autónomos Descentralizados y otros (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018).

2.8.2 Ley Orgánica Integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres

Artículo 1.- Objeto. El objeto de la presente Ley es prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres: niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en el espacio público y privado; especialmente cuando se encuentran en situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, a través de políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; y también mediante la reeducación de la persona agresora y el trabajo sobre la masculinidad (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018).

Artículo 9.- Derechos de las mujeres. Numeral 7. Las mujeres tienen derecho a recibir protección y atención integral a través de servicios adecuados y eficaces, de manera inmediata y gratuita para la víctima y sus dependientes con cobertura suficiente, accesible y de calidad (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018).

Artículo 26.- El ente rector de Salud. Sin perjuicio de las facultades establecidas en la respectiva normativa vigente, tendrá las siguientes atribuciones: (Asamblea Nacional República del Ecuador, 2018)

b) Garantizar de manera prioritaria en todos los hospitales y centros de salud, la atención y recuperación integral de la salud física y mental gratuita, a favor de las mujeres víctimas de violencia, lo que incluye exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico; y, cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud;

c) Garantizar áreas de primera acogida para las mujeres víctimas de violencia, con funcionamiento las veinticuatro horas en los establecimientos del sistema nacional de salud;

f) Promover campañas sobre prevención y erradicación de violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes, dirigidas a usuarios y usuarias del Sistema de Salud;

n) Fortalecer a los Técnicos de Atención Primaria en Salud y al personal de los Establecimientos de la Red Pública Integral de Salud, en detección, atención y acompañamiento a las mujeres víctimas de violencia.

3 CAPITULO III

3.1 Perfil de la Unidad Médica Eloy Alfaro

El Consejo Superior, máximo organismo del IESS, en sesión del 31 de mayo de 2012, autorizó que la Unidad Médica Eloy Alfaro forme parte del Hospital Carlos Andrade Marín, como Unidad Anexa y desconcentrada, el cual se encargará de la ejecución administrativa y gestión de la Unidad, con oficio: 21100000-602 del 05 de marzo 2012.

La unidad médica funciona con infraestructura física moderna, cuenta con 11 consultorios médicos, una sala de consultorios rápidos, una sala de atención de urgencias, área de fisioterapia, sala de laboratorio y recolección de muestras, sala de ecografía ginecológica, enfermería, farmacia y sala de esterilización.

Se inauguró el 12 de septiembre del 2012, siendo Director General del IESS en Economista Fernando Guijarro Cabezas y directora del Hospital Carlos Andrade Marín la Doctora Grace Falconí, brindando atención médica en las áreas de Medicina General, Medicina Familiar, pediatría, ginecología-obstetricia, psicología, nutrición, odontología, laboratorio clínico y emergencia inicialmente; en la actualidad se han incrementado los servicios de: fisiatría, fisioterapia-rehabilitación, podología y terapia de lenguaje. Además, se han conformado grupos de la tercera edad a los cuales se les da un espacio para terapia de memoria, bailo terapia y charlas educativas de diversos temas de salud.

La Unidad Médica Eloy Alfaro está ubicada en el sector del mercado mayorista, al sur de Quito, en la avenida teniente Hugo Ortiz y Ayampamba. (Ver Anexos1 y 2)

4 CAPITULO IV

4.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- a) ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud de la Unidad médica Eloy Alfaro acerca de la detección y manejo de la Violencia contra la mujer infligida por su pareja?
- b) ¿Cuáles son las barreras que tiene el personal de salud de las diferentes áreas de la Unidad médica Eloy Alfaro para la detección y manejo de los casos de Violencia contra la mujer infligida por su pareja?

4.2 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

4.2.1 General:

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la violencia contra la mujer infligida por su pareja del personal que labora en la Unidad Médica Eloy Alfaro en el año 2018.

4.2.2 Específicos:

- Describir el grado de conocimiento y técnicas aplicadas para la detección y manejo integral de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro.
- Identificar las actitudes del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro en relación con los casos de violencia contra la mujer infligida por su pareja.
- Conocer las principales barreras que tiene el personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro en el abordaje y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja.

4.3 HIPÓTESIS

Con la siguiente investigación se puede aportar con datos científicos sobre cómo se entiende y atiende la violencia contra la mujer infligida por su pareja en el personal del servicio de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro, 2018.

4.4 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

4.4.1 Tipo y técnicas del estudio

Para cumplir los objetivos propuestos en este trabajo de investigación, se realizó un estudio cualitativo etnográfico a través de entrevistas semiestructuradas individuales y de grupos focales a todo el personal de la Unidad Médica Eloy Alfaro durante un período aproximado de un mes para poder coincidir con los horarios disponibles sugeridos por ellos.

La investigación cualitativa es un método utilizado principalmente en las ciencias sociales mediante el empleo de métodos de recolección de datos sin medición numérica, como las descripciones y observaciones, con la finalidad de investigar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como la experimentan los participantes. Busca explicar las razones de los diferentes aspectos del comportamiento, es decir investiga el por qué y el cómo. (Hernández, 2010)

La etnografía es una “técnica cualitativa que se propone ayudar a interpretar el entorno a través de un análisis de lo que dicen, hacen o piensan sus protagonistas” (Santana y Gutiérrez, n.d.)

Hammersley y Atkinson (1994) conceptualizan a la etnografía como una forma de investigación social caracterizada por: su gran énfasis en la exploración de la naturaleza de un fenómeno social concreto, antes que ponerse a comprobar una hipótesis sobre el mismo; una tendencia a trabajar con datos no estructurados, es decir, datos que no han

sido codificados hasta el punto de recogerlos a partir de un conjunto cerrado de categorías analíticas; investiga un pequeño número de casos, quizás uno sólo, pero a profundidad; el análisis de los datos implica la interpretación de los significados y funciones de las actuaciones humanas, expresándolo a través de descripciones y explicaciones verbales, adquiriendo el análisis estadístico un plano secundario. (Hammersley y Atkinson, 1994, p. 248)

Las técnicas más empleadas para la recolección de la información en la investigación etnográfica son las observaciones y las entrevistas. En el estudio se utilizó la entrevista semiestructurada sin dejar de lado la observación de las expresiones de cada participante al momento de esta, lo que nos permite tener una perspectiva interna de cada uno de ellos con respecto al tema de investigación. Las entrevistas fueron individuales, informales y posteriormente en grupos focales, además si se encontraba una respuesta afirmativa sobre atención o manejo de casos de violencia se pidió un relato de estos.

4.4.2 Recolección de los datos (Ver Anexos 3, 4, 5 y 6)

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de las técnicas descritas para la investigación etnográfica de acuerdo con los objetivos planteados y posterior a la firma de un consentimiento informado (Ver anexo 3), se utilizaron 3 instrumentos de recolección de los datos como se describen a continuación:

Se diseñó una encuesta que permitió obtener los datos sociodemográficos, educativo, profesional y social de los participantes; como: Edad, sexo, estado civil, nacionalidad, religión, tipo y grado de instrucción, años de experiencia profesional, área y tiempo de trabajo en la UMEA. (Ver anexo 4)

El trabajo de campo se lo planificó en 2 fases: en la primera, se realizaron las entrevistas individuales semiestructuradas a través de un cuestionario guía (Ver anexo 5) lo que permitió cubrir las interrogantes planteadas acerca del tema de investigación, preservando un contexto conversacional con cada entrevistado y profundizando más en casos necesarios.

La entrevista individual semiestructurada es la más convencional de las alternativas de entrevista y se caracteriza por la preparación de un cuestionario guía en forma anticipada para seguirlo. Este tipo de entrevista asume un enfoque cualitativo que abre la oportunidad para que, con cada una de las respuestas a las preguntas del cuestionario, se logre explorar de forma in estructurada (no preparada de antemano, pero sí sistemática) aspectos procedentes de las respuestas proporcionadas por el entrevistado. (Sandoval, 2002)

Para su análisis no solo basta con registrar las ideas, sino que también se requiere examinar el contexto en el que ellas surgen y se identifica especialmente por la manera de hablar. (Sandoval, 2002)

En la segunda fase del estudio se realizó una entrevista de grupos focales, que se caracteriza por ser colectiva, se enfoca en cierto número de tópicos o problemas lo que permite analizar el conocimiento básico del problema y su accionar; una segunda particularidad de esta técnica es que la agrupación de los entrevistados se realiza una vez identificada alguna particularidad relevante entre ellos, de tal forma que se reúnen a los que comparten dichas características, generalmente entre seis a ocho. (Sandoval, 2002). Al tratarse de un grupo heterogéneo de participantes, profesionales de la salud de diferentes servicios y administrativos; los grupos se organizaron por afinidad de áreas de trabajo, por características identificadas en las entrevistas individuales y una determinante importante fue el horario en el que se los pudo reunir.

La entrevista de grupo focal fue semiestructurada, con preguntas que sirvieron de referencia básica (Anexo 6), pero con la capacidad de poder ampliarlas según el caso, esto permitió la profundización, reorientación y enriquecimiento de los temas de investigación posterior a las entrevistas individuales. (Sandoval, 2002)

El registro de los datos recolectados se los realizó: de forma escrita a través de las respuestas de los participantes sobre sus datos demográficos, mediante grabaciones de audio de las entrevistas individuales y focales, con fotos de los grupos focales previa autorización de estos y notas de campo.

4.4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.3.1 Criterios de inclusión

Personal de nómina constante de la Unidad Médica Eloy Alfaro (UMEA) que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado (Anexo 3) en el que se da una explicación general del tema de investigación y el motivo de realizarlo, además se detalla la autorización para la grabación de audio de las entrevistas, se garantiza su confidencialidad y la posibilidad de ser excluidos del estudio en cualquier momento de ser su decisión. Se incluyeron por lo tanto a:

- a) Médicos especialistas
- b) Médicos generales
- c) Nutricionista
- d) Psicóloga
- e) Enfermeras
- f) Auxiliares de enfermería
- g) Personal de: laboratorio, farmacia, rehabilitación, trabajo social, admisión y administrativos.

4.4.3.2 Criterios de exclusión

- a) Personal que no acepte participar en el estudio (no firma el consentimiento informado).
- b) Personas encargadas de limpieza y seguridad porque es un personal de servicio rotativo dependiente de la organización y contratación de Talento Humano del Hospital Carlos Andrade Marín.

4.4.4 Selección de informantes

El universo del estudio incluyó al personal que labora en todas las áreas de la Unidad Médica Eloy Alfaro (Consulta externa todas las especialidades, Emergencia, Odontología, Rehabilitación, laboratorio, farmacia, trabajo social, admisión y área administrativa) y que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la nómina de trabajadores de la Unidad Médica de enero de 2018 constaban 50 trabajadores de salud distribuidos en las diferentes áreas de la unidad y de ellos los participantes fueron 42 como se detalla a continuación en la tabla 5:

Tabla 5. Descripción del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro participante del estudio

PARTICIPANTES	NUMERO
Médicos Familiares	3
Médicos Generales	5
Médicos Postgradistas Medicina Familiar	3
Ginecólogo	1
Pediatra	1
Licenciadas de Enfermería	3
Auxiliares de Enfermería	5
Trabajadora Social	1
Psicóloga	1
Nutricionista	1
Odontología	2
Farmacéutica	1
Auxiliar de Farmacia	2
Licenciadas de laboratorio	4
Licenciadas de fisioterapia	2
Personal de Admisión	2
Administrativos	4
TICS (Ingeniero químico)	1
TOTAL	42

Realizado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Ocho personas decidieron no participar por diferentes razones, entre ellas: 1 médica familiar explicó dificultad de horario a pesar de solicitarle acudir minutos antes de su entrada o a la salida, 1 médica familiar por estar a cargo de la dirección médica y tener horarios administrativos fluctuantes no pudo ser captada, 1 auxiliar de enfermería y 2 de odontología no especificaron su motivo pero no quisieron participar a pesar de la entrega de información (a una de ellas pareció incomodarle el tema), 1 médica postgradista de medicina familiar estuvo en rotaciones externas a la unidad por lo que no se logró entrevistarla y 2 personas administrativas fueron removidas de su cargo a otra unidad médica.

En la segunda fase del estudio, para la entrevista de grupos focales se tuvo en cuenta la heterogeneidad de los participantes, la afinidad por áreas y según la información recolectada en las entrevistas individuales se organizaron 4 grupos; cabe mencionar que, por situación de horarios en cada grupo, no se contó con la presencia de todo el personal que si había participado en la primera fase:

Tabla 6. Organización de los grupos focales de la Unidad Médica Eloy Alfaro

GRUPOS FOCALES UMEA*	INTEGRANTES
1° 25-06-2018	3 licenciadas en enfermería, 3 auxiliares de enfermería, 1 médico familiar, 1 administrativo
2° 25-06-2018	1 médico familiar, 1 ginecólogo, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 trabajadora social, 2 médicos generales
3° 26-06-2018	4 tecnólogas laboratorio, 2 auxiliares farmacia, 1 admisión
4° 09-07-2018	3 médicos postgradistas medicina familiar, 2 médicos generales

*UMEA: Unidad Médica Eloy Alfaro

Realizado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

4.4.5 Variables

El estudio es cualitativo, sin embargo, para la descripción del perfil de los informantes se analizarán variables cuantitativas y para los datos de investigación serán variables cualitativas.

4.4.6 Operacionalización de variables – Perfil demográfico de los participantes

Tabla 7. Operacionalización de variables demográficas de los participantes

VARIABLE	DEFINICION	TEMAS/ INDICADORES	INSTRUMENTOS
Edad	Tiempo cronológico de vida cumplido por el participante hasta el momento de la entrevista.	Número de años	Cuestionario Perfil del participante
Estado civil	Condición de una persona según el Registro civil del Ecuador en función de si tiene o no pareja y situación legal respecto a esto. (Ley orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles. Ecuador, 2016)	Soltero/a Casado/a Unión de Hecho Divorciado/a Separado/a Viudo/a	Cuestionario Perfil del participante
Nacionalidad	Vínculo jurídico y político que relaciona a las personas con un Estado. (Arévalo, 2010)	Ecuatoriano Extranjero	Cuestionario Perfil del participante
Sexo	“Conjunto de características físicas, biológicas y anatómicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer” (Ley orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles. Ecuador, 2016)	Hombre Mujer	Cuestionario Perfil del participante
Lugar de procedencia	Provincia del territorio ecuatoriano en el que naciere. (Ley orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles. Ecuador, 2016)	Provincias del Ecuador	Cuestionario Perfil del participante
Lugar de residencia	Lugar donde un ciudadano reside/habita. (Ley orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles. Ecuador, 2016)	Ciudad Barrio Calles	Cuestionario Perfil del participante
Religión	Práctica humana de creencias existenciales, morales y sobrenaturales. La Constitución del país establece la libertad de credo. (Ley de Cultos, 2015)	Católico Evangélico Ninguna Otros	Cuestionario Perfil del participante
Nivel de instrucción	Grado académico que se ha alcanzado en la educación formal otorgado por una institución aprobada por el Ministerio de Educación. (Reglamento General a la Ley orgánica de Educación Intercultural, 2010)	Educación Básica Bachillerato Nivel técnico o tecnológico superior Tercer nivel	Cuestionario Perfil del participante

		Cuarto nivel	
Ocupación/ Profesión	Tarea o actividad específica que desarrolla un trabajador dentro del establecimiento. Se trata de una característica de los puestos de trabajo. (INEC, 2010)	Medicina General y Especialidades Odontología Licenciada en Enfermería Bioquímica y Farmacia Tecnólogo Médico Auxiliar de Enfermería Auxiliar de Odontología Auxiliar de Farmacia Fisioterapia/Rehabilitación Psicología Clínica Nutricionista Administrativo Trabajo Social	Cuestionario Perfil del participante
Lugar de formación académica	Institución Educativa en la que realizó o realiza sus estudios profesionales.	Institución Educativa de Formación Básica y Bachillerato Universidades Escuelas Politécnicas Institutos de Educación Superior	Cuestionario Perfil del participante
Años de práctica en su área de trabajo	Tiempo de trabajo en los centros de atención en salud. (Rodríguez et al., 2017)	Número de años	Cuestionario Perfil del participante
Tiempo de trabajo en la institución	Tiempo que lleva trabajando en la Unidad Médica Eloy Alfaro.	Meses Años	Cuestionario Perfil del participante
Área en la que labora	Áreas de la Unidad Médica Eloy Alfaro	Consulta Externa – especialidades. Emergencia Farmacia Fisioterapia Administrativo Laboratorio Admisión Trabajo Social	Cuestionario Perfil del participante

Realizado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

4.4.7 Operacionalización de variables cualitativas del estudio

Tabla 8. Operacionalización de variables cualitativas

VARIABLE	DEFINICION	TEMAS/INDICADORES	INSTRUMENTOS
Conocimientos sobre la VMIP*	Percepción y opinión acerca de la VMIP (Esirvent, 2016) (Méndez et al., 2003)	-Problema de Salud Pública -Atención a las víctimas como parte de sus funciones -Daños a la salud secundarios a la violencia	Entrevista de Grupo Focal
Conocimientos sobre detección y manejo de VMIP*	Información y formación sobre la VMIP (Esirvent, 2016)	-Conoce los recursos de atención a víctimas de VMIP en el sistema sanitario – Formación previa -Ha leído la última Guía de Atención integral en Violencia de Género del MSP -Conoce las obligaciones legales ante la VMIP – sabe que está obligado a denunciar los casos de VMIP	Entrevista de Grupo Focal Entrevista Individual
Actitud general y las actitudes para identificar y canalizar casos de VMIP*.	Tipo de comportamiento que el personal de salud realiza para identificar casos de VMIP. (Méndez et al., 2003) (Valdés et al., 2016) Obstáculos y dificultades en la atención de la VMIP (Esirvent, 2016) (Kopčavar et al., n.d.)	-Realiza detección de violencia en caso de sospecha, lo hace en forma rutinaria o nunca lo hace. -Barreras relacionadas con la organización del trabajo dentro del sistema de atención médica. -Barreras asociadas con el personal de salud. -Barreras que surgen de los pacientes.	Entrevista Individual
Prácticas del personal de salud frente a la VMIP*	Experiencia del personal en manejo de VMIP (Esirvent, 2016) Disponibilidad o no de recursos apropiados de referencia, o conocimientos adecuados sobre los recursos de referencia. Acciones realizadas en los casos identificados de VMIP (Rodríguez et al., 2017)	-Ha identificado algún caso de VMIP y como lo ha manejado. -En qué casos debe indagar sobre VMIP -Manejo de la Historia clínica en casos diagnosticados - Necesidad de una mayor información y aprendizaje constante en VMIP	Entrevista Individual Relato de Casos

Realizado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

4.4.8 Análisis de los datos

Todos los datos recolectados de los instrumentos diseñados se clasificaron y se registraron para su análisis; se obtuvo una información de tipo cuantitativa del cuestionario de datos sociodemográficos de los participantes y de tipo cualitativo por medio de las entrevistas individuales y de grupos focales.

El procesamiento y análisis de los datos obtenidos se detallan a continuación:

- a) Análisis de datos profesionales y sociodemográficos: Edad, sexo, estado civil, Nacionalidad, lugar de procedencia y residencia, nivel de instrucción, profesión/ocupación, área que labora, años de experiencia y tiempo de trabajo en la unidad. Estos datos fueron ingresados a un archivo mediante el programa Excel 2016 en el que se puede hacer un pequeño análisis de tipo descriptivo a través de frecuencias y porcentajes.
- b) Análisis de datos cualitativos de las entrevistas individuales y de grupos focales: los datos de conocimientos, actitudes y prácticas acerca del tema de investigación fueron recolectados mediante grabaciones de audio en un período aproximado de un mes para poder coincidir con los horarios disponibles sugeridos por ellos, para la posterior transcripción de cada entrevista de manera textual en Word Office 365. Una vez transcrita la información se procedió a: la construcción de una matriz que consiste en varias categorías según las preguntas de investigación por medio de **indicadores cualitativos**, definición de las unidades de análisis (Palabra, frase o tema) y a la codificación de cada informante por área de trabajo y profesión; estas transcripciones fueron analizadas por análisis de contenido cualitativo que se caracteriza por una reducción rápida de los datos para su interpretación, conclusiones e informe final de los resultados obtenidos.

Además, en el contexto de un estudio cualitativo utilizando la entrevista individual semiestructurada también se registraron las expresiones o detalles percibidos durante el abordaje de cada tema en los participantes como lo menciona Sandoval (2002).

La transcripción textual de las entrevistas se colocó en letra cursiva con la finalidad de mejorar su visualización y diferenciarlo del texto de análisis. Las palabras o frases que destacan en los párrafos acerca de los temas analizados se resaltaron con negritas.

4.4.8.1 Matriz de categorización - Indicadores cualitativos

Tabla 9. Descripción de los indicadores cualitativos

INDICADORES CUALITATIVOS	DESCRIPCION
DEFVIOLENMUJ	Definición de violencia en general y de la violencia hacia la mujer provocada por la pareja.
TIPOVIOLENMUJ	Conocimiento de los tipos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja: Física, psicológica, sexual y patrimonial
CONOCPREVIOLMUJ	Conocimientos previos sobre violencia contra la mujer ejercida por la pareja – dónde lo aprendieron
CONOCLYPROTVIOLEN	Conocimiento sobre las leyes, protocolos y guías de detección y manejo de violencia contra la mujer en Ecuador; protocolos y guías que se apliquen en la UMEA
DIAGVIOLENCIA	Reconocimiento de síntomas y signos que pueda indicar que una mujer es víctima de violencia provocada por la pareja – diagnóstico de violencia.
CONOCGRUPVUL	Conocimientos de grupos vulnerables que pueden ser víctimas de violencia con mayor frecuencia.

DETECFRVIOLMUJ	Capacidad de detectar o reconocer factores de riesgo que puedan ayudar en el diagnóstico precoz de violencia contra la mujer provocada por la pareja y la frecuencia de hacerlo.
IMPDGCONSVIOLMUJ	Importancia de la detección de violencia contra la mujer provocada por la pareja y las consecuencias que provoca en una mujer el ser víctima de ello.
BARRDGMAVIOL	Barreras o dificultades: personales, del paciente o del sistema para el diagnóstico y manejo de la violencia contra la mujer provocada por la pareja
ACTMANSEGVIOLMUJ	Actitud de los participantes frente al reconocimiento de cualquier tipo de violencia contra la mujer provocada por la pareja, manejo y seguimiento de los casos.
DESMANCASVIOLMJ	Descripción de casos de violencia contra la mujer infligida por la pareja que han tenido la oportunidad de atender los participantes.
SOLYSUGVIOLENMUJ	Soluciones, sugerencias y recomendaciones planteadas por los participantes para disminuir la violencia contra la mujer provocada por la pareja

Realizado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

4.4.8.2 Codificación según las profesiones y áreas de trabajo de los participantes

A cada código se fue añadiendo la inicial del nombre y apellido para identificar cada entrevista, posteriormente en el análisis se describieron con la edad y sexo.

- **MDG:** Medicina general
- **MDF:** Médicos familiares
- **PGMF:** Médicos Postgrado Medicina Familiar
- **PED:** Pediatra
- **GOB:** Gineco - obstetricia
- **NUT:** Nutrición

- **PSC:** Psicología
- **TS:** Trabajo social
- **ODT:** Odontología
- **LCENF:** Licenciada de enfermería
- **AUXENF:** Auxiliar de enfermería
- **LCLAB:** Licenciada en laboratorio
- **TCFIS:** Tecnóloga Fisioterapia
- **FAR:** Farmacéutica
- **AUXFAR:** Auxiliar de farmacia
- **SIST:** Sistemas
- **ADMT:** personal administrativo
- **ADMS:** Personal de Admisión

4.4.9 Aspectos Bioéticos

A cada participante se le explicó en forma detallada los propósitos e implicaciones de la investigación en forma verbal y a través de un consentimiento informado por escrito (Ver Anexo 3), recalcando la estricta confidencialidad de los datos proporcionados.

Una vez que el participante fue informado en forma general se preguntaron acerca de las dudas que podían tener y los que estuvieron de acuerdo firmaron la respectiva hoja entrando así a formar parte de la investigación. Se les manifestó que su participación era voluntaria, no obligatoria y que en cualquier momento del estudio podían expresar su deseo de no continuar participando.

4.4.10 Limitaciones del estudio

El análisis de la mayoría de las variables se realizó según las profesiones y áreas de servicio, no se realizó un análisis comparativo con otras variables demográficas como años de experiencia, género, edad, estado civil, etc.; ya que, consideramos que no existía una relación significativa después de revisar los resultados obtenidos.

Esta investigación está limitada a la red del sistema de salud del IESS y no se puede hacer una comparación directa con los otros servicios de salud como los del MSP y los privados.

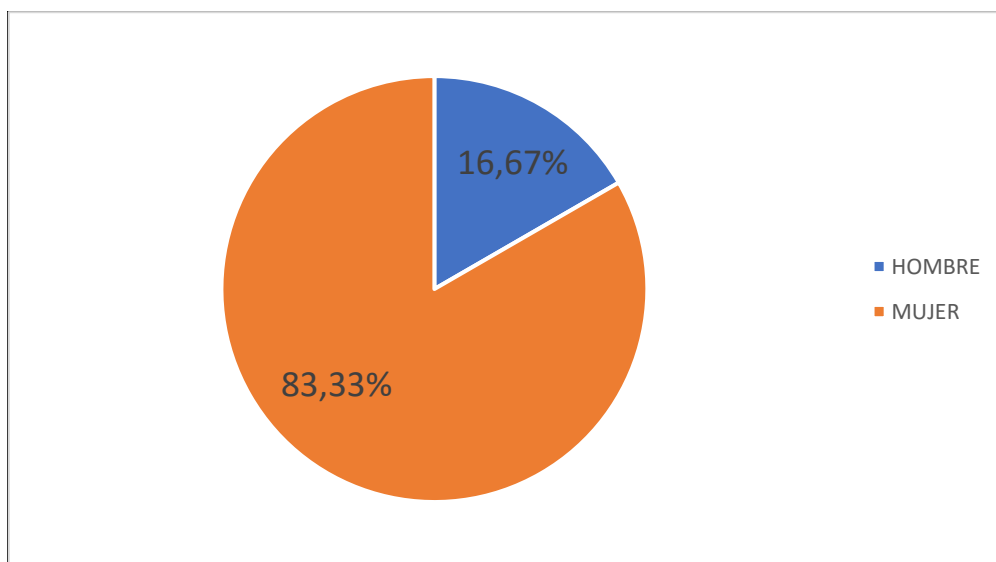
5 CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

5.1.1 ANALISIS DE VARIABLES DEMOGRAFICAS

De los cincuenta (50) trabajadores de la salud de la UMEA, 42 decidieron participar en el estudio (n=42), de los cuales 35 fueron mujeres (83%) y 7 fueron hombres (17%), con edades comprendidas entre 25 y 58 años, en cuanto al estado civil 50% son casados y el resto corresponde a solteros, unión de hecho y divorciados. El 99% son de nacionalidad ecuatoriana y 1% venezolana, el 71% proceden de Quito, el 5% de Loja y Cuenca, en menor proporción Guaranda, Riobamba, El Oro, Chone, Imbabura, Caracas, Carchi y el Puyo. El 69% tienen instrucción superior de tercer nivel, el 21% cuarto nivel y 10% secundaria. En cuanto a religión el 74% responde católico y el resto en diferentes porcentajes de otras religiones. Todos estos datos se muestran en las siguientes figuras:

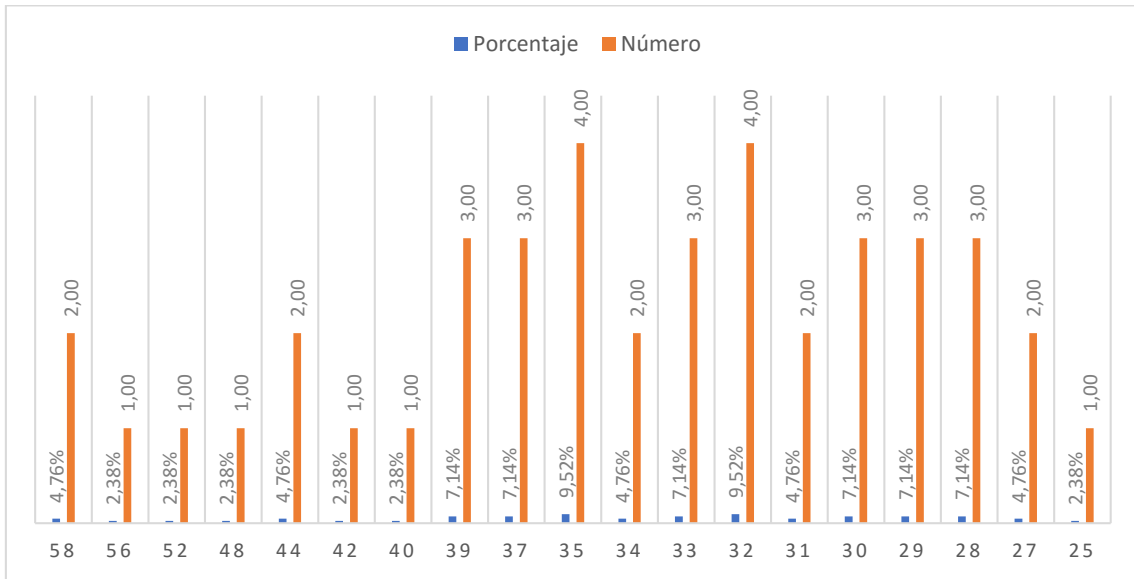
Figura 7. Distribución de los participantes de la UMEA según el sexo, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

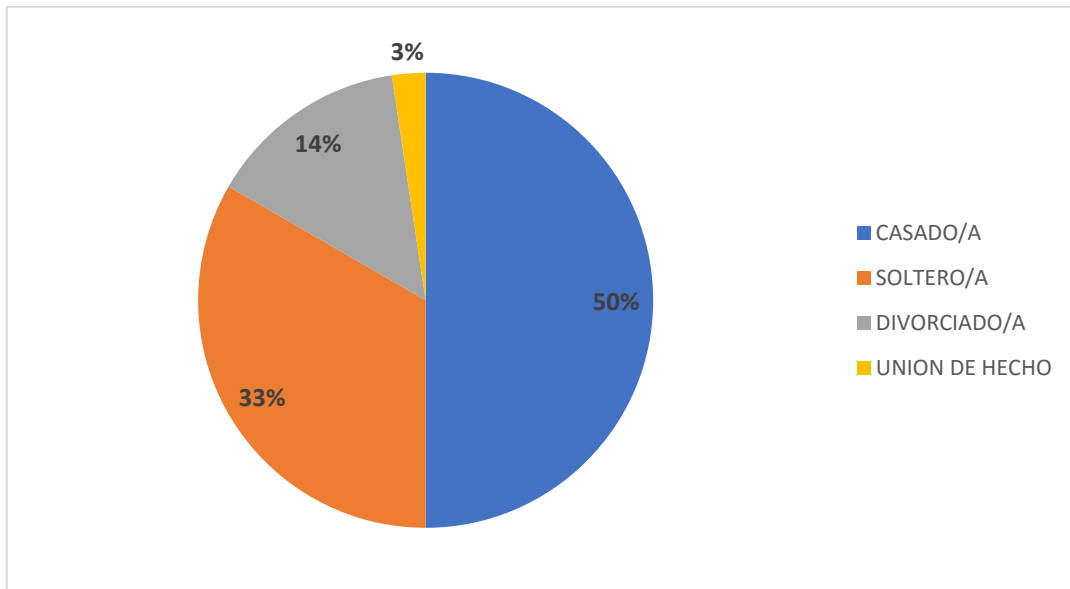
Figura 8. Distribución de los participantes de la UMEA según la edad, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

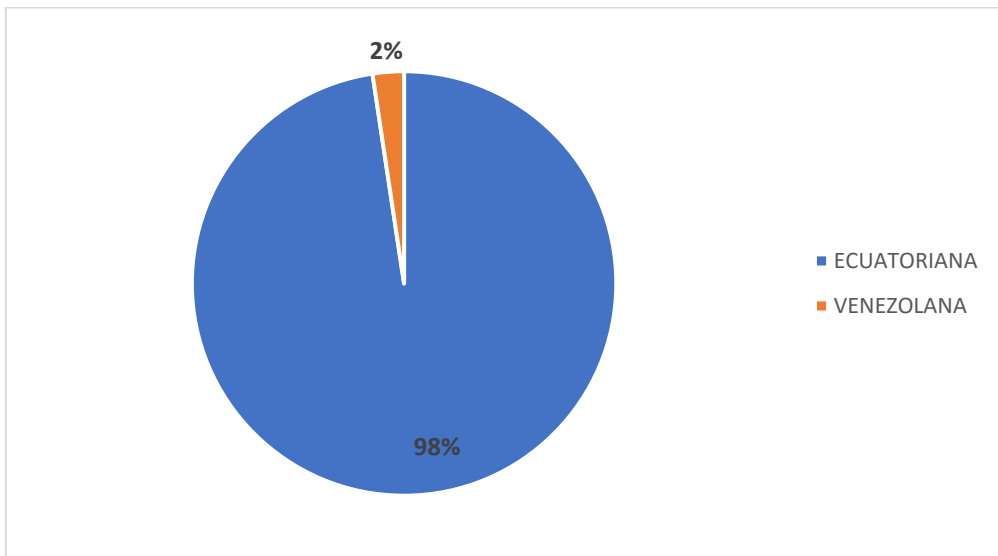
Figura 9. Distribución de los participantes de la UMEA según su estado civil, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

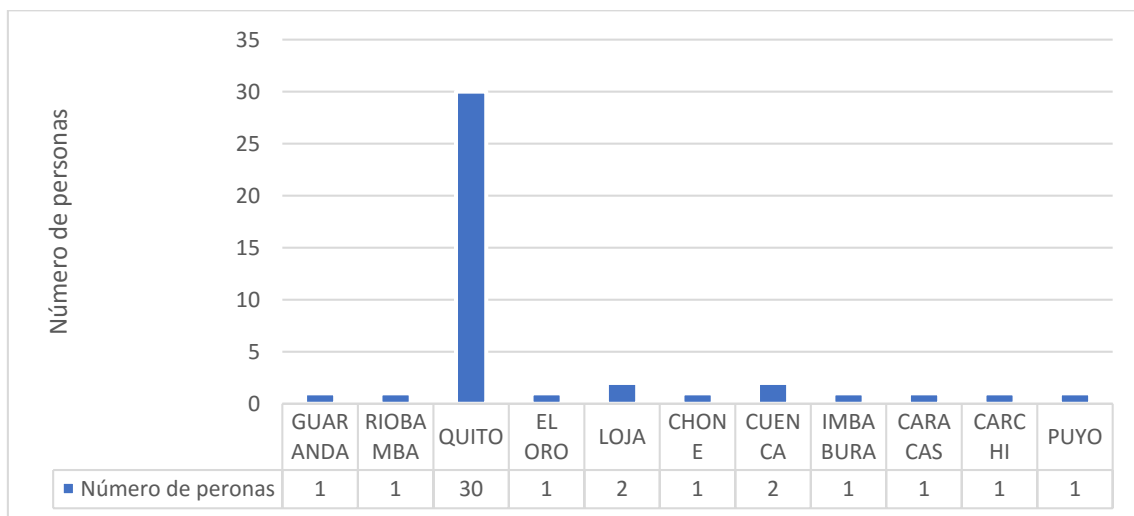
Figura 10. Distribución de los participantes de la UMEA según su nacionalidad, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

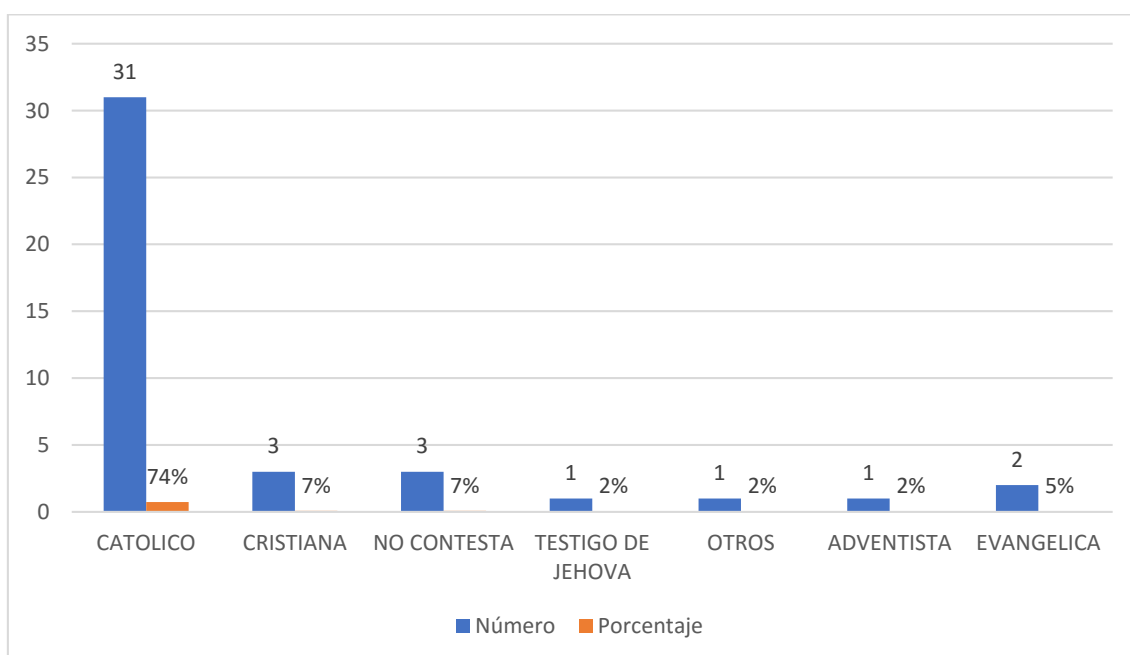
Figura 11. Distribución de la población de la UMEA según su lugar de procedencia, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 12. Distribución de la población de la UMEA según la religión, junio 2018



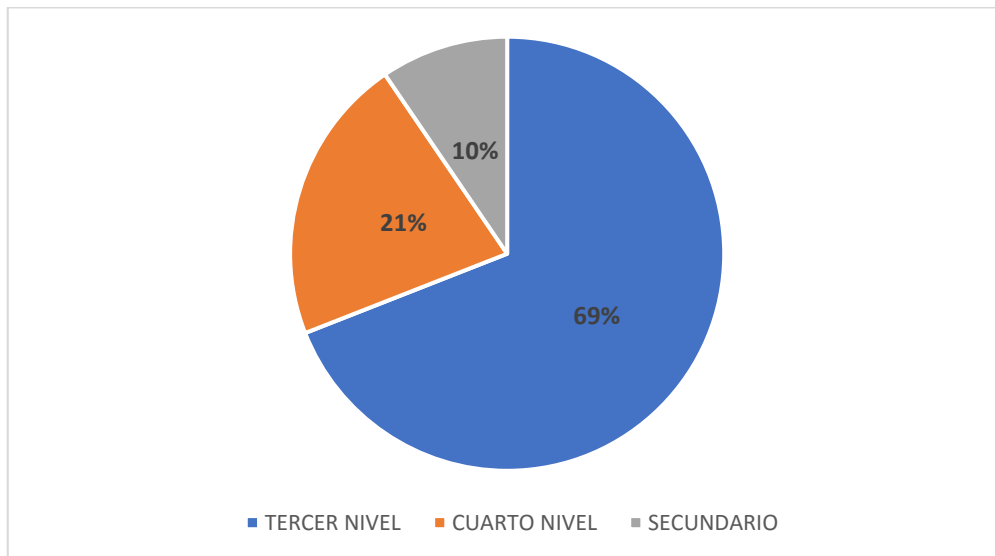
Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

En cuanto a la profesión la mayoría son médicos generales (12%), seguidos de licenciadas en laboratorio, médicos familiares, auxiliares de enfermería con el 10% cada uno y en porcentajes menores: asistente de farmacia, psicología clínica, pediatría, economista, secretaria, licenciada en enfermería, farmacéutica, odontología, ingeniero químico, auditoría, ginecólogo, odontólogo, fisioterapeuta, trabajo social, nutricionista, licenciado en comunicación, postgradista de medicina familiar y oficinista. De ellos el 55% recibieron educación en la Universidad Central del Ecuador (UCE), seguidos del 14% en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) y el resto en otras universidades.

El área en que labora la mayoría de la población del estudio se encuentra en el servicio de Consulta Externa representado por el 36%, seguido por Emergencia con el 19%. El tiempo en que laboran en la UMEA está entre menos de un año a 6 años, el mayor porcentaje está en 3 años con el 24%. Estos datos se detallan en las siguientes figuras:

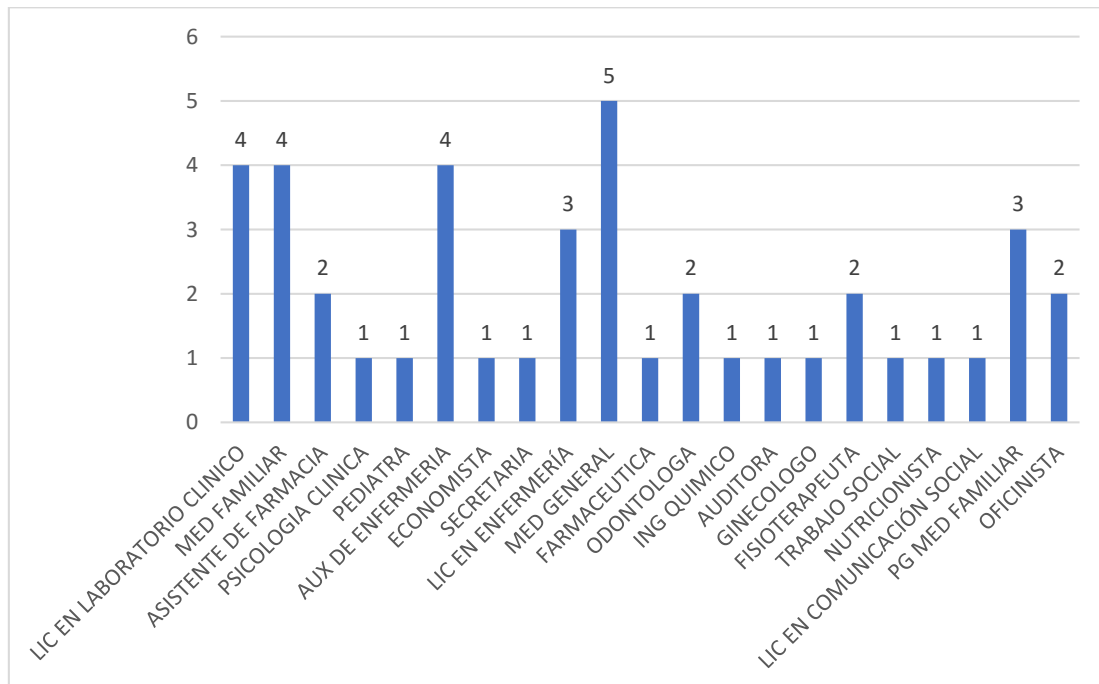
Figura 13. Distribución de la población de la UMEA según su nivel de instrucción, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

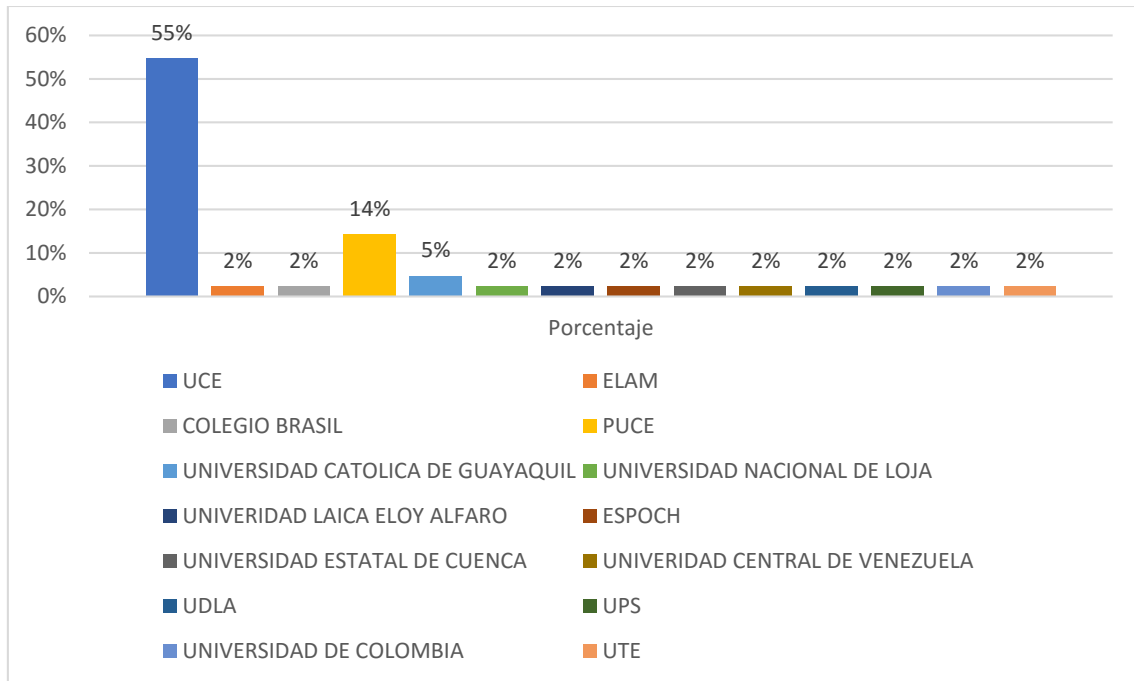
Figura 14. Distribución de la población de la UMEA según su profesión, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 15. Distribución de la población de la UMEA según su lugar de formación académica, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

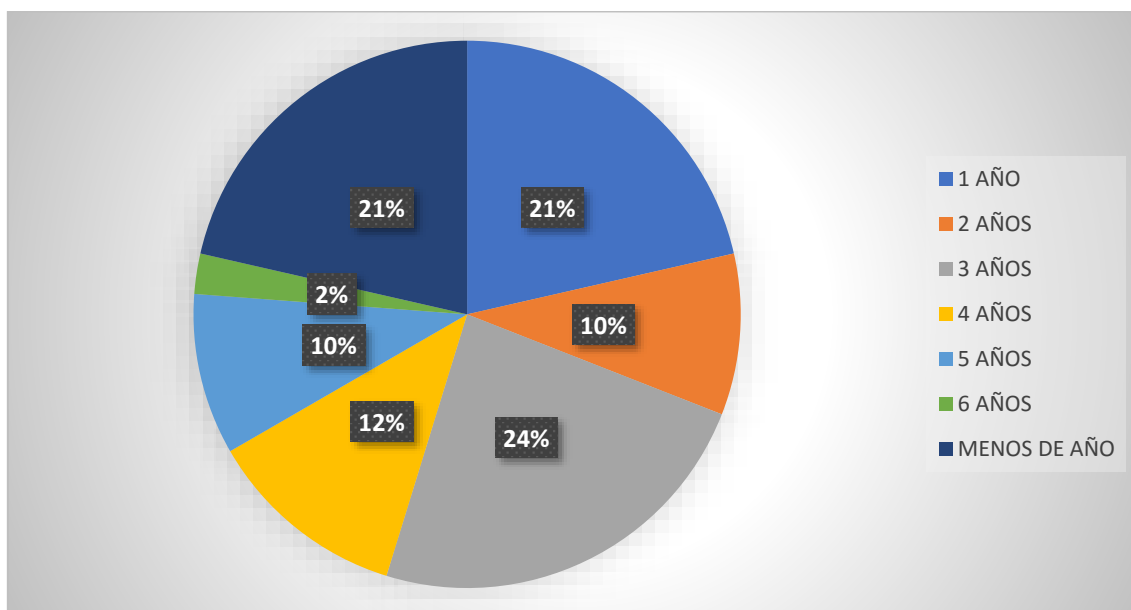
Figura 16. Distribución de la población de la UMEA según su área de trabajo, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 17. Distribución de la población según el tiempo de trabajo en la UMEA, junio 2018



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

5.1.2 ANALISIS DE VARIABLES CUALITATIVAS

Los datos se muestran por separado para los resultados del análisis según cada indicador cualitativo y codificación por profesión y área de trabajo descrito en el análisis de datos.

Las declaraciones reales del personal de salud se presentan citando el tipo de entrevista, el área en que trabaja, el sexo (H=hombre, M=mujer) y la edad respectiva de cada participante colocado entre paréntesis.

5.1.2.1 Definición de violencia y de la violencia contra la mujer infligida por la pareja

En la entrevista individual se preguntó como violencia infligida por la pareja y en los grupos focales se pidió definir violencia en general, todos los participantes respondieron a la pregunta formulada sin embargo algunos de ellos no supieron definir el tema sino más bien describieron los tipos de violencia directamente, no hubo mucha diferencia en el contexto de las respuestas entre las distintas profesiones y áreas de trabajo sin embargo

se realizó un análisis por profesiones y según la complejidad en el contacto con las pacientes.

Dentro de los grupos focales se define como violencia a cualquier tipo de: maltrato, agresión, abuso, supremacía de poder, vulneración de los derechos que ponen en peligro a una persona. En la definición de la violencia contra la mujer infligida por la pareja específicamente, la mayoría está clara en que puede ser tanto en lo físico, psicológico y sexual, del hombre hacia la mujer dentro del contexto de hogar o familia.

Violencia: **Maltrato. Agresión física, verbal, psicológica.** La provocada por la pareja implica: **Emocional, psicológico, sexual, cuando las víctimas son violadas.**
(Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Violencia: **Es agresión física, vulneración de los derechos, supremacía de poder.**
Violencia hacia la mujer por la pareja: **Pues golpes, maltrato físico, psicológico, emocional; no te pueden golpear, pero con las palabras maltratan, luego pueden caer a la depresión y tanto que las han maltratado.** (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

La violencia entendida como maltrato, abuso o cualquier tipo de agresión que pone en riesgo la vida de una persona. Y la violencia contra la mujer infligida por la pareja referida a los gritos, reclamos o cualquier acto que vaya en contra de la integridad de la mujer; así como también, sentimientos de inferioridad del hombre hacia la mujer, dominio del esposo sobre la esposa que se siente con derecho de maltratarla por ser ellas amas de casa y no tener profesión.

Violencia: **Maltrato, abuso.** Violencia hacia la mujer por la pareja: **Cualquier acto que vaya en contra de la integridad de la mujer, así sea psicológica.**
(Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)

Violencia: **Maltrato**, cualquier tipo de **agresión**, agresión que **pone en peligro a una persona**. Violencia hacia la mujer por la pareja: **gritos reclamos, sentimientos de minusvalía de algunos hombres que maltratan a las mujeres por no tener alguna profesión, los esposos tienen dominios sobre sus esposas porque pasan de amas de casa. Dependencia psicológica o emocional de la pareja.**
(Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)

Los médicos generales, especialistas en medicina familiar y postgradistas de medicina familiar responden con una definición más completa acerca del tema, se la describe como cualquier acto de violencia, maltrato o tipo de agresión sea física, psicológica, económica hacia la mujer por la persona que es su pareja sea casada o algún tipo de unión legal o convivencia.

Cualquier acto de violencia, sea física, psicológica, sexual efectuado contra la mujer (Entrevista individual, consulta externa, médica general, mujer, 30 años, UMEA, 18 jun 2018)

No solo se va definiendo a la violencia como una expresión física sino también se reconoce la parte psicológica.

Bueno es todo tipo de agresión que la mujer pueda recibir, pero en eso se entiende que la agresión también puede ser psicológica, a parte de una agresión solamente física que es como la que más se toma en cuenta. (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34 años, UMEA, 18 jun 2018)

Bueno maltrato en sí, pero puede ser en caso emocional, maltrato físico.
(Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Al concepto de maltrato y agresión sea física o psicológica se le añade que este tipo de violencia implica a la pareja en el hogar.

*Todo acto psicológico, verbal, físico que da la **agresión de la pareja hacia la mujer en la casa** (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Se reconoce que la violencia puede venir de la persona que es su pareja, es decir puede estar casada o en unión de hecho.

*Bueno...la violencia, hay varios tipos de violencia que puede ser **física, psicológica, eso provocada por la pareja o por la persona que es su pareja ya sea casada o unión libre** (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Como pareja se entiende también que la violencia puede venir de un novio o un conviviente (relación no formal).

*La violencia es un **acto sea físico, psicológico de agresión hacia la mujer, del hombre a la mujer, sea el novio, conviviente o la pareja** (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)*

Se menciona como un atentado físico o emocional que atenta contra la integridad de la mujer.

*Toda **circunstancia con que atente física y emocionalmente con la integridad de la mujer** (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA, 21 jun 2018)*

Los actos de violencia física y emocional pueden provocar una pérdida de la dignidad en la mujer y le quita un espacio para que ella se pueda desarrollar libremente.

*Creo que es un acto en donde se ve **alterado o vulnerado a la mujer** en todo sentido en el **área física**, puede ser **emocional**, quiero decir que es un acto en donde se **evade la dignidad o el espacio de la mujer** para que ella se pueda desarrollar en algún sentido (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37años, UMEA, 25 jun 2018)*

En los testimonios de los postgradistas de medicina familiar se menciona que la violencia implica cualquier tipo de maltrato no sólo físico o psicológico, ellos indican también el sexual y económico hacia la mujer por parte de su pareja con la que vive o tiene algún tipo de unión legal.

*Bueno, lo que entiendo por violencia sería **cualquier tipo de maltrato hacia la mujer** que puede ser **físico, psicológico** infligido **por su pareja**, es lo que entiendo por tipo de maltrato, pero no solo centrándonos a la parte física, sino puede tener su componente emocional, **sexual** (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de medicina familiar, mujer, 29años, UMEA, 27 jun 2018)*

*Yo entiendo que **la pareja causa un daño físico, psicológico, económico hacia la mujer** con la cual vive o tiene algún tipo de unión legal (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de medicina familiar, hombre, 32 años, UMEA, 09 jul 2018)*

La violencia contra la mujer no implica una sola causa, puede ser de diferentes tipos.

*Yo le entiendo como la **violencia hacia la mujer de diferentes tipos** que no solo encasilla a una sola causa (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de medicina familiar, hombre, 37años, UMEA, 09 jul 2018)*

La pediatra define a la VMIP como todo acto que afecta en forma física o psicológica a la mujer provocada por su pareja.

*Es todo acto que involucra una afectación física, psicológica o emocional en una mujer que esta con su pareja no, **provocada por su pareja** (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)*

El ginecólogo indica una definición corta con descripción de los tipos de violencia, cuyo origen tiene diferentes causas y que principalmente ataca a la integridad de la mujer.

*Violencia **puede ser** desde el punto de vista **físico**, puede ser desde el punto vista moral, psicológico, verbal. Hay muchas causas de violencia en el cual **arremete contra la integridad**, contra la parte psicológica, la parte moral de la mujer como tal. (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo/obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)*

Entre las enfermeras se expresa que la violencia es todo tipo de agresión física, psicológica (verbal); algo diferente mencionado por ellas es que la VMIP implica la violación de los derechos de la mujer.

*Es **agresión física o verbal** (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)*

Es la violación del derecho de la mujer sea esta verbal, psicológico y sea físico también (Entrevista individual, consulta externa, licenciada en enfermería, mujer, 52 años, UMEA, 18 jun 2018)

También se menciona a parte de la agresión física y psicológica la existencia de abuso sexual de la pareja hacia la mujer.

*Entiendo que puede ser una **agresión** tanto física, emocional, psicológica que muchas de las veces llegan a ser **sexual por la pareja hacia la mujer** (Entrevista*

individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 25 jun 2018)

Entre las auxiliares de enfermería se indica que la violencia no implica únicamente lo físico sino también la parte psicológica; que puede iniciar de forma verbal y llegar a los golpes (maltrato físico), pero a su vez esto puede conllevar a la existencia de violencia intrafamiliar y no sólo la de pareja.

*Lo que es violencia infligida quiere decir **maltrato** sea **psicológico o físico***
(Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

*Mmm...la violencia **no solamente es algo físico**, sino algo **psicológico**, verbal y de ahí empieza el **maltrato**, porque solamente los **golpes no conllevan** a que sea una **violencia familiar*** (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42 años, UMEA, 18 jun 2018)

También se menciona como un tipo de maltrato físico o verbal, una agresión o una falta de respeto contra la mujer.

*Es un **maltrato físico o verbal hacia la mujer*** (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 25 jun 2018)

*Es una **falta de respeto**, una **agresión*** (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 37 años, UMEA, 28 jun 2018)

También se percibe a la VMIP como cambios en la actitud de la pareja hacia la mujer, presencia de gritos, gestos que generan un estrés psicológico minimizando las capacidades de la mujer.

Es todo acto que exceda los niveles de entendimiento de la persona, todo incremento de volumen de voz en el tema auditivo, cambios en los gestos de actitud hacia la pareja, gritos, malos gestos de la cara y también la agresión psicológica, la presión psicológica que puede ejercer una persona minimizando las capacidades que tiene su pareja. (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

Una expresión diferente a las anteriores sobre VMIP lo dice la odontóloga quien lo refiere como la existencia de un malestar o la falta de comunicación entre la pareja que pueden generar una agresión física o emocional.

Cuando hay un malestar o cuando no hay una buena comunicación entre pareja le puede agredir la pareja emocional o físicamente. (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29años, UMEA, 18 jun 2018)

La psicóloga indica que la violencia es un acto que va en contra de los parámetros (entendido tal vez como sus derechos) de la mujer tanto en lo físico como en lo psicológico.

La violencia es un acto en el cual se va contra todos los parámetros de la mujer sea físico, psicológico y esto también se ve en lo emocional (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)

La trabajadora social expresa que es un tipo de violencia muy frecuente, con muchos casos atendidos pero que es un tema que no se lo profundiza bien ya que la mujer justifica el accionar de su esposo.

Es un tipo de violencia muy frecuente, atendemos muy seguido y de alguna manera no es muy profundizado pues la mujer justifica el accionar del esposo y no quiere acceder a más allá quizás de una conversación, la mayoría no accede a

que se ponga una denuncia, solo nos escuchan y dicen si, lo voy a hacer, pero no lo hacen. (Entrevista individual, Consulta externa, trabajo social, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

El personal de fisioterapia y farmacia entienden por violencia hacia la mujer infligida por la pareja cuando el esposo la golpea, es decir la presencia de maltrato físico y psicológico.

Es cuando el esposo le golpea o la maltrata psicológicamente (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27años, UMEA, 18 jun 2018)

Maltrato psicológico y maltrato físico (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

En el área de farmacia mencionan que violencia es un maltrato tanto físico como psicológico expresado en forma de golpes o en forma verbal.

Maltrato tanto físicamente como psicológicamente (Entrevista individual, farmacéutica, mujer, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

Violencia...golpes, físico y verbal es violencia (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 21 jun 2018)

Se menciona nuevamente que la VMIP es una falta de respeto del hombre hacia la mujer, que por pensar en que la mujer es débil el hombre la puede maltratar sea física o psicológicamente.

Es esa falta de respeto que le tiene de parte del hombre hacia la mujer, que no sabe, que...porque la mujer...piensan que como es débil el hombre se cree mucho mayor a la mujer y que la puede golpear, la puede estropear y le puede insultar

cuando a él le parezca (Entrevista individual, licenciada en laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)

Bueno yo pienso que la violencia...para mi es la falta de respeto física, verbal, psicológica que puede existir ante la pareja, ante la mujer (Entrevista individual, licenciada en laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)

Toda acción contra la mujer que le provoque daño físico o psicológico.

Cada acción que incurra hacia la mujer causándoles un daño físico, psicológico (Entrevista individual, licenciada en laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)

La mayor parte del personal administrativo a pesar de no estar relacionado con la profesión médica como tal, entiende y describe a la VMIP como un maltrato o un ataque que puede ser físico o psicológico hacia la mujer, por ejemplo, insultarla o decirle otras cosas, de tal manera que provoquen una disminución de su autoestima.

Es cuando hay un maltrato físico...básicamente (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56 años, UMEA, 18 jun 2018)

Puede ser como un ataque físico, psicológico por ejemplo con insultos, con palabras que le bajen la autoestima lo considero como una violencia psicológica. (Entrevista individual, Administrativa, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

Sólo una de las profesionales administrativas menciona que se trata de maltrato contra la mujer por parte de su pareja y que puede ser de tipo físico o verbal

Es cuando la mujer recibe maltrato ya sea físico o verbal por parte de su pareja (Entrevista individual, Administrativa, mujer, 33 años, UMEA, 19 jun 2018)

Al parecer está muy claro que cuando se habla de violencia no sólo se piensa en agresión física sino también en la parte psicológica.

*Bueno de lo que yo tengo entendido violencia en sí **no solo es el abuso físico**, sino también la parte **psicológica** que sufre la persona* (Entrevista individual, Administrativa, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)

Las dos personas de admisión al parecer entendieron la pregunta como violencia de pareja y expresaron que es un acto de violencia o cualquier tipo de agresión sea física o psicológica del hombre hacia la mujer o viceversa.

*Cuando de parte del hombre o de la mujer **existe un acto de violencia física o verbal, le agrede o lastima** a la persona tanto en la parte como persona o tanto física* (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25 años, UMEA, 28 jun 2018)

*La violencia en cualquier sentido **cualquier tipo de agresión física, psicológica** que se manifieste tanto puede ser **del hombre a la mujer** como de la mujer al hombre.* (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33 años, UMEA, 2 jul 2018)

Se realizó un análisis según los componentes de la definición, en ciertos casos las respuestas fueron cortas y en otras se propusieron definiciones más completas como lo define la OMS u otras literaturas, en la tabla 10 se presenta un resumen de las respuestas más frecuentes entregadas por los participantes:

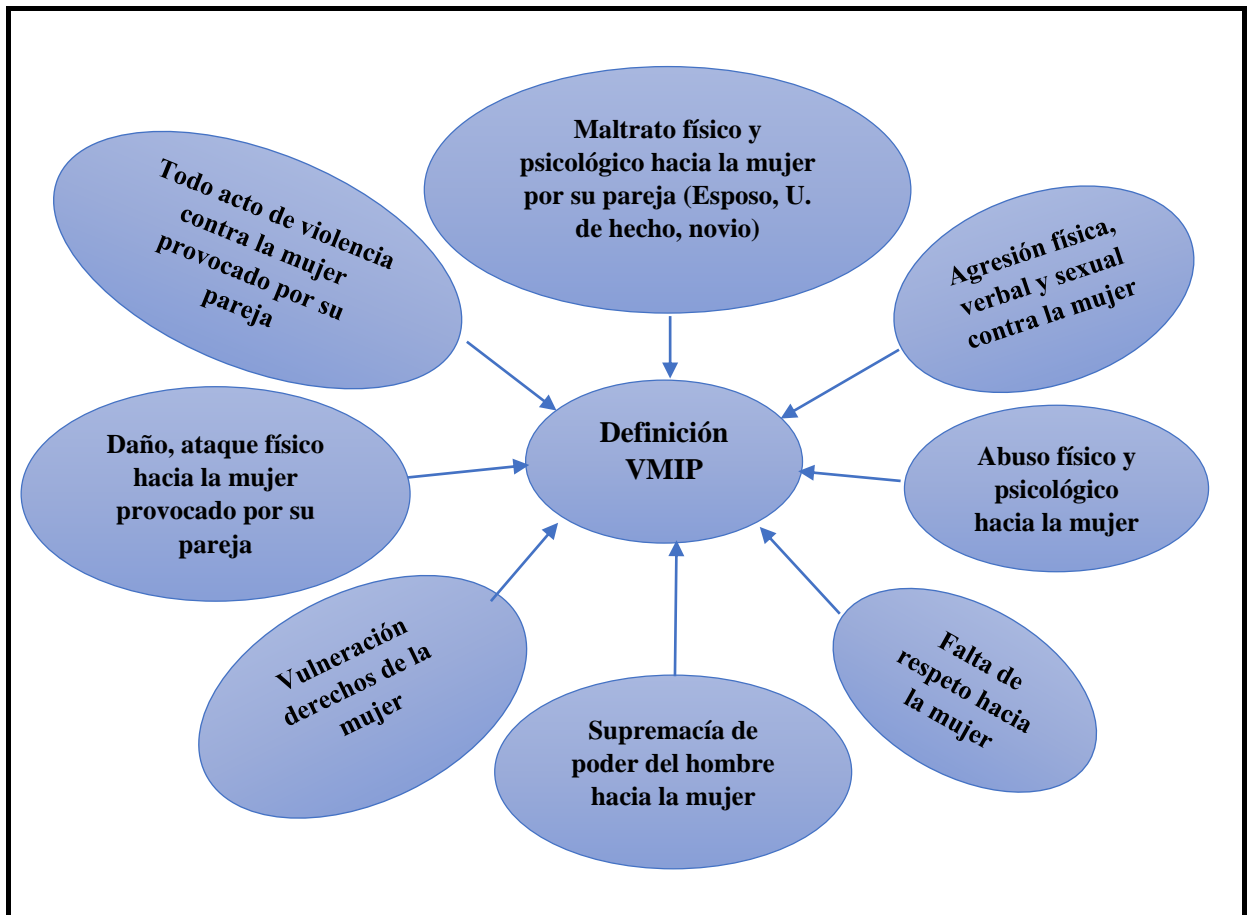
Tabla 10. Resumen etnográfico de los conocimientos acerca de la definición de VMIP según el personal de la UMEA

Componentes de la definición VMIP	Respuestas de los participantes
Violencia entendida como	<p><i>Maltrato</i> <i>Agresión</i> <i>Abuso</i> <i>Todo acto de violencia</i> <i>Vulneración de la dignidad</i> <i>Ataque</i> <i>Vulneración de derechos</i> <i>Supremacía de poder</i> <i>Toda circunstancia que atente contra la mujer</i> <i>Falta de respeto</i> <i>Es un tipo de violencia muy frecuente</i> <i>Cambios en los gestos de actitud hacia la pareja</i> <i>Minimizando las capacidades que tiene su pareja</i> <i>Malestar</i> <i>Cuando no hay buena comunicación entre la pareja</i> <i>Acto que va contra todos los parámetros de la mujer</i> <i>Es cuando el esposo la golpea o maltrata</i> <i>Piensan que como la mujer es débil la pueden golpear</i> <i>Cada acción que incurra hacia la mujer</i> <i>Es cuando la mujer recibe maltrato</i></p>
Que puede provocar daño o ser de tipo	<p><i>Físico, golpes</i> <i>Psicológico, agresión verbal, insultos, gestos, emocional, palabras que bajen la autoestima</i> <i>Sexual, violaciones</i> <i>Económica</i></p>
Hacia la mujer	<p><i>En contra de la mujer</i> <i>Del hombre hacia la mujer</i></p>
Implicación por la Pareja	<p><i>Esposo</i> <i>Conviviente o algún tipo de unión legal</i> <i>Novio</i></p>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 18. Conocimientos acerca de la definición de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

RESUMEN ETNOGRAFICO ACERCA DE LA DEFINICION DE VIOLENCIA Y DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA SEGÚN LOS PARTICIPANTES DE LA UMEA

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

La palabra violencia fue definida para la gran mayoría de participantes como: **cualquier tipo de maltrato, agresión, abuso, supremacía de poder o vulneración de los derechos que pongan en peligro la integridad de una persona sea en el ámbito físico o psicológico.**

La definición de violencia hacia la mujer infligida por la pareja fue un poco más compleja ya que algunos participantes solicitaron aclaración de términos y otros se concentraron en expresar únicamente tipos de violencia, no hubo diferencias significativas en los conocimientos según los diferentes profesionales ni relación con las áreas de trabajo, lo que se observó fue una definición más completa en los médicos.

De esta manera queda definida la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según los participantes de la UMEA como: **un tipo de violencia hacia la mujer que implica cualquier acto de violencia, maltrato, abuso o agresión sea física, psicológica o económica por parte de su pareja con la que puede tener una relación de noviazgo, casada o algún tipo de unión legal o convivencia.**

5.1.2.2 Tipos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja

Los tipos de violencia más reconocidos por la mayoría de los participantes fueron la física y psicológica enunciando en la primera a las lesiones corporales y en la segunda a la agresión verbal como insultos y palabras inapropiadas. Muy pocos mencionan la violencia de tipo sexual y únicamente 3 personas indicaron la violencia de tipo patrimonial o económica.

Entre las médicas generales solo una de ellas menciona los 4 tipos de violencia definidos en la literatura de VMIP.

Física, sexual, psicológica, económica (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30años, UMEA, 18 jun 2018)

Las siguientes respuestas fueron orientadas más hacia violencia física y psicológica. No hubo variación en cuanto a si trabajaban en el área de emergencias o en la consulta externa.

La violencia física, la violencia psicológica para la mujer y la violencia familiar (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34 años, UMEA, 18 jun 2018)

Físico, psicológico, emocional (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Una de las médicas generales menciona como violencia psicológica, física y social, la última como tal sería tomada dentro de la categoría psicológica.

La psicológica, la física y la social (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, UMEA, 18 jun 2018)

No se hizo comparaciones con respecto a la institución de formación académica pero en forma general los tipos de violencia enunciados por las médicas generales fueron la física y psicológica.

Físico, psicológico (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Los médicos especialistas en medicina familiar mencionan la violencia física y psicológica principalmente y dos de ellos mencionan la de tipo sexual.

Física, psicológica básicamente (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Violencia física, violencia psicológica, he...la sexual esos, no conozco nada más
(Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA,
21 jun 2018)

Violencia física, psicológica, sexual (Entrevista individual, Consulta externa,
médica familiar, mujer, 37 años, UMEA, 25 jun 2018)

Con mayor frecuencia los posgradistas de medicina familiar mencionan la violencia física y psicológica y 2 refieren además la económica.

Violencia de tipo sexual, físico, psicológico, económico (Entrevista individual,
Consulta externa, postgradista de medicina familiar, hombre, 32 años, UMEA, 09
jul 2018)

Violencia física, sexual y económica (Entrevista individual, Consulta externa,
postgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)

Otro de los posgradistas de medicina familiar menciona en cambio la violencia física, psicológica y sexual.

*A ver entonces está: físico, psicológico y sexual esos son los que más conozco y
hemos escuchado* (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de
medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

La violencia puede ser física o psicológica, dentro de la psicológica se expresa como el maltrato moral y verbal.

*Violencia puede ser desde el punto de vista físico, puede ser desde el punto vista
moral, psicológico, verbal* (Entrevista individual, Consulta externa, gineco-
obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Algunos participantes mencionan la violencia económica, la trabajadora social lo describe con el término patrimonial.

Físico, psicológico, económico, patrimonial (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

La psicóloga menciona sólo a la violencia física y psicológica, describe dentro de la primera la existencia de golpes y abuso físico; en la psicológica mediante agresiones verbales como ofensas, insultos y pérdida de la autoestima.

*Bueno hoy en día son dos grupos la **violencia física, violencia verbal y psicológica** que va de la mano con la violencia física, violencia física es todo acto que tenga que ver con **golpes, puñetes** todo lo que es golpe y **abuso físico**, la **violencia verbal** son **ofensas** maltrato psicológico mediante **insultos** en donde las mujeres **pierden toda su autoestima**, toda su personalidad y comienzan a creer lo que el otro está diciendo, e incluso en cuanto a las leyes hoy pesa más la violencia psicológica más que la física porque es un daño a nivel psicológico y es más complejo salir de eso* (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)

Las licenciadas en enfermería reconocen 3 tipos de violencia: física, psicológica y sexual; la última mencionada en menor frecuencia.

Física, psicológica (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)

Conozco la violencia física, psicológica (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en enfermería, mujer, 52años, UMEA, 18 jun 2018)

De las licenciadas en enfermería sólo una de ellas menciona la violencia sexual como variable de las indicadas con mayor frecuencia.

Psicológica, sexual, verbal, física, eh...todas esas (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 35años, UMEA, 25 jun 2018)

Entre las auxiliares de enfermería se indica con más frecuencia a la violencia física expresada por golpes, la psicológica mencionada más como verbal o daño emocional y la sexual señalada como violación.

*Yo entiendo que hay algunos tipos de violencia en la familia sería la violencia **física** que es la que más se da, la violencia **psicológica** y la violencia verbal que las palabras también son muy fuertes cuando se dirigen a las mujeres* (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40años, UMEA, 18 jun 2018)

*Violaciones, puede ser un tipo de violencia las **malas palabras, golpes, señas obscenas*** (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35años, UMEA, 18 jun 2018)

El maltrato mediante golpes que sería una expresión de violencia física y agresión verbal en la de tipo psicológico.

*La que es por mediante **golpes, verbal*** (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, 44años, UMEA, 25 jun 2018)

*La **psicológica, verbal, física*** (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37años, UMEA, 28 jun 2018)

También se menciona violencia laboral, pero en el momento no se profundizó si se estaba refiriendo a la de tipo económico o quiso referirse a la violencia de género que abarca el maltrato laboral por el hecho de ser mujer.

Hay violencia física, verbales, emocionales, laborales (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42años, UMEA, 18 jun 2018)

En el área de nutrición se indica que la violencia no es solo puede ser física por medio de golpes sino también psicológica y sexual, eso es lo que le han mencionado sus pacientes indirectamente.

Creo que la violencia abarca muchos puntos no sólo física, sino también mental, psicológica y sexual. Si he tenido no directamente casos, pero si ha ido saliendo poquito a poco que los pacientes lo mencionan y que no necesariamente tiene que llegar a los golpes la violencia sino a cómo actúa su pareja sobre ellas (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30años, UMEA, 18 jun 2018)

En la entrevista con los odontólogos indican conocer al igual que el resto de los participantes, la violencia física y psicológica; sin embargo, un odontólogo describe también la violencia en el trabajo y en el hogar, pero en el estudio se analiza únicamente de la infligida por la pareja.

Violencia física, violencia emocional, violencia en el trabajo, violencia en el hogar, puede haber otras formas de violencia que no las he podido mirar, pero puede ser el menosprecio que disminuye la capacidad emocional de la pareja (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

Psicológica, física a la integridad de la mujer, ese tipo de agresiones (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29años, UMEA, 18 jun 2018)

Las participantes del área de rehabilitación indican únicamente la violencia física y psicológica en esta incluyen la forma verbal.

Física y psicológica (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27años, UMEA, 18 jun 2018)

Mmm...dentro de la violencia está tanto la violencia física, psicológica y verbal (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 39años, UMEA, 18 jun 2018)

El personal de farmacia mantiene contacto con los pacientes por cortos períodos de tiempo y ellas mencionan únicamente al maltrato físico y psicológico.

Maltrato físico y maltrato psicológico (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

Eh...tanto física y psicológica (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

Como expresión de violencia psicológica se menciona el maltrato verbal.

Verbal, físico y psicológico (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 21 jun 2018)

En el área de laboratorio indican la violencia física y psicológica, la segunda como expresión de la agresión verbal y afectación moral de las víctimas.

Lo que yo le hablaba física, moralmente (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 30años, UMEA, 19 jun 2018)

El físico, verbal (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27años, UMEA, 19 jun 2018)

En otras si se la expresa como física y psicológica directamente.

Bueno como ya dije antes física, verbales, psicológicas (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29años, UMEA, 25 jun 2018)

Psicológico y físico (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33años, UMEA, 25 jun 2018)

El ingeniero químico encargado de área de sistemas responde con 3 tipos de violencia: sexual, física y psicológica, menciona también la de tipo laboral y otras.

Sexual, físico, psicológico, laboral...puede haber muchos más que no me acuerdo (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56años, UMEA, 18 jun 2018)

En el área administrativa se reconoce la violencia física y psicológica.

Física y psicológica (Entrevista individual, Administrativa, auditora, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)

Dentro del personal administrativo hubo alguien que estaba más informada sobre el tema y ella indica la existencia de varios tipos de violencia, la física, psicológica y sexual; en la psicológica describe actos como el maltrato verbal, la humillación, el desprecio y hacerla sentir inferior.

Hay diferentes tipos de violencia. Violencia física, psicológica y sexual; depende de qué tipo de violencia se trate, pero siempre ya sea en psicológica la humillación, el desprecio o verbal, el hacerle sentir menos persona, menos mujer, menos ser humano a la persona que está siendo agredida (Entrevista individual, Administrativa, comunicadora social, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)

El resto de las administrativas indican los tipos físico y psicológico, dentro de la segunda sobre todo la agresión verbal.

Las que mencioné las físicas, verbales y emocionales (Entrevista individual, Administrativa, secretaria, mujer, 33 años, UMEA, 19 jun 2018)

Lo que le acabé de explicar igual física, verbal y psicológica (Entrevista individual, Administrativa, economista, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)

El personal de admisión menciona 3 tipos de violencia: física; psicológica a través de la forma verbal y discriminación de género; y la sexual como violación.

Violencia física, psicológica, sexual (Entrevista individual, Admisión, mujer, 33 años, UMEA, 2 jul 2018)

Física, violaciones, violencia verbal, discriminación, que vale menos la mujer que el hombre, que la mujer está hecha para la cocina y cosas así, le discriminan a la mujer (Entrevista individual, Admisión, hombre, 25 años, UMEA, 28 jun 2018)

En resumen, las respuestas más frecuentes fueron la violencia física y psicológica mencionadas por todos los profesionales, menos frecuentes fueron la sexual y patrimonial o económica; los profesionales médicos describen únicamente el tipo de violencia mientras que los otros profesionales detallan las agresiones que pueden presentarse en cada una de las clases de violencia, sobre todo en la psicológica indicándola como verbal, señales, gestos, actitudes, etc.; en la **tabla 11** se detallan los resultados agrupados por áreas y afinidad de las respuestas:

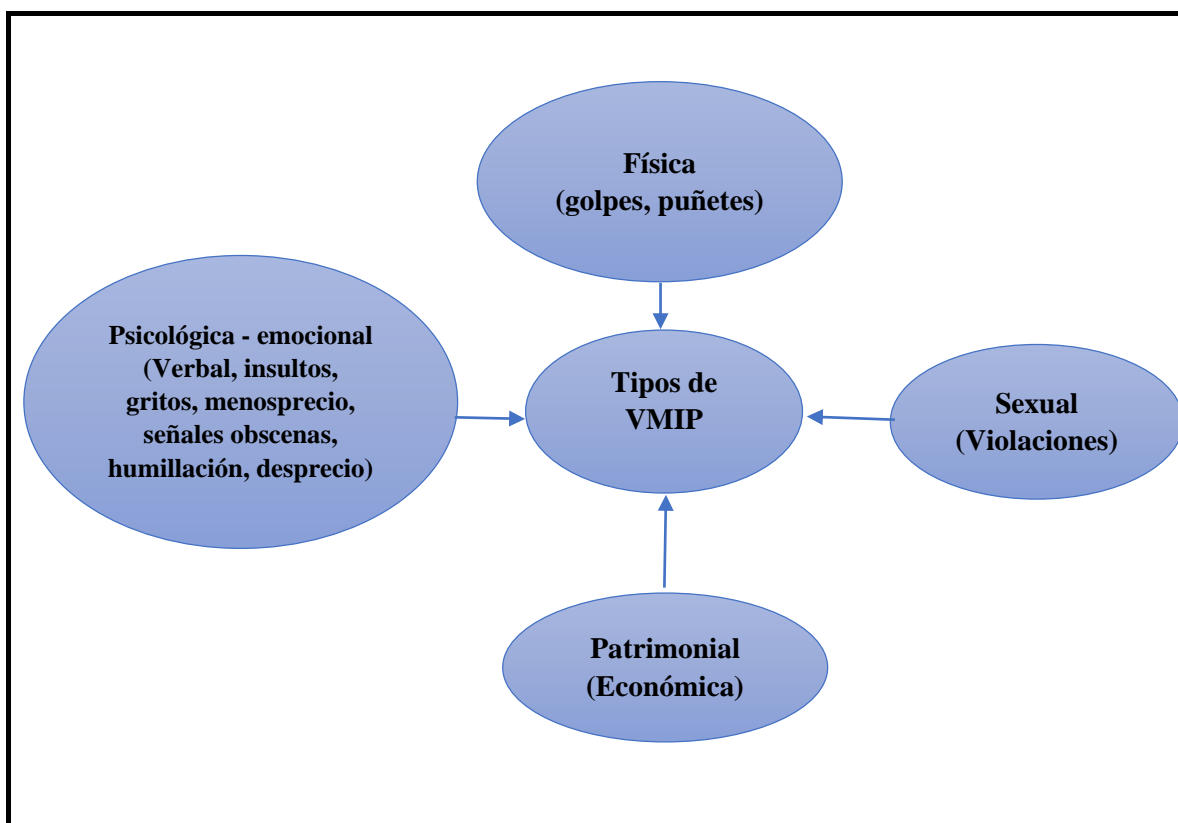
Tabla 11. Resumen etnográfico del conocimiento sobre los tipos de violencia contra la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

Profesionales y áreas de trabajo	Tipos de Violencia descritos
Médicas generales	<i>Física Psicológica, emocional Sexual Económica Social</i>
Médicos familiares	<i>Física Psicológica Sexual</i>
Postgradistas de medicina familiar	<i>Física Psicológica Sexual Económica</i>
Licenciadas y auxiliares de enfermería	<i>Física, golpes, Psicológica, verbal, malas palabras, señas obscenas, emocional Sexual, violaciones</i>
Trabajadora social	<i>Física Psicológica Económica Patrimonial</i>
Psicología	<i>Física, golpes, puñetes, abuso físico Psicológica, ofensas, insultos, pérdida de la autoestima</i>
Nutrición y odontología	<i>Física, golpes Psicológica, emocional, menosprecio Sexual</i>
Fisioterapia, Laboratorio y Farmacia	<i>Física Psicológica, verbal, moralmente</i>
Administrativos y admisión	<i>Física Psicológica, verbal, humillación, desprecio, hacerle sentir menos persona, emocional, discriminación Sexual, violaciones</i>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 19. Conocimientos acerca de los tipos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

RESUMEN ETNOGRAFICO DEL CONOCIMIENTO SOBRE LOS TIPOS DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA SEGÚN EL PERSONAL DE LA UMEA

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

A pesar de tratarse de un grupo heterogéneo todos los participantes tiene conocimientos similares acerca de los tipos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja, los tipos de violencia más reconocidos en forma unánime y con mayor frecuencia fueron la **física mencionada de esa manera o como golpes y la psicológica también descrita como agresión verbal, insultos, discriminación, humillación o afectación de la moral; en menor proporción se menciona a la sexual y sólo los profesionales médicos y de trabajo social indican la económica o patrimonial.**

En el análisis realizado por tipo de profesionales, **los médicos y trabajadora social son los que mencionan los 4 tipos de violencia**, las enfermeras, administrativos y admisión indican la física, psicológica y sexual, mientras que los de rehabilitación, psicología, farmacia y laboratorio mencionan únicamente la física y psicológica.

5.1.2.3 Conocimientos previos acerca de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

En esta parte se les preguntó a los participantes si habían recibido algún tipo de información acerca del tema de investigación, si la respuesta era positiva se solicitó especificar en donde adquirieron tal conocimiento. Cerca de la mitad indicaron nunca haber recibido información alguna acerca del tema, otros refirieron no haber tenido capacitación formal, pero se han informado a través de los medios de comunicación, noticias, campañas educativas, observación de casos y autoeducación (folletos, internet); sobre todo acerca del manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja. Son pocos los participantes que han adquirido sus conocimientos durante su educación en las universidades o instituciones de formación académica, por lo tanto, se hizo un análisis de las respuestas afirmativas o negativas de conocimientos acerca de VMIP y la institución de formación profesional.

De las médicas generales, sólo dos de ellas que estudiaron en la UCE refirieron haber recibido capacitación sobre detección y manejo de la VMIP en sus estudios universitarios.

*Sí, como **detectar este tipo de pacientes** y cómo actuar de manera oportuna, esa promoción la recibimos en la **Universidad*** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30 años, UMEA, 18 jun 2018)

*Sí, he recibido este tipo de capacitación e información, también este...bueno **en mi formación** se me indicó a donde se pueden enviar a las mujeres que sufren este tipo de maltrato* (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34 años, UMEA, 18 jun 2018)

En cambio, otras dos médicas generales (UCE) indicaron que en sus estudios de pregrado nunca revisaron este tema y tampoco han tenido algún tipo de capacitación particular o en su trabajo.

No, y capacitaciones aquí no hemos tenido (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

No (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Una de las médicas generales indicó que en sus estudios de pregrado (ESPOCH) no recibió información sobre violencia, pero durante el año de medicina rural si realizó un curso de capacitación acerca de la VMIP específicamente.

*Capacitación sí, en el año de **rural** recibí capacitación sobre violencia hacia la mujer* (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, UMEA, 18 jun 2018)

Todos los médicos especialistas de medicina familiar explican que si han recibido un poco de información sobre VMIP o en forma general como violencia intrafamiliar.

Como un taller, no en profundidad y sobre violencia intrafamiliar, lo indicó una de ellas (Posgrado PUCE).

*Recuerdo sí, un poco no a detalle nos dieron en una forma muy generalizada como **un taller de lo que es violencia intrafamiliar** obviamente dirigido hacia la mujer no, porque obviamente también puede haber violencia hacia el hombre, pero de ahí nada más esa fue la única vez* (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Médico familiar (Postgrado ELAM – Cuba) refirió haber recibido información sobre el tema en el posgrado y sí ha tenido casos en su práctica profesional.

Sí, eh...durante la profesión si he tenido casos donde me he topado con violencia sobre todo física y en este caso psicológica eh...de los cuales la mujer todavía tiene el prejuicio de poner la denuncia y por lo tanto sigue habiendo tantos casos en este sentido; sí, si he recibido en posgrado (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA, 21 jun 2018)

Una de las médicas familiares indicó que en sí recibió información en temas de violencia durante sus estudios de pregrado en la UCE y en el posgrado (PUCE); y capacitaciones cortas sobre VMIP en la UMEA.

*Sí, en mis estudios de **pregrado y posgrado** vimos algunos temas de violencia y acá en el IESS que estoy trabajando si hemos tenido algunos **comunicados de violencia cortos**, de pronto algunos paradigmas de qué es lo que se debe hacer* (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37 años, UMEA, 25 jun 2018)

Un médico posgradista de medicina familiar (PUCE) expresó que no ha recibido una capacitación específica sobre este tema VMIP, él se ha informado a través de propagandas o autoeducación buscando información por internet.

*No he recibido capacitación de ninguna índole. Información a través de trípticos o a través de información que uno busca en el **internet** o que a uno le nace buscar, pero una capacitación específica no* (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)

Al contrario, otro de los médicos posgradistas de medicina familiar refirió que durante el posgrado (PUCE) si tuvo una clase en la que se abordó el tema de la VMIP.

*En la parte académica **solo en las clases** que tuvimos sobre el tema de violencia y algunas exposiciones que hemos tenido **en el posgrado** sobre violencia de tipo sexual, físico, psicológico, económico (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32 años, UMEA, 09 jul 2018)*

Durante los estudios del posgrado (PUCE) si se abordó el tema de VMIP a propósito de un caso, pero en mis estudios de pregrado (UCE) nunca se tocó esta temática por lo que refirió fue difícil poder tratar estos casos en el año de medicina rural, ahora se siente un poco más preparada.

*Por lo menos nosotros en **parte de la formación del posgrado lo hemos tenido**, tuvimos un caso en el que tuvimos que **tocar este tema**, ahora como parte de la formación **del pregrado** la verdad es que **nunca tocamos** y los casos que se nos presentaron a nivel de la rural fue muy difícil porque nunca pudimos como afrontarlos, pero a nivel del posgrado si tuvimos y vimos la aproximación de **qué deberíamos hacer** en caso de detección de un caso (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)*

El especialista gineco-obstetra indicó en que en sus estudios de pregrado (Universidad Central de Venezuela) si había la posibilidad de recibir una materia que abordaba estos temas pero que era optativa y no la recibió.

*Hubo una materia que **hubo en el pregrado** que era **como optativa** la cual, si estaba dentro del pensum, pero si la querías la tomabas como tal, pero yo **no la tomé** (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)*

La pediatra (Postgrado PUCE) refirió que nunca ha recibido información sobre la VMIP como tema dentro de sus estudios universitarios.

*No, **no he visto*** (Entrevista individual, Consulta externa, Pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)

La psicóloga refirió que dentro de la carrera universitaria (PUCE) si se ha recibido formación en temas de violencia sobre todo acerca de las técnicas y herramientas que pueden utilizarse en la parte psicológica.

*En cuanto a una formación netamente académica no, pero **dentro de la carrera si se ha tratado este tipo de temas** en el cual hay que hacer un trabajo bastante arduo con la mujer y más aún si hay un hábito familiar porque no solo sale perjudicada la mujer si es que hay hijos y el hecho de tratar de hacerle entender comprender de que no es una forma de vida este tipo de violencia es duro, o sea si hay bastantes **técnicas herramientas que se pueden utilizar*** (Entrevista individual, Consulta externa, Psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)

La trabajadora social (UCE) indicó que durante sus estudios de pregrado si se abordó el tema de VMIP, pero no en forma profunda; al realizar una maestría mejoró su conocimiento sobre este tema.

Sí, en el tercer nivel de pregrado levemente, pero ya en la maestría si profundizamos más en este tipo de violencias sobre todo exteriorizando lo que hemos vivido ya en nuestra práctica diaria (Entrevista individual, Consulta externa, Trabajadora social, M, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

La nutricionista (UDLA) nunca ha recibido información acerca de la VMIP durante su formación académica.

*No, **nunca*** (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30años, UMEA, 18 jun 2018)

Dos de las licenciadas en enfermería (UCE) expresaron que nunca han recibido información o capacitación sobre la VMIP.

No (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)

Lamentablemente no (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en enfermería, mujer, 52años, UMEA, 18 jun 2018)

Una de las licenciadas en enfermería (UCE) refirió que no ha tenido una capacitación específica sobre este tema, pero que a través de logos y medios de comunicación sabía lo que podía hacer en estos casos.

Específicamente una capacitación no, pero si hemos visto logos, en la televisión, que a donde podemos acudir, que es lo que debemos hacer en el caso de que alguien de nuestra familia o de la parte de afuera sufriera de eso (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 35años, UMEA, 25 jun 2018)

En el momento de la entrevista una de auxiliares de enfermería se encontraba realizando estudios superiores para licenciada en enfermería y ella explicó que en la universidad (UCE) si había recibido información sobre temas de violencia, pero en su trabajo no.

En la universidad sí, aquí en mi trabajo no. En la universidad nos dicen que ahora que en la actualidad no deberíamos permitir como mujeres el maltrato o quedarnos calladas, nosotras tenemos que hablar (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40años, UMEA, 18 jun 2018)

Otra de las auxiliares de enfermería (UCSG) indica que tampoco ha recibido algún tipo de capacitación sobre el tema, pero en su ámbito laboral ha visto casos y de ellos ha aprendido.

*No, no ha habido la oportunidad, pero afortunadamente **en el medio que uno se maneja se ha visto muchos casos*** (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35años, UMEA, 18 jun 2018)

El resto de las auxiliares (UCSG, UCE, Universidad de Colombia) coinciden en no tener conocimientos previos acerca de la VMIP.

No (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42años, UMEA, 18 jun 2018)

No, nunca (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44años, UMEA, 25 jun 2018)

No (Entrevista individual, Emergencia, AUXENF, M, 37años, UMEA, 28 jun 2018)

Los odontólogos (UCE) indican que este tema no es parte de su especialidad y por lo tanto no han recibido información en sus estudios universitarios, los conocimientos sobre VMIP los han adquirido a través de medios de comunicación o en conversaciones con otros colegas.

*Yo **no he recibido en el ámbito laboral** este tipo de información o cursos, más bien la he recibido o la he revisado **a través de la información que uno tiene de noticias, a través de conversaciones con otros colegas, pero así realizar un curso y ver punto por punto los temas de violencia no*** (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

La verdad que no. Más como que uno se puede ver en medios de comunicación así, pero en mi formación no, casi no (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29 años, UMEA, 18 jun 2018)

En el área de rehabilitación las dos licenciadas de fisioterapia no recibieron formación acerca de violencia en sus estudios universitarios (UCE), pero una de ellas si recibió capacitación durante una campaña acerca de maltrato.

No, no he recibido capacitación, en la universidad no. Pero hubo alguna vez una campaña en la que hablaban del maltrato y hubo charlas sobre violencia hacia la mujer (Entrevista individual, Rehabilitación, licenciada en fisioterapia, mujer, 27 años, UMEA, 18 jun 2018)

No, ninguna he recibido (Entrevista individual, Rehabilitación, licenciada en fisioterapia, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Una de las licenciadas de laboratorio refirió si tener conocimientos sobre violencia que los adquirió por cuenta propia y a través de capacitaciones.

Sí, Autoformación y capacitaciones que alguna vez lo recibí (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)

Durante su formación académica dos de las licenciadas de laboratorio (UCE) dijeron no haber recibido información alguna acerca de la VMIP ni han tenido capacitaciones.

Eh, en mi formación no (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 30 años, UMEA, 19 jun 2018)

No, no he hecho ninguna (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)

Una de las licenciadas de laboratorio, sí recibió charlas sobre actuación en violencia hacia la mujer durante sus estudios universitarios (UCE).

Si, eh...charlas o conferencias que nos llegaban a dar en la universidad sobre el maltrato hacia la mujer y que podíamos hacer en caso de que conociéramos a alguna víctima (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33años, UMEA, 25 jun 2018)

Información durante sus estudios universitarios acerca de VMIP - el personal de farmacia (UCUENCA, UCE) refirió que no lo han recibido.

No (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

La verdad, no (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

No (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 21 jun 2018)

También el personal de sistemas (UCE) y admisión (UCE, UTE) indicaron no haber recibido ningún tipo de información sobre VMIP durante su formación académica ni capacitaciones en el trabajo.

No, nunca (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56años, UMEA, 18 jun 2018)

No, nunca he recibido de manera formal (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33años, UMEA, 2 jul 2018)

No (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 25años, UMEA, 28 jun 2018)

En el área administrativa, la auditora de la unidad (UCE) indicó que en la universidad sí abordaron un poco sobre violencia infantil y hacia la mujer como parte de la materia de ética.

*En la **universidad** nos daban una materia relacionada con protocolos o **tipo ética** ahí nos dieron algo sobre **violencia a la mujer y a los niños** (Entrevista individual, Administrativa, auditora, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)*

Administrativa – comunicadora social (UPS) refirió que dentro de su educación universitaria recibió capacitación acerca de violencia de género por parte del grupo de mujeres de la ONU como parte de la problemática social.

***Sí, recibí una capacitación de parte de la ONU mujeres sobre un curso de género exactamente para como la **mujer se ha ido desarrollando en el campo social y político.** Y en el ámbito político a nivel de los años y también como ha sido esta liberación del **patriarcado** sobre todo a nivel del Ecuador** (Entrevista individual, Administrativa, comunicadora social, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)*

La secretaria de la Unidad refirió no tener o haber recibido formación alguna en el tema de violencia.

No, no (Entrevista individual, Administrativa, secretaria, mujer, 33años, UMEA, 19 jun 2018)

Mientras que, en la misma área administrativa, la economista (UCE) mencionó que en sus estudios universitarios no había recibido información sobre violencia, pero que el tema sí le interesaba y por lo tanto ha buscado información por su cuenta.

*Bueno **académicamente mientras estudiaba no, particularmente sí, porque si me he interesado el tema, he escuchado de casos y he averiguado sobre el tema***

(Entrevista individual, Administrativa, economista, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)

En la tabla 12 se muestra un resumen etnográfico con las principales respuestas recolectadas de los participantes acerca de los conocimientos previos sobre la VMIP según los grupos de profesionales y áreas de trabajo.

Tabla 12. Resumen etnográfico de los conocimientos previos acerca de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

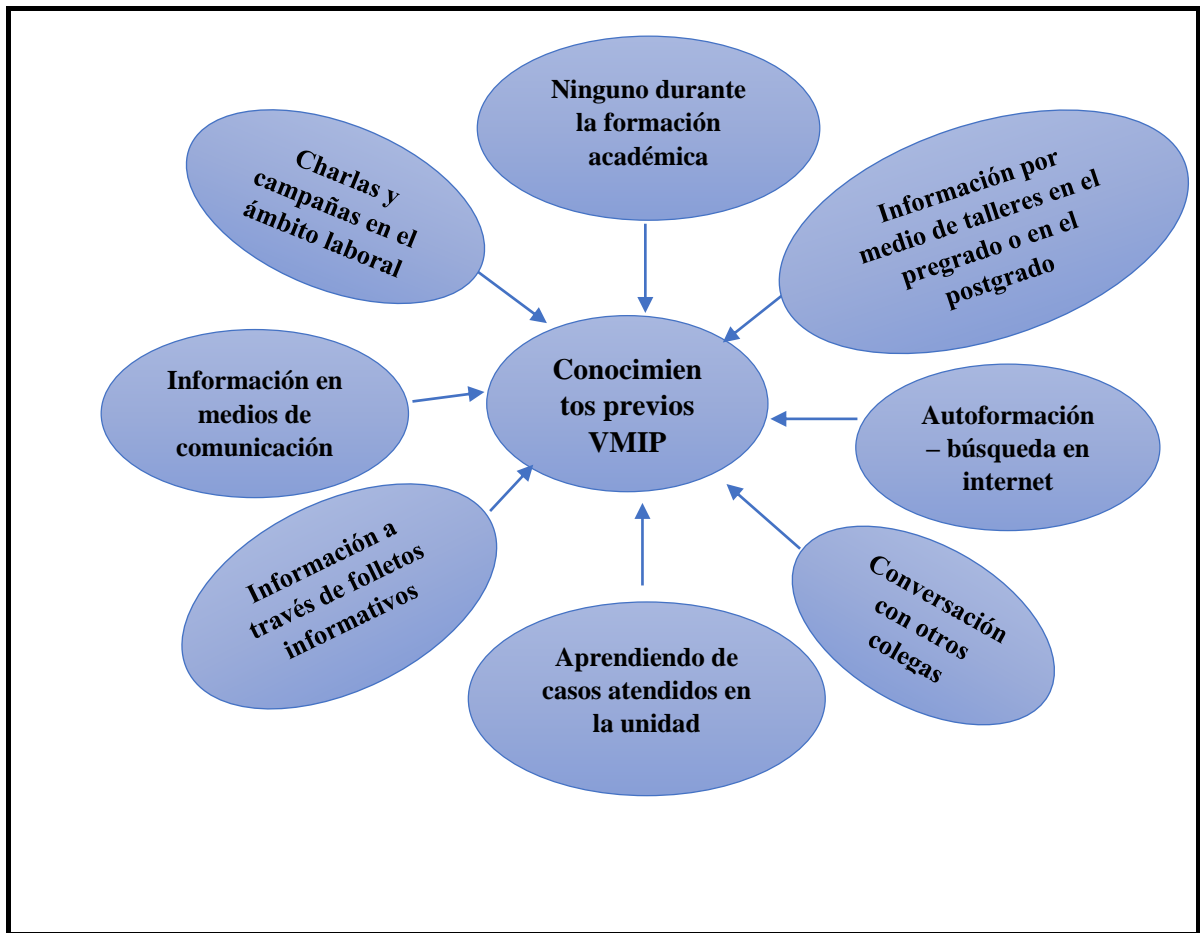
Personal de la UMEA	Conocimientos previos sobre VMIP
Médicas generales	<i>Sí, como detectar y cómo actuar en estos casos, en la universidad No, y capacitaciones aquí tampoco Capacitación sí, en el año de rural</i>
Médicos familiares	<i>Sí, como un taller de violencia intrafamiliar Sí he tenido casos y sí he recibido información en el postgrado Sí, en mis estudios de pregrado y postgrado y capacitaciones en el IESS</i>
Postgradistas de Medicina familiar	<i>No he recibido capacitación, información a través de trípticos o en internet Solo en las clases que tuvimos sobre violencia en el postgrado Si lo hemos tenido como parte de la formación del postgrado, en el pregrado nunca tocamos este tema</i>
Ginecólogo	<i>Hubo el pregrado, como materia optativa, no la tomé</i>
Pediatra	<i>No, no he visto</i>
Psicóloga Trabajadora Social	<i>Dentro de la carrera si he visto este tipo de temas, técnicas y herramientas que se pueden utilizar Sí, en el tercer nivel del pregrado levemente, en la maestría lo profundizamos</i>
Nutricionista	<i>No, nunca</i>
Odontólogos	<i>No he recibido en el ámbito laboral, he revisado a través de información de noticias y conversaciones con otros colegas La verdad que no, lo que uno puede ver en medios de comunicación</i>

Licenciadas en enfermería Auxiliares de enfermería	<i>No, lamentablemente no Si hemos visto en logos, en la televisión, a dónde podemos acudir, que debemos hacer En la Universidad sí, en mi trabajo no No, pero en el medio que uno se maneja se ha visto muchos casos No, nunca</i>
Licenciadas en fisioterapia	<i>No he recibido capacitación en la universidad, pero hubo alguna vez una campaña sobre maltrato y violencia hacia la mujer No, ninguna</i>
Licenciadas de laboratorio	<i>Sí, autoformación y capacitaciones Sí, charlas y conferencias que nos llegaban a dar en la universidad En mi formación no No, no hecho ninguna</i>
Farmacéutica Auxiliares de farmacia Sistemas y admisión	<i>No No, la verdad no No, nunca</i>
Personal administrativo	<i>En la universidad nos daban una materia tipo ética, ahí dieron algo de violencia Sí, recibí una capacitación por parte de la ONU mujeres Académicamente mientras estudiaba no, particularmente sí, he escuchado de casos No, no</i>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 20. Conocimientos previos acerca de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

RESUMEN ETNOGRAFICO DE LOS CONOCIMIENTOS PREVIOS ACERCA DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA SEGÚN EL PERSONAL DE LA UMEA

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

En forma general no hubo una variación significativa entre los conocimientos adquiridos en las instituciones universitarias sino depende del tipo de profesión. Gran parte de los participantes coinciden en que han adquirido sus conocimientos acerca de la VMIP a través de: capacitaciones laborales, charlas particulares, autoformación, casos en su ámbito laboral, búsqueda en internet, a través de medios de comunicación y campañas sobre estos temas.

- Entre las **médicas generales**, la mayoría estudió en la UCE, la mitad de ellas indicó haber recibido información básica sobre este tema en el pregrado y una durante su año de medicina rural y el resto no han recibido ningún tipo formación acerca de VMIP.
- Casi todos los **médicos familiares y postgradistas de medicina familiar** han recibido formación académica acerca de VMIP durante el postgrado (PUCE, ELAM) y muy pocos en el pregrado.
- Los especialistas de **ginecología (UCV), pediatría (PUCE), nutrición (UDLA) y odontólogos (UCE)** no han recibido una formación específica sobre este tema en sus estudios de pregrado y los conocimientos que tiene sobre VMIP han sido adquiridos a través de medios de comunicación o en conversaciones con otros profesionales.
- En las áreas de **enfermería (UCE, UCSG), rehabilitación (UCE) y laboratorio (UCE, UNL)** se observa que los conocimientos adquiridos en la universidad son mencionados con poca frecuencia, mientras que: la autoformación, haber recibido charlas en campañas o en medios de comunicación es más frecuente; el personal de enfermería añade también aprender de casos que se presentan en el ámbito laboral.
- Ciertas profesionales del **área administrativa (UCE, UPS)** dijeron que en sus estudios universitarios si recibieron información sobre el tema violencia en general como parte de ciertas materias, además también se han interesado en autoformación y en menor proporción alguien dijo tener ninguna formación sobre el tema.
- El personal de **farmacia (UC, UCE), sistemas (UCE) y admisión (UCE, UTE)** indicaron específicamente no tener conocimientos sobre la violencia hacia la mujer infligida por la pareja.

5.1.2.4 Conocimientos acerca de las leyes y protocolos o guías para la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja

En esta unidad de análisis se recolectaron datos sobre los conocimientos que tienen los participantes acerca las leyes del Ecuador con respecto a la violencia contra la mujer infligida por la pareja, si reconocen y aplican lo que indica la última Guía de Atención Integral en Violencia de Género del Ministerio de Salud Pública o si tienen algún protocolo específico dentro de la Unidad Médica Eloy Alfaro para el manejo de estos casos.

Acerca de las leyes de protección hacia la mujer se preguntó en los diferentes grupos focales mientras que sobre los conocimientos de protocolos y guías de práctica clínica se abordó en las entrevistas individuales y de grupos focales.

Gran parte de los entrevistados desconoce la existencia de algún protocolo específico para la detección y manejo de VMIP, tampoco acerca de la Guía de Práctica clínica del MSP sobre Violencia de género, quienes sí la mencionaron fueron algunos médicos generales, médicos familiares, posgradistas de medicina familiar y la trabajadora social.

Al no conocer la guía o protocolo sobre VMIP en la unidad médica, lo primero que haría en la consulta médica es realizar detección de violencia y referir el caso a psicología, se desconoce el procedimiento legal.

*Primero **detectar a la paciente, referir a un psicólogo para un estudio y no sé si nosotros tenemos que denunciar, no sé si el caso, de eso no tengo conocimiento.***

Protocolos en la unidad: **no tengo conocimiento** (Entrevista individual, Consulta externa, medica general, mujer, 30años, 18 jun 2018)

Se desconoce la existencia de protocolos sobre la VMIP en la Unidad Médica Eloy Alfaro.

*Bueno al momento **no he sabido de ningún protocolo aquí en la unidad** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34años, UMEA, 18 jun 2018)*

Respuesta negativa para el conocimiento de guías o protocolos sobre VMIP, los casos de violencia no son frecuentes en la UMEA y en caso de presentarse sería derivada a psicología.

*No, **ninguno.** O sea, **aquí tampoco es que tenemos casos todos los días, pero cuando ha habido se le pide a psicología, es lo que hemos hecho** (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35años, UMEA, 18 jun 2018)*

Una de las médicas generales refirió no conocer sobre protocolos o guías de manejo contra la violencia hacia la mujer, pero sí tenía información sobre maltrato infantil.

Protocolos como tal, contra la mujer no contra la agresión a niños si (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Otra médica general refirió conocer la guía de manejo de violencia hacia la mujer del ministerio de salud pública e indicó que por llevar poco tiempo en la unidad no sabía si aplicaban algún protocolo para estos casos.

La guía de manejo de protocolo de violencia a la mujer que tenemos del ministerio de salud pública. En la unidad: En realidad, siéndole sincera soy nueva, no sé qué protocolo se aplica aquí, lo que se debería hacer es aplicar el protocolo del ministerio de salud, porque frente a esa guía nos tenemos que regir y seguir los pasos de esa guía (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)

De los médicos familiares, dos de ellos expresaron no conocer un protocolo o guía de manejo de VMIP, en casos de violencia a menores de edad se debe informar a las autoridades.

Protocolo realmente no (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Eh...bueno, sobre todo cuando se trata de menores de edad he se manifestaba que ahí se tenía que dar alerta a las autoridades en los menores de edad, como protocolo ya en los mayores de edad lo que le estaba diciendo anteriormente. En la unidad: Ahí si desconozco (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA, 21 jun 2018)

Sólo una médica familiar indicó que existe la guía del Ministerio de salud sobre detección y manejo de Violencia hacia la mujer y que en el IESS se les pidió seguir y aplicar esta guía.

*Si hay una guía del Ministerio de salud que a nosotros acá en el IESS nos han solicitado que podamos seguir, sé que hay una guía entonces en esa guía justamente está eso que **una vez detectado el problema** nosotros **hagamos como una red pero guiados por trabajo social** en donde ellos en el caso que sea necesario colocan la **denuncia**, hacen el **seguimiento** son acompañantes también de la persona violentada entonces creo que es por ese camino (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37años, UMEA, 25 jun 2018)*

Los médicos posgradistas de medicina familiar si conocían acerca de la guía del Ministerio de Salud sobre violencia hacia la mujer, pero no en profundidad e indicaron que en su unidad médica no existe un protocolo establecido para el manejo de estos casos.

*Ninguno, bueno...sé que existe el del ministerio de salud, pero no lo he leído. Protocolos en la unidad: **no sé si en nuestra unidad exista un protocolo** ya establecido para poderlo aplicar (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37años, UMEA, 09 jul 2018)*

*La guía sobre violencia que hay en el Ministerio de Salud Pública acerca de violencia de tipo sexual, físico, psicológico, económico. Protocolo en la unidad: cuando llegamos nos dijeron que apliquemos el protocolo o la guía sobre violencia del Ministerio, pero **no hay un protocolo establecido en la unidad** (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32años, UMEA, 09 jul 2018)*

Se conoce la existencia de la guía del Ministerio de Salud para el manejo de Violencia de género, pero no se lo aplica porque no está bien sistematizado en la práctica diaria.

Sé que existe un protocolo del ministerio, pero le mentiría porque no recuerdo cual es el año, tampoco recuerdo cual es el protocolo o si existe algo actualizado, pero sé que existe una guía del ministerio (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

Al preguntar sobre protocolos utilizados en la unidad, indicaron que no existe un protocolo establecido para el manejo de VMIP y al no tener casos en forma frecuente no se ha profundizado en el tema.

En la Unidad: *No sé si existe un protocolo la verdad, no he tenido paciente en los que haya tenido que utilizar para averiguar, pero obviamente deberíamos averiguar si lo hay* (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

Casi todos los casos de violencia son referidos a la trabajadora social quien mencionó tres guías que se pueden utilizar para la detección y manejo de la VMIP: la del Ministerio de Educación, la del Ministerio de Salud y la del Consejo de la Judicatura.

La del ministerio de educación que se detecta a través de los hijos, que hay violencia dentro de la familia a través de los hijos. En el ministerio de salud un protocolo de actuación ya para las víctimas que son atendidas en que hay golpes y dicen que se golpearon o se cayeron o algo así y el del consejo de la judicatura ya de cómo actuar frente a un caso de violencia (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Como protocolo en caso de violencia física se realizaría una llamada o una denuncia a la policía para que se encarguen del problema. Dentro de la unidad médica se desconoce la existencia de un protocolo específico sobre violencia.

*Hasta ahora los protocolos que conozco es que en caso de una violencia o una agresión física como tal se **hace un llamado a la autoridad policial** y ellos se encargan del caso siempre y cuando la paciente desee poner o manifestar la denuncia ante dicha autoridad, pero eso es lo que conozco hasta ahora. **En la Unidad: Protocolo como tal acá no sé si existe porque no he tenido la oportunidad que me den un protocolo como tal, me imagino que deben existir, pero desconozco información al respecto de eso protocolos** (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)*

La pediatra señaló no haber revisado protocolos sobre el tema.

No he revisado protocolos (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)

La nutricionista desconoce la existencia de un protocolo que se maneje dentro de la UMEA, pero si se detectara algún caso cree que se debería derivar a psicología o trabajo social.

Ninguno, pero supongo que nos tocaría derivar a psicología y a trabajo social.

Protocolos en la unidad: la verdad, desconozco (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30años, UMEA, 18 jun 2018)

A pesar de manejar casos referidos de violencia y de VMIP la psicóloga respondió que como protocolo se debería enviar a trabajo social y no menciona conocer la guía del MSP.

Enviar a trabajo social (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28 años, UMEA, 21 jun 2018)

En el área de odontología tampoco mencionan a la guía del MSP. Como protocolo primero sería confirmar el diagnóstico de violencia y luego canalizar a la mujer agredida para que reciba una atención adecuada; es decir, referir a psicología o a la trabajadora social.

Bueno algún protocolo no, yo pienso que, así como establecido no lo tengo, pero para mí lo primero que sería...es: primero con el diálogo ratificar o verificar si la paciente es víctima de acoso o agresión de parte de la pareja y hacerle ver que podría acudir a diferentes organismos para su protección (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Lo que he visto aquí en la unidad es que se maneja con la parte de psicología y también se deriva a la trabajadora social para que ella pueda hacer algún tipo de acción ante estas personas. (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29 años, UMEA, 18 jun 2018)

Las enfermeras de igual modo no mencionaron la guía del MSP sobre violencia, su forma de actuar frente a estos casos sería refiriendo a la paciente a psicología. En la unidad no se han presentado muchos casos sobre VMIP por lo que no se han aplicado protocolos.

No conozco, pero actuaría a psicología, luego en lo que son leyes de protección hacia la mujer. En la unidad: *no se ha presentado por lo tanto no hemos aplicado* (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 18 jun 2018)

En la unidad médica no se han vistos estos casos refirió otra de las enfermeras.

No, aquí al momento no hay nada de eso (Entrevista individual, Emergencias, licenciada en enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 25 jun 2018)

En el área de emergencias se toma como protocolo detectar los casos de violencia y comunicar a las autoridades.

El protocolo que se maneja aquí en urgencias, que es detectar el caso y dar aviso (Entrevista individual, Emergencia, licenciada de enfermería, mujer, 52 años, UMEA, 18 jun 2018)

Las auxiliares de enfermería no conocen sobre la guía del MSP o de algún otro protocolo de detección y manejo de VMIP.

En la unidad hay grupos de pacientes que reciben variados temas de salud, dentro de ellos se desconoce si alguno aborda sobre el tema de violencia.

Aquí yo veo que hay grupos de conferencias, pero realmente como para detectar algún problema de violencia no, o sea no se aplica. Hay grupos que se dedican como a ver enfermedades o de memoria, pero en realidad no sé si dentro de ahí le hacen ver algún problema psicológico que le esté afectando a la mujer (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40 años, UMEA, 18 jun 2018)

Protocolos o guías sobre VMIP se desconocen y si hay algún caso se le atiende como una paciente más, en casos extremos se le derivaría a psicología o trabajo social.

Ninguno. En la Unidad: *No, pues si es tanto el caso se le deriva a psicología y trabajo social* (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 25 jun 2018)

No, que yo sepa no, porque ha llegado pacientes y se les ha atendido como un paciente más (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37 años, UMEA, 28 jun 2018)

Como auxiliar de enfermería, si se detecta algún caso de VMIP se lo envía a trabajo social, se comunica al médico de turno y a psicología.

Protocolos: *En este caso no. En esta unidad manejamos lo que es la trabajadora social, nosotros de comunicar al médico, en la toma de signos ya se les ve, se le comenta al médico y el médico es quien habla con la trabajadora social, luego la trabajadora social a la psicóloga y así se ponen de acuerdo para demandar o para ver cómo queda el caso* (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Acerca de guías o protocolos de manejo de VMIP se desconoce, su primera opción ante estos casos es enviar a trabajo social para el seguimiento.

Eh sí, guías no sé, pero el primer camino es llegar a trabajo social y ellos son quienes se encargan de los procedimientos, yendo directamente a sus domicilios o haciendo el seguimiento a la persona que fue agredida (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42 años, UMEA, 18 jun 2018)

Las licenciadas de fisioterapia refirieron en la unidad no aplican algún protocolo sobre violencia, lo que ellas harían es llamar a la policía, ayudarse con trabajo social y comunicar a las autoridades.

Protocolos de acción no conozco, yo lo que haría es llamar a la policía, si fuera aquí algún paciente me ayudaría con la trabajadora social porque ella sabe un poco más de esto, pero protocolos de acción no los tengo claros, esas son las dos

cosas que haría (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27 años, UMEA, 18 jun 2018)

El protocolo más claro creo que es el de avisar a las autoridades para tener de esa manera **prevención no solo por ella** sino por el resto de las mujeres que son agredidas tanto física como verbalmente (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Todas las licenciadas de laboratorio indicaron que no saben acerca de protocolos o guías de manejo de VMIP, dentro de su área no lo aplican y sus conocimientos son básicos adquiridos en pequeñas charlas lo refiere una de ellas.

No, no conozco (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 30 años, UMEA, 19 jun 2018)

No lo sé (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)

Se desconoce la existencia de protocolos, en su área no se saben si se aplica algún protocolo específico y una de las licenciadas de laboratorio refiere que ya recibió información sobre violencia contra la mujer en la universidad, pero no recuerda algo como guías de manejo.

No, no he visto que apliquen, o sea dentro de mi área no hemos conocido que apliquen (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)

Por el momento no, como le indico la capacitación que tuve fue en la universidad hace algún tiempo (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)

Saben que la mujer puede recibir ayuda al igual que la pareja, pero acerca de una guía de manejo la respuesta es negativa.

Este ahora sé que hay ayuda en contra de la pareja como para el esposo, que van directamente a la fiscalía (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

No, no conozco (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58años, UMEA, 18 jun 2018)

No, no sabría (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32años, UMEA, 21 jun 2018)

No refieren conocer algún tipo de protocolo sobre el tema.

Bueno la verdad, ninguno. No sé si existen protocolos (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56años, UMEA, 18 jun 2018)

No conozco ninguno. No sé si lo aplican aquí en la unidad. (Entrevista individual, auditora, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)

Muchas veces se conoce la existencia de protocolos o guías sin embargo no se los estudia a profundidad ni se los aplica. Dentro de la unidad se tiene que informar a trabajo social y a los médicos para que se investiguen estos casos y tomar las medidas legales respectivas.

Se conocen, pero no se aplican (una ligera sonrisa). *Pero bueno la cuestión es que si se detectan se tiene que informar en este caso a trabajo social de la unidad, trabajo social tiene que hacer la respectiva investigación con los médicos de la unidad si es que la violencia ha sido sexual o física o en caso de ser verbal con la psicóloga de la unidad y se tiene que ir a fiscalía a hacer el proceso legal pero eso*

se tiene que hacer si es que tengo entendido bien con el consentimiento de la vulnerada si es que no hay consentimiento no se puede proceder en el ámbito legal (Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

Dentro del hospital si se presentan casos de VMIP se informa a trabajo social porque ahí es donde pueden las pueden ayudar.

Eh...bueno aquí en el hospital si sabemos algo de eso y realmente quien realizaría el proceso y el trámite es trabajo social, es informar a trabajo social y ellos saben cómo deben proceder, a quienes hacen la denuncia, que es lo que necesitan a quienes están con problemas (Entrevista individual, administrativa, secretaria, mujer, 33 años, UMEA, 19 jun 2018)

En el área administrativa no se manejan estos casos por lo que se desconoce de protocolos de manejo sobre VMIP y se reconoce que se puede hacer una denuncia.

La verdad como no lo manejo no lo sé, solo sé que se pueden poner denuncias y hasta ahí llevo (Entrevista individual, administrativa, economista, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)

El personal de admisión desconoce sobre protocolos, saben que se pueden hacer denuncias en caso de abuso físico.

No conozco (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33 años, UMEA, 2 jul 2018)

Solo las demandas, denuncias por abuso físico (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25 años, UMEA, 28 jun 2018)

En los grupos focales también se preguntó sobre las leyes de protección hacia la mujer y todos los participantes respondieron que sí sabían que existen las leyes, pero no podrían mencionar el contenido específico de las mismas.

En el grupo focal entrevistado el 09 de julio 2018 si se menciona a la guía de violencia de género del MSP que debería ser utilizada para el manejo de los casos de VMIP.

Acerca de protocolos: *La guía de violencia de género del 2012 del Ministerio de Salud.* Sobre la Ley de violencia: en general responden todos, *no sería capaz de mencionar lo que dice la ley de protección hacia la mujer en nuestro país.*
(Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)

Protocolos de manejo de violencia sí existen, pero no se los conoce; sería importante la auto educación sobre el tema. Al igual que no se puede mencionar exactamente lo que dicta la ley de protección hacia las mujeres en el país.

Acerca de Protocolos o guías: *Si, si existen, pero no recuerdo. Está también la parte importante de nuestra cultura mirar como yo les digo a los pacientes, educarme y auto educarme sobre eso.* Sobre la ley de violencia: *No, no podríamos definir ahorita ninguna.* (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

En el grupo focal entrevistado el 25 de junio de 2018 admiten que si debe existir algún protocolo para el manejo de VMIP pero que no se encuentra bien difundido. Se encontraba como participante la trabajadora social quien, si conoce sobre las guías, las menciona y comparte esa información con el resto del grupo.

Acerca de protocolos: *Debe haber en el ministerio de salud, debe haber, pero no está difundido. Acá la licenciada (Trabajo social) si lo conoce, tenemos el protocolo de actuación del ministerio de salud ya como una enfermedad, ya como ministerio de salud, el sistema judicial también en el consejo de la judicatura y las*

*fiscalías de cómo actuar, también he tenemos un protocolo de actuación frente a casos de violencia detectados en el **sistema educativo** que maneja el ministerio de educación y ministerio de salud. (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)*

Se desconoce con exactitud sobre el contenido de las leyes de protección a la mujer, sin embargo, como parte de la humanidad se deben respetar los derechos humanos. La trabajadora social dentro de la entrevista de grupo focal menciona que durante el proceso legal es un derecho que la fiscalía otorgue medidas de amparo para las víctimas, si fuera el caso también dar acogida institucional a las mujeres con ese problema y seguir los pasos recomendados en las guías de actuación existentes.

*Sobre la ley de violencia: **No sabemos, la ley... bueno como parte de la humanidad tenemos derecho a todo**, sin embargo tenemos las fiscalías que son para cubrir casos de **vulneración de derechos a la mujer y la familia** porque son los incidentes que más hay, dentro de eso tenemos **medidas de amparos** que son medidas cautelares que se le dan a la víctima para que el victimario no se le pueda acercar y depende que tipo de violencia exista para **dar acogimiento incluso institucional de acuerdo a la violencia, al nivel que haya llegado y si no se sigue el protocolo de actuación en casos de violencia detectados**. (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)*

El tercer grupo entrevistado del 26 de junio 2018 (Laboratorio) no supieron dar detalles acerca de protocolos de manejo de violencia ni mencionar algo sobre las leyes de protección a la mujer.

*No, yo no, o sea dentro de salud no. Protocolos: solo **que vaya a trabajo social**. (Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)*

Las respuestas de los grupos focales sobre conocimientos de protocolos o guías coincidieron con las mencionadas en las entrevistas individuales y en relación con el conocimiento sobre las leyes que amparen a la mujer casi todos los participantes de cada grupo expresaron saber que existen leyes, pero no podrían describirlas. En la tabla 13 se realizó un resumen con las respuestas más frecuentes indicadas por los participantes.

Tabla 13. Resumen etnográfico del conocimiento sobre la ley de protección a la mujer y protocolos o guías para el manejo de VMIP y las alternativas que sugieren los participantes de la UMEA

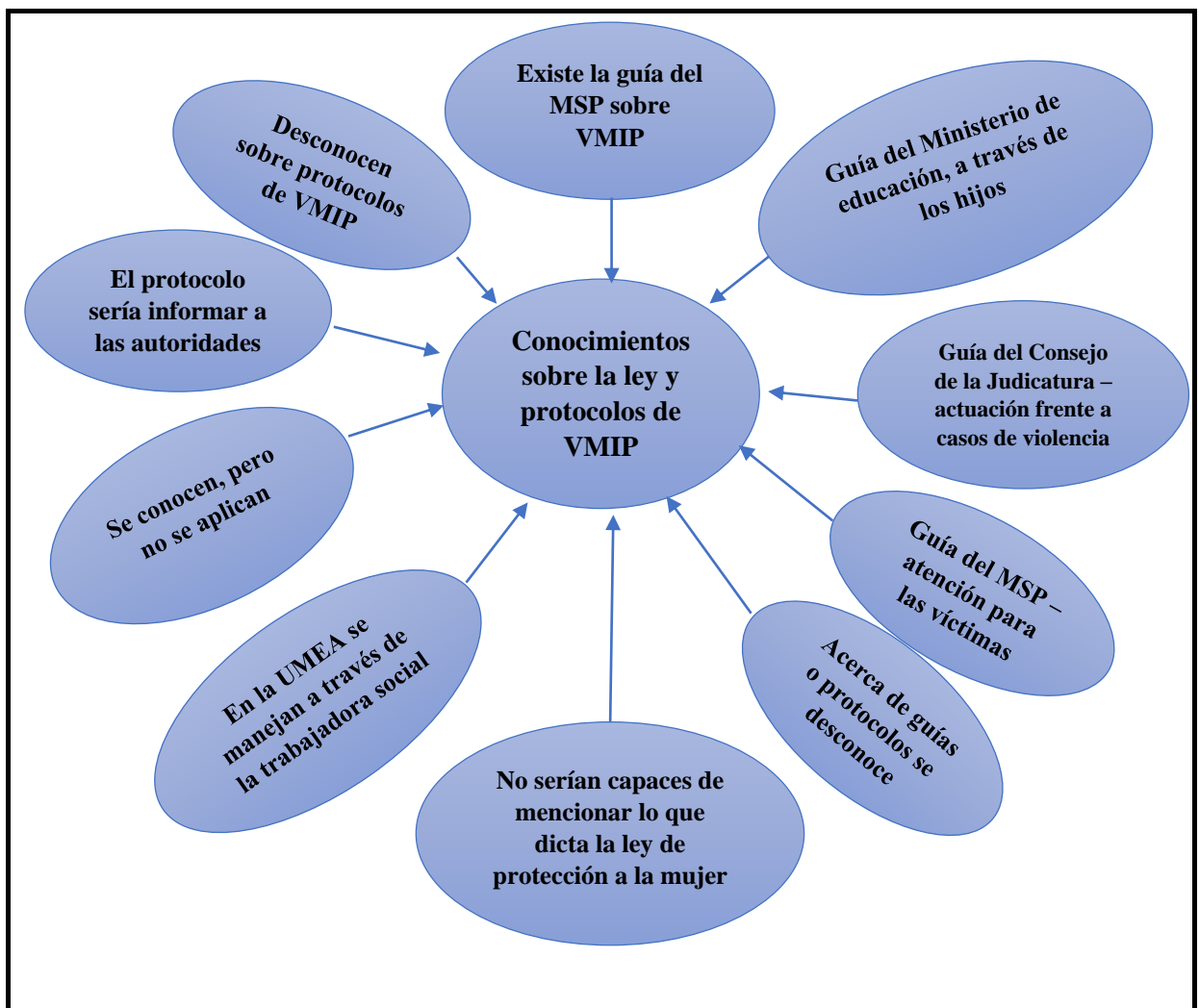
Profesionales UMEA	Conocimiento de las leyes de protección a la mujer y protocolos o guías de VMIP	Alternativas que sugieren
Médicas generales	<i>No tengo conocimiento No he sabido de ningún protocolo aquí Protocolo como tal, contra la mujer no La guía de manejo de violencia a la mujer del ministerio de salud</i>	<i>Detectar a la paciente, referir a un psicólogo Se le pide a psicología</i>
Médicos familiares	<i>Protocolo realmente no Si hay una guía del Ministerio de Salud</i>	<i>Dar alerta a las autoridades Detectado el problema, hagamos como una red guiados por trabajo social para la denuncia y seguimiento</i>
Posgradistas de medicina familiar	<i>Sé que existe la del Ministerio de Salud La guía del Ministerio de Salud pública No hay protocolo establecido en la unidad</i>	
Ginecólogo	<i>Los protocolos que conozco en caso de una violencia es hacer un llamado a la autoridad policial Acá no sé si existe (en la UMEA)</i>	
Pediatra	<i>No he revisado protocolos</i>	
Trabajadora social	<i>La del ministerio de educación a través de los hijos, la del ministerio de salud – atención para las víctimas y la del consejo de la judicatura – cómo actuar frente a un caso de violencia</i>	
Nutricionista	<i>Ninguno</i>	<i>Supongo que nos tocaría derivar a psicología y a trabajo social</i>
Psicóloga		<i>Enviar a trabajo social</i>

Odontólogos	<i>Bueno, algún protocolo no</i>	<i>Primero, verificar si la paciente es víctima de acoso Hacerle ver que podría acudir a diferentes organismos Se maneja con la parte de psicología y se deriva a la trabajadora social</i>
Licenciadas de enfermería	<i>No conozco No, aquí no hay nada de eso El protocolo que se maneja en urgencias</i>	<i>Actuaría a psicología, luego a las leyes de protección a la mujer Detectar el caso y dar aviso</i>
Auxiliares de enfermería	<i>Aquí hay conferencias, pero como para detectar violencia no Ninguno No que yo sepa, no En esta unidad manejamos lo que es la trabajadora social Nosotras, comunicar al médico Guías, no sé</i>	<i>Se le deriva a psicología o trabajo social El primer camino es llegar a trabajo social</i>
Licenciadas de fisioterapia	<i>Protocolos de acción no conozco El protocolo más claro, avisar a las autoridades</i>	<i>Lo que haría es llamar a la policía Me ayudaría con la trabajadora social</i>
Licenciadas de laboratorio	<i>No, no conozco No lo sé No, no he visto que apliquen en mi área No, no sabría</i>	
Administrativos	<i>Bueno la verdad, ninguno No conozco ninguno Se conocen, pero no se aplican El trámite es trabajo social Las demandas, denuncias</i>	<i>Si se detectan se tienen que informar a trabajo social en la unidad Informar a trabajo social, ellos saben cómo proceder</i>
Grupos focales	<i>No sería capaz de mencionar lo que dice la ley de protección hacia la mujer No podríamos definir ninguna ley ahorita No sabemos la ley, como parte de la humanidad tenemos derecho a todo</i>	

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 21. Conocimientos sobre la ley de protección a la mujer y protocolos de manejo de VMIP según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

RESUMEN ETNOGRAFICO DE LOS CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA LEY DE PROTECCIÓN A LA MUJER Y DE PROTOCOLOS O GUIAS PARA LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA VMIP

INTERPRETACION DE LAS AUTORAS

Existe un **alto desconocimiento sobre lo que menciona la ley de protección hacia la mujer en el país**; se expresa saber de su existencia, pero no en forma descriptiva.

Sobre el conocimiento de guías de manejo o protocolos de actuación para la detección y manejo de mujeres víctimas de violencia infligida por su pareja las respuestas fueron variadas, **ciertos participantes coincidieron en desconocer la guía existente del MSP y otros sí supieron mencionarla, pero indicaron no haber profundizado en ella o no la aplican.**

La **trabajadora social fue quien supo indicar tres tipos de guías** que se utilizan para este tema como son la del Ministerio de Educación a través de los niños, la del Ministerio de Salud y la del Consejo de la Judicatura.

No existió mucha diferencia sobre los conocimientos de esta temática entre los participantes, quienes mencionaron a la guía del MSP fueron los médicos generales, médicos familiares y postgradistas de medicina familiar; el resto del personal expresa que sí deberían saber cómo actuar en estos casos, pero al no tener claro un protocolo de actuación seguirán refiriendo a un profesional más capacitado como la psicóloga, trabajo social o comunicar a las autoridades competentes.

Dentro de la UMEA casi todos los entrevistados refirieron que no existe o no saben si existe un protocolo de detección y manejo para los casos de VMIP.

5.1.2.5 Diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

El personal de salud de la UMEA que participó del estudio respondió a esta interrogante con respuestas dirigidas al reconocimiento de síntomas y signos que pueden o han podido observar en las mujeres que son víctimas de violencia provocada por la pareja.

En la tabla 14 se describe un resumen de los signos y síntomas indicados por el personal de salud para el diagnóstico de VMIP.

Los médicos generales, especialistas de medicina familiar y postgradistas de medicina familiar refieren que es complejo sospechar de violencia únicamente por la

presencia de lesiones físicas, también implica la experticia profesional para valorar factores de riesgo, incongruencia de la mecánica de las lesiones, las características psicológicas de la paciente y las actitudes durante la consulta médica; por lo que indican que se debe mantener un estado de alerta frente a los diferentes signos de alarma que se puedan encontrar en las pacientes atendidas en la práctica diaria.

Los signos y síntomas más mencionados fueron:

Actitud de la paciente: timidez, labilidad emocional y estigmas físicos de maltrato.

*La actitud. Primero la **actitud de la paciente**, una paciente **tímida, lábil emocionalmente** y también si tiene **estigmas físicos de maltrato**. (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30 años, 18 jun 2018)*

Se reconocería cuando una paciente no colabore con interrogatorio médico, esté apática, lesiones físicas visibles al examen físico, rompen en llanto en la consulta.

*El hecho de que una paciente, bueno en este caso **no se muestre abierta** para el **interrogatorio médico**, el hecho de que se muestre **apática** totalmente, el hecho de que venga si es de manera física que venga con **lesiones de origen físico** a nivel de la examinación se puede identificar eso y también el hecho de que son mujeres que vienen y rompen en **llanto**, en el **interrogatorio médico en la consulta rompen en llanto** y bueno aunque no han sido todas si dan un indicio de explicación de que están siendo **víctimas de maltrato** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Otros signos que se señalaron fueron: golpes, llanto en la consulta.

*Bueno podría ser eh...que sean **golpeadas**, hay pacientes que llegan y lo único que hacen es **llorar**, entonces uno indaga si hay algún problema. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Signos y síntomas: No concuerda la versión de los hechos con el examen físico observado, por ejemplo, versión de caída y huellas que no parecen de caída.

*La mayoría de veces que llegan pacientes que **no concuerdan al evento** que me cuenta la paciente **con el examen físico** que yo aprecio, por ejemplo me dice me caí de las gradas y yo le encuentro moretones con **huellas que no parecen caída**, que no relacionan con lo que ellas me dicen, no cuadra, entonces vamos a preguntar y ahondar más en lo que ella me dice, son paciente que también **vienen repetitivas veces** porque, chuta me caí, chuta me pasó esto. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Signos y síntomas: estado de ánimo de la paciente, lesiones en la piel.

*Eh, primero el **estado de ánimo** de la paciente, si es que nosotros al examen físico vemos alguna **lesión a nivel de piel**, esa es una de las sospechas que nos haría pensar. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)*

Justificar las lesiones físicas refiriendo causas accidentales, personalidad sumisa, tímida, dominada por el esposo.

*Cuando una mujer aparece con los **estigmas que quiere justificar de otra causa** que no corresponde a como se presentan los estigmas en su cuerpo, otra forma de identificar es cuando una mujer es un poco **sumisa, tímida**, se deja llevar por el **esposo inclusive en la entrevista en el consultorio**. (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)*

Rasgos de violencia física, labilidad emocional, en consulta la pareja es quien responde o no la deja contestar a la paciente.

*A mí me haría sospechar primero que sé yo, viene con un **rasgo de violencia física**. Segundo si la paciente cuando le estoy atendiendo si presenta **labilidad emocional** y mientras indago también buscar **signos de violencia** y tercero cuando viene con la pareja, **la pareja es la que responde** frecuentemente a las preguntas que le estoy haciendo a la mujer, pero **no le deja contestar** o **no le deja corroborar** las ideas que está dando esta persona. (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32años, UMEA, 09 jul 2018)*

Difícil tener un prototipo de mujer maltratada, identificar cualquier tipo de signos de alarma (Factor de riesgo), mujer hiper frecuentadora por motivo de consulta oculto por lo que juega un papel muy importante la experticia y la relación médico paciente. No basta una sola consulta para tener el diagnóstico a menos que sea un maltrato físico evidente, serán más consultas para un diagnóstico sobre todo si se trata de maltrato psicológico o sexual.

*Creo que es **difícil tener como un prototipo** de cómo va a venir una **mujer maltratada**, si no, fuera fácil identificarlo, yo creo que **cualquier signo de alarma** que podríamos identificarlo deberíamos **estar atentos**, por ejemplo una **mujer hiper frecuentadora** podría ser una paciente que esté teniendo un **motivo de consulta oculto** y que no lo quiere expresar en la consulta ahí podría ser la parte de **experticia** o en la **relación que haya con la paciente** en que se pueda preguntar o ahondar en esas cosas que generalmente son delicadas, no es un una sola consulta que vamos a tener el diagnóstico yo creo que va a ser muy difícil a menos que venga con un **maltrato físico** que ahí si lo vamos a poder hacer, pero si es maltrato psicológico y es víctima de **violencia sexual**, yo creo que es muy difícil de hacer,*

yo no creo que haya un prototipo de mujer maltratada que podamos seguir.

(Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

Lesiones que no son justificadas, equimosis en el ojo, si va a consulta con la pareja se observa la presión psicológica sobre ella; estos detalles pueden pasarse por alto muchas veces por la falta de tiempo en la consulta.

*Bueno puede venir si es que es violencia física a veces con **lesiones que no son muy justificadas**, si es que fue una caída, **algún moretón en el ojo**, o a veces incluso vienen con la pareja y también se ve la **presión psicológica que ejerce la pareja sobre la mujer** entonces algunos pequeños detalles, aunque el **tiempo no nos favorece** hay que tener presente.* (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

El comportamiento de la mujer durante la consulta, si hay maltrato físico se podría evidenciar laceraciones o hematomas.

*Eh, de acuerdo con el **comportamiento que ella** manifiesta al contacto, en el interrogatorio y por supuesto cuando ya se observa maltrato físico la evidencia de **laceraciones o hematomas en el cuerpo**.* (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA, 21 jun 2018)

Otros signos y síntomas mencionados – la actitud de la mujer, su estado emocional, dependencia, el estado anímico, alteraciones en el comportamiento y autoestima; el médico familiar al realizar un abordaje biopsicosocial tiene la oportunidad de valorar mejor estos casos.

*La **actitud de la mujer**, el **comportamiento de la mujer**, el **estado emocional**, el **estado de dependencia**, el **estado anímico** creo que conlleva un montón de cosas o*

sea ventajosamente **como médico familiar** se da la oportunidad de ver al paciente en el **área biopsicosocial** entonces viendo todas las áreas del paciente integral si se puede detectar algunas alteraciones emocionales, de **comportamiento**, de dependencia y de **autoestima**. (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37 años, UMEA, 25 jun 2018)

El ginecólogo de la unidad indica que realizar detección se le hace difícil a menos que tenga una sospecha o que lo mencione la paciente. Se podría sospechar de pacientes obstétricas que no tiene buena evolución del embarazo, a la entrevista médica puede haber llanto fácil, depresión y en ese caso las refiere a psicología.

Sospechar como tal es bien difícil a menos que la paciente te de algún indicio para uno poder indagar acerca de si hay o no violencia hacia ella, pero directamente no, se me hace como difícil precisarlo. (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Generalmente cuando sospecho o hay algo que ver con una paciente desde el punto de vista, sobre todo en pacientes obstétricas se ve una evolución tórpida no hay evolución satisfactoria entonces voy más allá en el interrogatorio y ahí me percató que la paciente tiene un llanto fácil, está como deprimida en eso casos trato de delegarla hacia la parte de psicología para que la trate y trate de indagar un poco más de la parte personal, interpersonal, familiar, etc. (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Desde el punto de vista de la pediatra, ella sospecharía de violencia al existir una afectación en el crecimiento y desarrollo del niño sin una causa orgánica que lo explique, por lo tanto, se tendría que valorar al ámbito afectivo y psicológico del niño y su entorno familiar sobre todo de la madre.

*Dentro de la **consulta pediátrica** la tendría en conjunto al menor de edad junto con su madre y padre en ese sentido si veo características directamente en el paciente que veo alguna **afectación desde el área de su crecimiento** y que **no tenga ninguna explicación** si no está creciendo bien, que no haya ninguna afectación orgánica medica de tal motivo pues dentro de los factores que también debo sospechar es la parte **psicológica emocional** y si el niño lo veo **afectado** entonces tiene que ver con la familia de esa forma por referencia también puedo ver que hay alguna **afectación a la madre**. (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39 años, UMEA, 20 jun 2018)*

Depende el tipo de violencia, si es física se puede observar golpes o pueden llegar con labilidad emocional.

*Depende del tipo de violencia, si es que es **física** regularmente si he tenido paciente que han estado **golpeadas** y les pregunto lo que les pasó entonces esa es como la más fácil de reconocer, o a veces también vienen **emocionalmente lábiles** de lo que más he visto. (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Las pacientes víctimas de violencia pueden ser bastante sumisas, pueden aislarse, refieren que no les gusta socializar, indecisión de dejar a la pareja y entran a un círculo repetitivo; cambian su aspecto físico de antes arreglarse a descuidarse físicamente.

*Son **bastante sumisas**, bueno también depende de la personalidad de la mujer suelen **aislarse bastante** y **tienen un discurso de que yo soy así no me gusta interactuar con las personas por eso prefiere aislarse, adoptan como esa personalidad**, a veces es como que **yo ya me quiero separar; quiero, ya no quiero nada con él, pero es un círculo en el cual es bastante repetitivo, son bastante***

sumisas, aisladas, cambian su aspecto físico de lo que una mujer antes se arreglaba, se vestía bien, se interesaba por su aspecto físico pierden totalmente.

(Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28 años, UMEA, 21 jun 2018)

La actitud, llanto fácil, se justifica y es dependiente del esposo para tomar decisiones. La trabajadora social atiende más casos ya diagnosticados porque ella parte del manejo multidisciplinario que se aplica en víctimas de violencia.

*La actitud, el llanto fácil, quizás justificar cuando por ejemplo tengo esta cita o si usted desea **tenemos estos grupos** y dicen deje preguntarle a mi esposo, **voy a ver si mi esposo quiere**, es decir **depende de cada decisión** a tomar de la venia **del esposo** entonces ahí empieza a sospecharse la posible violencia dentro de la pareja.*

(Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

*Yo recibo más los casos por parte de psicología, entonces si tenemos casos de violencia dentro de la pareja quizás uno al mes **ya detectado**, y más casos a **través de los menores*** (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Los odontólogos tienen contacto directo con pacientes de ambos sexos; por lo tanto, el reconocimiento de signos que puedan hacer sospechar de violencia en una mujer es muy importante; los profesionales que participaron supieron describir principalmente los signos ante casos de violencia física por la presencia de golpes moretones, laceraciones y en el caso de afectación psicológica observarían a una paciente temerosa, poco comunicativa.

Serían los rasgos físicos. Si la persona viene con golpes, moretones, laceraciones podría ser como también no podría ser ya que podría ser causa de un accidente, pero podría dar un indicio esa parte. La otra quizás sería la forma o la actitud con la que viene la paciente, comunican las cosas a veces con temor quizás podría dar un indicio que es una paciente que ha sido menoscabada en su integridad y que tiene temor de hablar, temor a comunicar las cosas; yo creo que esas serían las 2 principales en las que yo me podría más o menos dar cuenta si es una persona víctima de violencia de ahí no, es difícil si la otra persona no comunica, no sería una realidad. (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Cuando una mujer es temerosa o se guarda mucho sus cosas o también en los rasgos físicos cuando esté agredida cuando se pueda ver físicamente eso. (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29 años, UMEA, 18 jun 2018)

La paciente víctima de violencia puede estar deprimida, con llanto, llegar con facies demacrada y lesiones físicas como golpes y moretones; en ocasiones niegan que sea por violencia.

Depresión, llanto. (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 18 jun 2018)

La experiencia me da hasta en las facies de la mujer demacrada, también física que viene con moretones, golpes eh...pero lamentablemente todas niegan que es una violencia. (Entrevista individual, Emergencia, licenciada de enfermería, mujer, 52 años, UMEA, 18 jun 2018)

Las pacientes pueden acudir directamente pidiendo ayuda por haber recibido maltrato por parte de la pareja, llegar con golpes y llanto en el momento de la consulta.

*Cuando llega **por la emergencia a pedir ayuda**, han llegado varias mujeres a pedir ayuda que el esposo o la pareja le ha maltratado, vienen con **golpes**, a veces se sientan e inmediatamente **caen en llanto**, entonces si se podría identificar en ese momento. (Entrevista individual, Emergencias, licenciada en enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 25 jun 2018)*

La mujer víctima de violencia puede ser poco comunicativa, se aísla, evita grupos sociales, es más sensible, se reprime de algo, temor de hablar, tímidas, si hay golpes tratan de esconderlo por lo que la experiencia del profesional es importante para detectar estos casos.

*Una mujer **poco comunicativa**, una mujer que se aísla, que prefiere evitar **grupos sociales**, una mujer que es **más sensible** o que se **reprime de algo**. (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40 años, UMEA, 18 jun 2018)*

*Se ha reportado muchos casos, cuando vienen con **temor de hablar**, medias **tímidas**, cuando vienen con **golpes**, a veces ellas **quieren tapar para que uno no se entere**, pero como **uno más o menos ya tiene la idea sabe que es violencia doméstica**, se puede decir. (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Durante la evaluación física se puede observar si existen golpes, al interrogar a estas pacientes evaden las preguntas, cuando se detecta eso se inicia una mejor valoración.

*Primerito la **evaluación física**, si tiene **golpes**, o se le pregunta y **evade muchas preguntas**, sobre todo uno ya se da cuenta cuando llega a una unidad médica ahí*

uno se da cuenta, ahí en ese momento se valora. (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42años, UMEA, 18 jun 2018)

Se puede percibir los golpes, la baja autoestima; las mujeres son reprimidas, introvertidas, no expresan lo que sienten y fingen bienestar.

Que sea...si se puede percibir los golpes o la baja auto estima, eso. (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44años, UMEA, 25 jun 2018)

Las mujeres son más reprimidas, más introvertidas, siempre en su mundo, sin expresar lo que ellas sienten, tratando de fingir lo que no tienen o que les está pasando. (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37años, UMEA, 28 jun 2018)

En el área de fisioterapia tienen interacción con las pacientes por diversas causas, tienen la oportunidad de escucharlas y refirieron sospechar de VMIP antes lo siguiente: una mujer maltratada **tiene sentimientos de culpabilidad**, cree que la violencia es por su propia culpa; si existe maltrato físico son sumisas, calladas, bajo estado de ánimo, su expresión facial, llanto fácil y reprimidas.

Yo sospecharía porque yo creo que una mujer que es maltratada por su esposo o por su pareja siempre tiene eso se siente culpable, porque dicen es que yo soy así, por mi culpa esto pasó o sea siempre ella se lleva toda la culpa a sí misma, aparte si es que es físicamente, siempre tienen una tendencia, son sumisas, son calladas, se creen culpables de todo. (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27años, UMEA, 18 jun 2018)

Primero su estado de ánimo, su expresión facial, llanto fácil y más que nada bien reprimida. (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

El personal de laboratorio tiene una corta interacción con las pacientes, a pesar de ello, si son capaces de detectar a una mujer víctima de VIP y mencionaron los siguientes signos y síntomas:

Por el carácter, su estado de ánimo, acuden con signos de golpes y atribuyen esos golpes a otras causas.

Por el carácter, el estado de ánimo, muchas veces vienen golpeadas y saben mentir que les pasó algo y simplemente les pegó el esposo. (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 30 años, UMEA, 19 jun 2018)

Es una mujer tímida, no se arregla bien, llora, se esconde, no sale adelante y es sumisa.

Mmm eh...una persona tímida, una persona que no se arregla, una persona que llora, que trata de esconderse, que no quiere salir adelante, sumisa. (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)

Su forma de actuar con la sociedad es una persona violenta, está siempre a la defensiva.

La forma de actuar con la sociedad, la forma de ser como igual violenta o siempre estar a la defensiva ante cualquier cosa, cualquier pregunta o algo. (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)

Lo más evidente sería observar si hay golpes, moretones y la forma de actuar de las mujeres víctimas de VIP.

Primero al observar golpes y por los golpes algún moretón o en el ámbito personal la forma de actuar de la persona. (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)

El personal de farmacia sospecharía de VIP en las mujeres que presentan: su actitud, baja autoestima, ser muy callada o extrovertida, mucho control de su esposo, manifestaciones físicas como heridas, golpes y moretones.

Su actitud, la baja autoestima y muchas veces ya manifestaciones físicas. (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Heridas que pasan por accidentes. (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Físicamente se puede reconocer por la presencia de golpes y moretones, si existe violencia psicológica la mujer se vuelve una persona o muy callada o extrovertida y temerosa, por el control que ejerce sobre ella su esposo.

En físico: golpes, moretones, en su forma de ser si es muy callada o extrovertida o que tiene mucho control su esposo. (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 21 jun 2018)

En el área administrativa se sospecha en VMIP si la mujer presenta cambios en su actitud, no actuaría normalmente, sería más cohibida y en lo físico por golpes.

Tal vez por el cambio de actitudes, la forma...no, no actuaría de la forma normal, tal vez sería un poco más cohibida, en esas cosas. (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56 años, UMEA, 18 jun 2018)

Los golpes, en primera instancia. (Entrevista individual, auditora, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

También están signos como: depresión, estado de ánimo diferente, signos de violencia corporal, bromas sarcásticas de sus compañeros de trabajo.

*Puede ser **depresión**, un estado de ánimo diferente a lo que normalmente la persona es, puede también haber **signos de violencia corporales**, también muchas veces empiezan a salir **comentarios ya sea a manera de sarcasmo o a manera de bromas entre compañeros de las situaciones**, entonces todo eso puede llevar a que una persona se dé cuenta de la situación que está pasando la persona vulnerada.*

(Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

En el ámbito laboral sus compañeros pueden darse cuenta por los cambios en su forma de ser, en el físico, pueden ser notorios los golpes por lo que se maquillan de forma intensa para borrar los estigmas de violencia, se cohiben, son temerosas y dependientes de lo que el esposo les diga.

*Bueno si nos hemos dado cuenta en algunos hospitales con **algunos compañeros que los golpes son notorios**, se les nota, se maquillan demasiado para borrar el **ojo morado**, todo hacen que, **si mi esposo dice, si mi esposo hace**, son mujeres **temerosas**, eso. (Entrevista individual, administrativa, secretaria, mujer, 33 años, UMEA, 19 jun 2018)*

*Creo que hay personas que se **cohiben o cambian su forma de ser** y también **físicamente a veces cambian**. (Entrevista individual, administrativa, economista, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)*

El personal de admisión reconocería si una mujer es víctima de VIP si observan: que la persona es retraída, tímida, poco sociable, reprimida y en la parte física si presenta golpes o moretones.

*En ciertas ocasiones son **personas retraídas, tímidas y poco sociales**. (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33años, UMEA, 2 jul 2018)*

*Este **reprimida**, bueno verle con presencia de **golpes, de moreteados**, eso. (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25años, UMEA, 28 jun 2018)*

Los signos físicos y psicológicos fueron los más mencionados por los participantes para el diagnóstico de VMIP, seguido de las alteraciones conductuales en el momento de la consulta y la afectación en el ámbito social de las pacientes, en la tabla 14 se realiza un resumen etnográfico con las respuestas más frecuentes.

Tabla 14. Resumen etnográfico de los signos y síntomas reconocidos para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

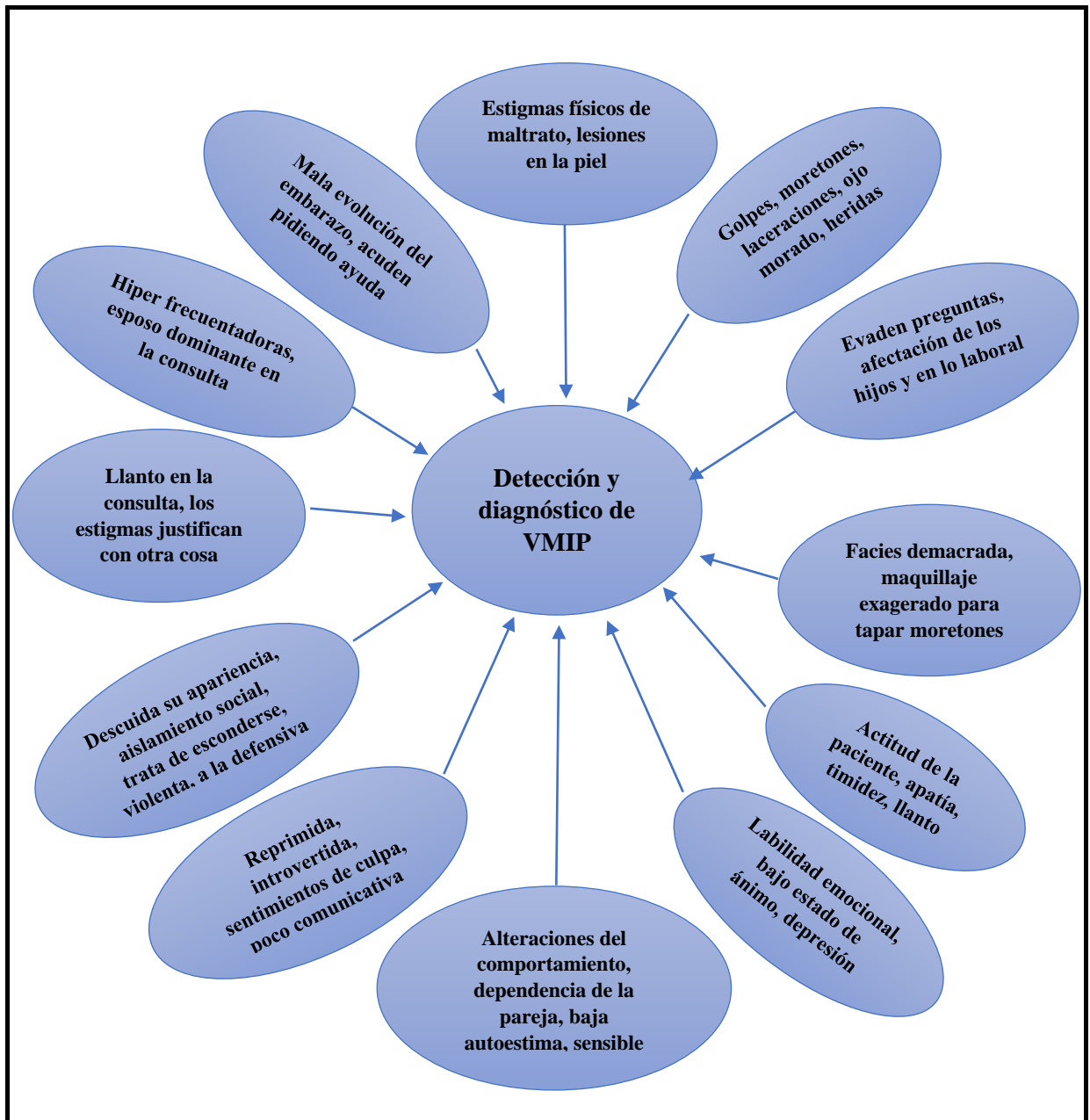
Forma de afectación	Principales signos y síntomas descritos
Física	<p><i>Estigmas físicos de maltrato</i> <i>Los rasgos físicos, golpes, moretones, laceraciones</i> <i>Lesiones de origen físico</i> <i>Lesiones a nivel de la piel</i> <i>Lesiones no son muy justificadas</i> <i>Algún moretón en el ojo</i> <i>Si hay maltrato físico evidencia de laceraciones o hematomas</i> <i>Rasgo de violencia física</i> <i>Depende el tipo de violencia, si es física he tenido pacientes golpeadas</i> <i>Facies de la mujer, demacrada</i> <i>Manifestaciones físicas</i> <i>Heridas que pasan por accidentes</i> <i>Signos corporales de violencia</i> <i>Se maquillan demasiado para borrar el ojo morado</i></p>
Psicológica	<p><i>Actitud de la paciente</i> <i>Tímida</i> <i>Lábil emocionalmente</i> <i>Llanto fácil</i> <i>Apática totalmente</i> <i>Lo único que hacen es llorar</i> <i>Estado de ánimo de la paciente</i> <i>Presión psicológica que ejerce la pareja sobre la mujer</i> <i>Depende de cada decisión a tomar de la venia de su esposo</i> <i>Puede llegar emocionalmente lábiles</i> <i>Son bastante sumisas</i> <i>Suelen aislarse bastante</i> <i>Adoptan una personalidad</i> <i>Comunican las cosas con temor</i> <i>Temor de hablar</i> <i>Es temerosa</i> <i>Se guarda sus cosas</i> <i>Depresión</i></p>

	<p>Poco comunicativa Es más sensible Se reprime de algo Baja autoestima Una mujer maltratada se siente culpable, por mi culpa esto pasó Calladas Su estado de ánimo, su expresión facial Mas que nada bien reprimida Por el carácter No quiere salir adelante Forma de actuar de la persona Baja autoestima Su forma de ser, muy callada o extrovertida Cambio de actitudes No actuaría de forma normal Sería un poco más cohibida Estado de ánimo diferente Todo hacen, si mi esposo dice, si mi esposo hace</p>
Social	<p>Cambian su aspecto físico, antes se arreglaba, se vestía bien Mujer que se aísla Prefiere evitar grupos sociales Tiene un discurso yo soy así, no me gusta interactuar con las personas No se arregla Trata de esconderse Su forma de actuar con la sociedad Ser igual violenta o estar siempre a la defensiva Comentarios a manera de sarcasmo entre compañeros de las situaciones</p>
Durante la consulta médica	<p>Paciente no se muestra abierta para el interrogatorio médico Rompen en llanto en la consulta No concuerda versión de los hechos con el examen físico observado Pacientes que vienen repetitivas veces Comportamiento que ella tiene en el interrogatorio Los estigmas quieren justificar con otra causa Se deja llevar por el esposo en la entrevista en la consulta La pareja es la que responde, no la deja contestar Difícil tener un prototipo de mujer maltratada Estar atentos a cualquier signo de alarma Mujer hiper frecuentadora – motivo de consulta oculto Sospechar es bien difícil si no hay algún indicio En pacientes obstétricas no hay evolución satisfactoria En el interrogatorio la paciente tiene un llanto fácil, como deprimida Recibo casos ya detectados y a través de los menores Niegan que sea por violencia Acuden pidiendo ayuda porque el esposo las ha maltratado Si tiene golpes quiere tapar para que uno no lo vea Evade muchas preguntas Vienen golpeadas y saben mentir que les pasó algo Tiene mucho control de su esposo</p>
Afectación a terceros	<p>Afectación del crecimiento del niño que no tenga ninguna explicación Afectación psicológica y emocional del niño por referencia puedo ver si hay afectación en la madre</p>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 22. Signos y síntomas para la sospecha y diagnóstico de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN ETNOGRAFICO ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS Y
SINTOMAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER
INFLIGIDA POR LA PAREJA**

INTERPRETACION DE LAS AUTORAS

Todos los participantes indicaron algún tipo de signo o síntoma con el cual se podría sospechar que una mujer es víctima de violencia infligida por la pareja.

El personal que tiene mayor contacto con las pacientes, como son: los profesionales médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, fisioterapeutas, personal de nutrición, psicología y trabajo social; mencionaron, sobre todo, la forma de actuación de estas pacientes en el momento de solicitar atención, durante la consulta y en el seguimiento. Al contrario, en los servicios de farmacia, laboratorio y administrativa se habló más sobre signos físicos y expresiones psicológicas que podrían presentar estas pacientes ya que en el área que laboran no están en contacto directo con ellas.

Entre los signos físicos se mencionan: lesiones o estigmas de lesiones corporales, golpes, moretones (equimosis), hematomas, laceraciones, heridas, moretones en los ojos, expresión facial – demacrada y excesivo maquillaje para cubrir lesiones.

En la parte psicológica se indicaron: actitud de la paciente, timidez, llanto fácil, depresión, sumisa, cohibida, reprimida, apática, baja autoestima, temerosa, callada o extrovertida, con sentimientos de culpa, muy sensible, poco comunicativa, bajo estado de ánimo, dependiente de su esposo, entre otros.

Durante la atención en la unidad médica o **en la consulta** estas pacientes pueden mostrarse: poco colaboradoras con el interrogatorio, evade preguntas, llanto durante la consulta, acuden repetidas veces por lesiones y las justifican con otras causas, niegan que sea por violencia, la pareja responde en la consulta, son hiper frecuentadoras – motivo de consulta oculto, mala evolución en el embarazo, afectación de los hijos en la consulta pediátrica, pueden llegar directamente pidiendo ayuda por maltrato del esposo, referencia de otras especialidades (sobre todo en el caso de psicología o trabajo social).

Y en el **ámbito social** las mujeres víctimas de violencia pueden presentar: cambian su aspecto físico, ya no se arreglan, evita grupos sociales - se aísla, cambia su forma de actuar, es violenta o está siempre a la defensiva, comentarios sarcásticos por sus compañeros de trabajo.

5.1.2.6 Importancia de la detección y las consecuencias de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja

Según lo revisado en la teoría la importancia de realizar screening o detección de VMIP es poder evitar las consecuencias que puede traer consigo este problema de salud pública, por esta razón se abordó esta temática con los participantes de la UMEA solicitando nos indiquen si creen que es importante como personal de salud investigar en las pacientes acerca de violencia infligida por su pareja y la razón de hacerlo.

De los 42 participantes, 40 de ellos está de acuerdo en que se debe realizar preguntas para detectar en forma precoz algún indicio de violencia en las pacientes, uno de los médicos posgradistas de medicina familiar indicó no estar totalmente de acuerdo en hacer preguntas de detección en sus pacientes a menos que se observen ciertos factores de riesgo que puedan conllevar a la presencia de violencia y para la doctora farmacéutica no se puede hacer detección o indagar si no se tiene un conocimiento básico acerca del tema.

Entre las médicas generales se considera importante realizar detección de violencia para disminuir los casos de femicidio y evitar no solo el maltrato a la mujer si no a quienes dependen de ella, como sus hijos.

*Sí, es importante porque de esta manera podemos **disminuir los casos de femicidio** en nuestro país. (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30 años, 18 jun 2018)*

*Yo pienso que **sí, se debe indagar** esto porque eh...o sea poniéndonos en el plano o en los zapatos de este tipo de personas **no solo** porque **es generado la violencia** en este caso **a las mujeres, sino también** a quienes son **sus dependientes** o sea sus **hijos**, estamos hablando de una persona que está siendo también maltratada en la*

familia y en la sociedad. (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34 años, UMEA, 18 jun 2018)

Es importante investigar sobre VMIP porque entre tantas pacientes se puede encontrar algún caso y se la puede guiar.

Sí, es importante porque puede haber varios casos, aquí no se han presentado, pero puede que detectemos alguna vez y saber cómo actuar. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Para disminuir la tasa de agresión y poder salvarlas, porque puede ser un maltrato repetitivo y llegar hasta la muerte de la paciente. También tomar en cuenta factores riesgo como el alcohol que puede generar mayor violencia.

Sí, porque vamos a disminuir mucho la tasa de agresión y la tasa de pacientes que podemos salvarlas, porque no solo puede ser una violencia física momentánea, sino que puede llegar a ocasionar la muerte de la paciente, que si nosotros detectamos que son repetitivamente y nosotros detectamos cada vez que toman más se enojan y va a llegar a un momento que la mate. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Como personal médico se tiene mayor interacción con posibles víctimas de VIP y es necesario investigar sobre este tema para evitar las consecuencias físicas y psicológicas que se pueden generar en la mujer y en su familia e incluso la muerte de la paciente.

Si es necesario indagar porque nosotros como médicos que estamos en contacto con esas personas, debemos evitar que no sea una violencia psicológica o física que no llegue a la muerte de esta paciente y de hecho también si la paciente tiene familia ya es violencia intrafamiliar que debemos evitar. (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)

Algunas pacientes pueden acudir a la consulta médica por alguna enfermedad y no indican que se trate de violencia por lo que el médico debe estar atento a los signos indirectos que le hagan sospechar de VMIP como por ejemplo relacionar estigmas que presente la paciente y que no concuerden con la enfermedad.

Sí, porque algunas pacientes o la mayoría aparte de venir por algún tipo de enfermedad tienen ese tipo de violencia que ellas no lo saben expresar y uno debe tratar de identificar de alguna manera por eso justamente ahí viene el ver el comportamiento de la paciente, relacionar los estigmas que tiene hacia una enfermedad que no concuerda, que puede ser por algún tipo de violencia. (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)

La detección de VMIP es compleja porque no se puede hacer un juicio de valor acerca de la existencia de violencia en todas las pacientes e intentar descubrir cosas que tal vez no existan y generar problemas de pareja, por lo tanto, el médico debe valorar si existen factores de riesgo o banderas rojas que le hagan sospechar realmente en violencia.

Bueno, es un poco complejo porque tal vez no debemos dar un juicio de valor acerca de si hay violencia en todas las personas y tal vez estemos abriendo cosas que realmente no existen o sospechar eso, entonces es realmente cuando existen detonantes o banderas rojas o de alarma que nos digan que algo está pasando es donde nosotros debemos iniciar la sospecha porque la opinión que tenemos cada persona e inclusive nuestros pacientes puede ser mal entendida inclusive la pareja, puede ser malentendida y podemos entrar a cosas que realmente sea que no existan y meterle en un problema en este caso a la persona y a nosotros mismos si realmente no es algo que esté pasando. (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32 años, UMEA, 09 jul 2018)

Es importantes realizar investigación o detección de VMIP para poder ofrecer un tratamiento oportuno y multidisciplinario a la persona violentada, no solo tratar la parte física sino también la psicológica y guiarle en la parte legal.

*Yo creo que **deberíamos obviamente investigar, detectar, dar un tratamiento oportuno a las personas con violencia no solamente a las mujeres, sino a todas las instancias, en todas las personas o sea si es un niño, si es un hombre, si es un adulto mayor, si es una mujer deberíamos detectar y con esto obviamente dar un tratamiento oportuno porque como dije pueden ser los golpes, pero esa parte se la puede curar con analgésicos, se le puede dar cualquier cosa, suturar una herida, pero debemos respaldarnos y tener un protocolo para poder hacer un manejo, dar un manejo multidisciplinario de esto no solamente la parte de medicina sino la parte de psicología, la parte legal, entonces si debemos identificar si debemos dar un tratamiento.*** (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

En el país se reportan casos frecuentes de femicidio y VMIP, por lo que, es importante profundizar y retomar este tema; muchas veces no se lo toma en cuenta como un problema de salud y se debe recordar que es parte de los derechos de la mujer para tomar acciones contra este tipo de violencia.

*Se ha visto ahora varios casos que ya están reportados de violencia, **femicidios entonces sí creo que sería importante este tema ahondar y también que se tome cartas en asunto en la parte de salud porque mucho hemos dejado de lado, a veces no se toma en cuenta, pero es parte de los derechos y protección hacia la mujer.*** (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Hacer detección para evitar que se siga ocultando la existencia de maltrato y poder frenar este tipo de actitudes hacia la mujer y evitar que incrementen los casos de VMIP.

*Si se debería hacer porque en la mayoría de las personas eh...como bien lo manifesté anteriormente **ocultan el tipo de maltrato** que ellas presentan y por lo tanto eso se sigue **aumentando** y por ende **no se va a poner un control o un freno para este tipo de actitudes** que presentan no y si se debería hacer (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31años, UMEA, 21 jun 2018)*

Es indispensable que como médico se trate de detectar cualquier tipo de violencia, porque ninguna persona debería ser violentada. Ante cualquier tipo de violencia se debe investigar la causa que lo desencadene para poder buscar soluciones o por lo menos guiar a la persona en la búsqueda de su bienestar.

*Claro, es indispensable creo que **no solamente el de la pareja** creo que **toda persona** sea niño, adulto, sea mujer, sea hombre **no debería tener violencia** no debería estar alterada su dignidad de ninguna manera. **Sea cualquier tipo de violencia**, sea cualquier tipo de afectación emocional que tenga la persona **siempre hay que investigar el por qué**, entonces creo yo que como médico uno **trata de dar la solución** y como médico familiar la solución en todas las áreas que se pueda y de pronto no la solución porque hay problemas que no tiene la solución a la mano pero **por lo menos ser la guía** que le ayude a esa persona a estar mejor **porque el objetivo es ese buscar el bienestar** entonces si una persona se siente afligida de alguna manera estamos nosotros para poderle **ayudar, guiar y encaminar** (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37años, UMEA, 25 jun 2018)*

Investigar sobre VMIP es muy importante porque siguen existiendo reportes de casos de VMIP en el país, las mujeres callan o no denuncian la violencia por temor a ser nuevamente agredidas o represalias en contra de sus hijos, evitan dar comentarios o declarar si están siendo o no víctimas de violencia.

Si, me parece que es sumamente importante porque realmente veo que hay un gran repunte de violencia hacia la mujer aquí en el Ecuador y muchas son sencillamente por temor a ser agredida, por temor a que vayan a arremeter contra sus hijos o ellas mismas, evitan dar comentarios o dar alguna declaración al respecto de si es o no violentada por la pareja (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Hacer detección de violencia en forma precoz y oportuna, los médicos deben hacerlo como prevención para ayudar a este tipo de pacientes y no solamente actuar en casos de morbilidad.

Ah sí, se debe indagar siempre, eh porque la única forma, porque como médicos estamos llamados no solo a la atención de las causas de morbimortalidad o enfermedad sino también en la prevención somos llamados en la atención primaria principalmente en la prevención entonces sí sería importante hacer la detección precoz, oportuna, para ayudar y canalizar eh...a este tipo de personas que requieren ayuda (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39 años, UMEA, 20 jun 2018)

El motivo de consulta puede ser por otras causas, pero en el fondo se puede tratar de un problema de violencia por lo que sí es importante realizar preguntas o aplicar técnicas que ayuden al diagnóstico de VMIP, hacer intervenciones ya que muchas veces las mujeres piensan que lo que están viviendo es irreal o normalizan la violencia.

*Depende del motivo de consulta que tenga, porque muchas personas **no viene en si por violencia vienen por otras cosas, pero es agradable porque ha habido casos que uno ya va viendo las características y con preguntas, con técnicas, las mujeres toman la confianza y siempre a mí me ha pasado...quiero contarle algo más, mi esposo me pega, me hace esto, hizo esto, incluso tuve un caso que la chica habló muchas cosas, yo ya le vi y dije aquí hay algo más y de ahí me dijo quiero contarle algo más, mi novio me pega y me enseñó lo que recientemente le había hecho y todo el discurso en el que vino se cambió totalmente, entonces muchas de las pacientes con las técnicas solitas van sacando lo que tienen dentro, esto también quiero decirle y ahí es cuando se hace una intervención se les explica lo que puede pasar, ahí es cuando se hace una intervención, una confrontación, también porque muchas veces hay que hacerlo con las que no creen, no piensan que es real lo que están viviendo y lo ven como algo normal** (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)*

La VMIP es un problema silencioso por lo que actualmente las cifras de violencia han aumentado y, sobre todo, porque llegan a terminar con la vida de la víctima, entonces realizar una detección es importante para prevenir y poder actuar en estos casos.

*Sí, si es necesario, es un tema que **tal vez es silencioso pero hemos visto las últimas cifras son cada vez más crecientes sobre la violencia y quizás ahora llegan a terminar ya con la vida de la víctima, antes terminaban sólo con los golpes quizás pero ahora ya son más seguidos los casos de violencia que terminan con la vida de la víctima o con uno de los dos, entonces si yo creo que tenemos que ahondar dentro de los profesionales que trabajamos en la casa de salud para poder nosotros trabajar ya directamente con los casos que detectamos y también para prevenir***

(Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Una mujer víctima de violencia provocada por su pareja puede presentar ansiedad y trastornos de alimentación como el aumento de consumo de alimentos dificultando la pérdida de peso en las pacientes atendidas en el área de nutrición.

*Sí, en mi caso si porque crea muchos cuadros de ansiedad en mis pacientes y los cuadros de ansiedad regularmente lo que hacen es **aumentar el consumo de alimentos** y evita que la paciente pueda perder peso, entonces en este caso para mi si es directamente proporcional la relación entre violencia y consumo de alimentos* (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30 años, UMEA, 18 jun 2018)

Es importante tocar el tema de violencia infligida por la pareja en mujeres que presenten signos de agresión física o psicológica para poder ayudar a mejorar su situación y evitar que continúe el maltrato.

*Si se presentara el caso de mirar una paciente que llegara con síntomas de **agresión** como golpes, laceraciones, llanto o un estado emocional un poco alterado yo pienso que sí sería adecuado tocar el tema porque es una persona que está sufriendo y no merece eso, **necesita ella un soporte** y yo pienso que ahí sería el momento adecuado de mencionar **las oportunidades que ella tiene de mejorar su situación y evitar esa agresión*** (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Como personal de salud siempre se puede encontrar alguna paciente que sufra de VIP, por lo tanto, es importante saber detectar estos casos y dar la confianza para que lo cuenten.

*Como personal de salud la verdad que siempre estamos expuestos a este tipo de personas entonces a veces **acude mucho a nosotros**, nos cuentan sus cosas y entonces como que **tenemos esa apertura, siempre estamos en contacto con ese tipo de personas**. (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29años, UMEA, 18 jun 2018)*

Una de las enfermeras considera indispensable saber detectar la VMIP para que ya no existan más casos y ser un pilar fundamental para la sociedad.

***Indispensable para que ya no haya más casos de violencia hacia la mujer, somos el pilar fundamental de la sociedad** (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)*

Realizar detección de VMIP es trascendental ya que es un problema que debería terminarse, pero en la actualidad persiste y en vez de progresar en su eliminación se está retrocediendo. Una de las causas de violencia podría ser el aspecto económico y es difícil poder ayudar si la mujer no lo reconoce o no lo quiere denunciar.

***Definitivamente sí, porque es una cadena que debe acabarse, evitarse, pero lamentablemente en vez de avanzar yo creo que estamos retrocediendo, no sé qué pasa desde la pareja, capaz que es por el aspecto económico y hay muchos casos lamentables y de muy cerca que no podemos hacer nada en contra de la voluntad de esa mujer que no quiere denunciar o no quiere poner en evidencia lo que sufre con su pareja** (Entrevista individual, Emergencia, licenciada de enfermería, mujer, 52años, UMEA, 18 jun 2018)*

Si se debe investigar sobre VMIP por su alta tasa de morbimortalidad y evitar que siga en aumento. Sería adecuado que se le dé importancia a este tema, se realicen campañas, así como se hace para otras patologías como la hipertensión y la diabetes. Si se llega a

detectar algún caso de VMIP se le puede guiar a la víctima para que pueda superar este problema y ayudar a sus hijos que también son parte del círculo de violencia.

*Eh...sí, en este caso si deberíamos **hacer una identificación** ya que **existe una alta tasa de morbilidad dentro de los femicidios** y no está bien que siga sucediendo más de esto y nosotros sí pensaríamos que así como existen campañas para diabetes, hipertensión **existan campañas donde se puedan abarcar todo este tema** hacia la mujer y no...ella pueda ser escuchada por nosotros y también **aconsejarle acerca de lo que se puede hacer** que tampoco es una maldad, sino ella mismo dándose a conocer que está siendo víctima y **los hijos también que son parte de este círculo de violencia** hacia la mujer (Entrevista individual, Emergencias, licenciada en enfermería, mujer, 35años, UMEA, 25 jun 2018)*

Hacer detección de violencia considerado como un deber e incluso una obligación del personal de salud para descubrir la verdadera causa que esté provocando este fenómeno ya que se debe considerar que no solamente se verá afectada la mujer sino también el entorno familiar.

***Yo pienso que sí, que es un deber y de pronto hasta una obligación** como personal de salud. Es importante indagar porque creo que **ahí vamos a ver realmente la causa**, o sea porque se está dando y que...una persona que puede estar afectada **no es que solo se está afectando ella sino el entorno, o sea todos los que están alrededor de ella** van a estar mal entonces yo pienso que si es importante indagar (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40años, UMEA, 18 jun 2018)*

Si es importante indagar acerca de violencia por el bienestar de la paciente, porque se le puede ayudar a buscar alternativas para frenar el maltrato.

Si Doc, porque la mayoría...uno de los factores más comunes es la violencia, pero el problema aquí es la paciente (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35años, UMEA, 18 jun 2018)

Claro, yo pienso que sí es muy importante, porque ahora el maltrato como le digo no es solo psicológico, ahora el maltratado es en las áreas escolares, de trabajo, de la salud, entonces que sí, si es bueno porque de esa manera vamos a buscar una alternativa para poder parar o poder guiar a que esto ya no se siga dando (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42años, UMEA, 18 jun 2018)

Sí se debe indagar sobre VMIP para prevenir que el maltrato progrese y también afecte a sus hijos.

Sí, porque así prevenimos que ese maltrato avance y que afecte de paso a los pequeños, evitamos que los afectados sean los pequeños de la casa (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44años, UMEA, 25 jun 2018)

La violencia hacia la mujer provocada por la pareja puede comenzar con una lesión o un insulto y llegar hasta la muerte de la mujer; esta situación afecta también a los hijos ya que podrían quedarse bajo la tutela de una persona violenta; los niños no tienen elección, pero su madre sí puede cambiar las cosas; por ello, es vital interesarse en el diagnóstico oportuno de estas pacientes.

Sí, porque comienza con una lesión, con un insulto o cualquier cosa, después las cosas pueden llegar a la muerte de la paciente y que no es solo ella son también los hijos que quedan con una persona violenta, si fuera bueno más por los niños, yo pienso que la mujer ella es la que toma la decisión que está dispuesta a vivir

eso, pero los niños no pidieron venir acá ni a quedarse con un hombre violento, es por la mala decisión de la mamá (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37 años, UMEA, 28 jun 2018)

En el área de laboratorio se mantiene un contacto corto con las pacientes y a pesar de ello, la mayoría de las licenciadas del servicio creen que es muy importante investigar acerca de VMIP como parte de su trabajo en los servicios de salud, en indicaron algunas razones para hacerlo:

Sería importante hacerlo como trabajadora de la salud, aunque a veces no poder ayudar puede ser frustrante.

Si sería bueno porque muchas veces como trabajadora de la salud, ver ese tipo de cosas sin poder ayudar te sientes frustrada, porque al fin y al cabo eres mujer y no sabes que hacer y no puedes hacer nada más allá, entonces si sería bueno (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 30 años, UMEA, 19 jun 2018)

Sí lo haría en la unidad, pero en forma particular no, porque es un tema íntimo de pareja y lo único que se les podría aconsejar es buscar ayuda psicológica. Si se sospecha de algún caso dentro de la UMEA le competaría a la psicóloga.

Mmm ¿aquí en la unidad? Pero claro, si llega el caso le competaría a la psicóloga, porque personas particulares afuera de los problemas no se puede meter, porque es un tema muy... como sería, muy íntimo de la pareja, lo único que puedes hacer es le puedes aconsejar que puede acudir a una psicóloga y eso, más de ahí, no se puede hacer y es la psicóloga quien la puede orientar mejor en esos casos (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)

Sería adecuado hacer detección de VMIP porque así se podrían evitar más casos y estar alerta para que no lleguen al femicidio, también para evitar problemas psicológicos en la mujer y colaborar en la unidad.

Yo creo que sí, porque así vamos detectando más casos y para igual estar alerta de algún caso que pueda existir de femicidio y evitar el maltrato psicológico y verbal (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)

Si, si sería muy importante para la unidad (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)

En el área de fisioterapia las pacientes pueden estar más tiempo en contacto con el personal mientras realizan las terapias y por ello es importante que las profesionales puedan indagar sobre el tema de VMIP, las licenciadas de fisioterapia respondieron:

Investigar sobre violencia hacia la mujer puede evitar muchas muertes o agresiones que terminan en muerte, se ha visto en el servicio que algunas pacientes expresan sentimientos de culpa, tienen la tendencia a ser sumisas o a desvalorizarse; por lo tanto, se podría sospechar que son víctimas de VIP o podrían serlo.

Yo creo que, si es importante indagar porque así se pueden evitar muchas muertes, muchas agresiones que pueden terminar en muerte. De hecho, aquí a veces, no es que me meta en la vida de mis pacientes, pero pasamos una hora con ellos y no sólo le abordamos físicamente sino también psicológicamente porque las mujeres que son más afectadas se sienten culpables de todo y si no son afectadas podrían serlo porque ya tienen una tendencia a ser sumisas, se dejan, no se valoran como mujeres, creen que son la última rueda del coche. (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27 años, UMEA, 18 jun 2018)

Hay mujeres que pueden callar que son víctimas de VIP por miedo o temor y el personal de salud puede ser un medio para que ellas cuenten lo que les pasa. En este caso se les puede dar información o guiarlas hacia donde puedan recibir más ayuda.

*Yo creo que sí, porque a veces hay víctimas que se **callan por temor, por miedo** y como personal de salud si vemos que en este caso **nosotros somos apertura para que nos comuniquen** pues nosotros también **poder informar, ayudar y guiar** más que nada para que ellas **puedan acudir a donde puedan encontrar una solución** porque tampoco nosotros **nos podemos inmiscuir dentro de ese problema.***

(Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)

Realizar detección sin conocimiento previo acerca del tema es complicado ya que para hacerlo se debe tener una base es lo que expresa la doctora farmacéutica.

Indagar sin previo conocimiento** me parece un poco complicado, porque usted tiene que saber sobre lo que está sucediendo **sino en base a que indaga (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Una de las auxiliares de farmacia cree que los médicos sí se deberían investigar sobre violencia y no esperar a que pase algo más para buscar ayuda, pero no se refirió a si en su área lo realiza o no.

*Yo pienso que **cuando es atendido por un médico da muchas señales** como para enviarles a un psicólogo o tratarlos de otra manera y **no esperar que algo les pase para buscar ayuda*** (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Si más personas se interesen en este tema y se les pregunte a las pacientes si son maltratadas, existen más oportunidades de que estas mujeres puedan salir adelante y se sientan apoyadas.

Yo creo que sí, eso es lo mismo que dije en la otra pregunta porque si es que más personas se meten en esta situación sería una forma de que salga adelante la mujer y que sienta el apoyo de las otras personas, que sin eso sigue encerrada en su mundo (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 21 jun 2018)

Detección de VMIP: Se debería hacer siempre porque ninguna persona debe sufrir de maltrato.

Bueno eso debe ser siempre, porque no debería tener un maltrato, ningún tipo de maltrato ni la mujer ni ninguna otra persona (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56 años, UMEA, 18 jun 2018)

Detección de VMIP: sí, para evitar que los hijos crezcan en hogares violentos pensando que es algo normal, para disminuir este tipo de abusos y mejorar la calidad de vida.

Si, para poder evitar que se siga incrementando este tipo de abusos y para que no se críen los hijos que hay dentro del hogar con estas violencias, que no vean que es algo normal, sino que es algo que no se debe permitir para que tengan una buena calidad de vida (Entrevista individual, auditora, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

Es muy necesario que el personal de salud investigue sobre VMIP porque en muchos casos las mujeres que llegan con algún tipo de lesión lo atribuyen a otras causas y no admiten que fue por violencia y aunque a veces no se pueda ayudar directamente, si se le

puede aconsejar para que tome una decisión en favor de su vida y en favor de la sociedad porque su caso puede repercutir en otras personas que lo vean.

*Sí, creo que es **muy necesario** porque muchas veces las personas vienen: es que me caí, me golpeé, es que **justo me golpee con la puerta justo con la chapa en el ojo** (se hace un énfasis sarcástico) entonces es como que **uno se da cuenta de que no puede ser eso que fue otro tipo de accidente o que no fue un accidente sino que fue la violencia intrafamiliar o la violencia de género entonces uno sí debería indagar o por lo menos si es que no le puede ayudar a la persona intentar aconsejarle a esa persona para que pueda tomar una acción y que pueda hacer algo a favor de su vida porque a la final no es en favor de ella únicamente y luego va a ser a favor de la sociedad porque su caso va a repercutir en muchas más personas que lo vean** (Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)*

Estaría bien hacer detección de VMIP porque en la unidad médica se cuenta con los recursos y herramientas necesarias para poder ayudar en estos casos, se tiene a los profesionales de psicología y trabajo social para el manejo respectivo.

*Eh...sí, es importante porque aquí en salud obviamente que sí, **porque tenemos los recursos para poderles ayudar, tenemos los psicólogos, trabajo social, tenemos las herramientas para poderle ayudar, así que si está en nuestras manos creo que estaría muy bien hacerlo** (Entrevista individual, administrativa, secretaria, mujer, 33años, UMEA, 19 jun 2018)*

La violencia hacia la mujer infligida por la pareja puede influir en el ámbito laboral de la mujer por lo que es necesario detectar este tipo de violencia y poder ofrecerle ayuda.

Si sería bueno porque muchas veces influye en la parte laboral, entonces si sería bueno investigarlo y tomar cartas en el asunto (Entrevista individual, administrativa, economista, mujer, 35años, UMEA, 19 jun 2018)

La mujer puede ser víctima de abuso sexual por parte de su pareja y acuden a la consulta médica por enfermedades venéreas o infecciones, no se preocupan de la parte psicológica; por lo tanto, es importante investigar sobre el tema si llegan estos casos sospechosos y ofrecer apoyo psicológico si fuera necesario.

Sí es importante, porque primero que esos casos no se denuncian generalmente vienen a una unidad médica por otras situaciones viene por ejemplo son víctimas de abuso sexual de parte de su pareja y en este caso llegan a tener enfermedades venéreas o infecciones entonces ese el motivo por los cuales van médicamente mas no para buscar ayuda psicológica si es que requirieran en este caso. Entonces yo creo que si es importante un apoyo psicológico no solo por la parte que ella viene que es por la parte médica sino por la parte psicológica (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33años, UMEA, 2 jul 2018)

Muchas mujeres víctimas de VIP no hablan acerca de ello y no buscan ayuda, por eso, es importante indagar sobre este tema.

Claro que sí, porque hay muchas mujeres que son agredidas física y verbalmente, aquí en la unidad no hablan, no buscan ayuda por ejemplo (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25años, UMEA, 28 jun 2018)

En los grupos focales también se preguntó sobre la importancia de la detección y manejo de las mujeres víctimas de VIP, a lo que respondieron:

Es importante diagnosticar a tiempo la VMIP por los índices de femicidios que se reportan, actualmente ya no es solo un golpe, sino que llegan al punto de matarlas.

Por el índice de mortalidad que hay en la mujer, por tantos femicidios. Se sabía del maltrato físico hacia la mujer, pero ahora ya llega al punto de que las matan ya no es un golpe, sino ahora es una paliza. (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Las estadísticas indican que los índices de mortalidad por violencia hacia la mujer infligida por la pareja han aumentado en los últimos tiempos y esta problemática implica la intervención de muchos profesionales lo que significa un problema de salud pública en el que se debe trabajar.

Por las estadísticas, porque requiere muchos profesionales que intervengan dentro de esa problemática, entonces ya se convierte en algo que la salud debe trabajar, pues igual las estadísticas demuestran que ahora ya no solo se llega a la violencia física, sino los índices de mortalidad por violencia han crecido en los últimos tiempos a pesar de que la población profesional también va creciendo, pero de igual manera los crímenes se van presentando (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

La detección de violencia debería ser un punto estratégico del ministerio de salud para disminuir los casos de maltrato hacia la mujer y la afectación a su entorno social y familiar.

Sí, debería ser un punto estratégico del ministerio para que disminuyan los casos de maltrato hacia la mujer ya que no solo implica a la mujer sino todo su entorno social, sus hijos y se daña el hogar (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

Es adecuado investigar sobre violencia hacia la mujer infligida por la pareja para poder ayudar a esa persona.

Sí, para saber cómo llegar a esa persona, como ayudarlo (Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)

Es importante indagar sobre VMIP porque es una cadena que no se ha podido controlar, puede tener un contexto cultural en el que la sociedad ha llegado a normalizar la violencia, las mujeres no se atreven a cortar este problema y la invisibilizan; antes todo era callado, era tolerado, no se denunciaba ni se hacía nada al respecto; actualmente eso ya está cambiando un poco.

Porque es una cadena que va desde hace algún tiempo y nadie la corta, quizá por el contexto cultural cuando las mujeres no nos atrevemos a cortar la violencia entonces está invisibilizada, pero son cifras alarmantes que muchas veces no vemos, que la mayoría de las personas no ven. Muchas de las sociedades llegan a normalizar la violencia o sea hay cifras muy altas, no se denunciaba ni nada y actualmente ya es un poco diferente está cambiando algo de eso porque antes era todo callado, nunca se denunciaba, era tolerado o era normalizado (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)

La gran mayoría de participantes está de acuerdo en realizar detección de violencia hacia la mujer infligida por la pareja por ser parte de los servicios de salud y poder ofrecer ayuda en estos casos, a continuación, en la tabla 15 se realiza un resumen etnográfico de las respuestas más frecuentes expresadas por el personal de la UMEA.

Tabla 15. Resumen etnográfico sobre la importancia de la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

Profesionales UMEA	Importancia de la detección de VMIP
Médicas generales	<p><i>De esta manera podemos disminuir los casos de femicidio Porque violencia no solo es a las mujeres sino a sus dependientes, o sea a sus hijos Puede que detectemos alguna vez y saber cómo actuar Porque vamos a disminuir la tasa de agresión Porque podemos salvarlas Puede no ser una violencia física momentánea, sino que puede ocasionar la muerte de la paciente Darnos cuenta cada vez que toman, más se enojan y pueden matarlas Porque como médicos estamos en contacto con esas personas Debemos evitar que llegue a la muerte de esta paciente</i></p>
Médicas familiares	<p><i>Por los casos de violencia y femicidios si creo que sería importante este tema A veces no se toma en cuenta, pero es parte de los derechos y protección hacia la mujer Porque las personas ocultan el tipo de maltrato y eso se sigue aumentando Toda persona no debería tener violencia Sea cualquier tipo de violencia, hay que investigar el por qué y uno como médico tratar de dar la solución o por lo menos ser la guía. Ayudar, guiar y encaminar.</i></p>
Posgradistas de medicina familiar	<p><i>A parte de venir por algún tipo de enfermedad tienen ese tipo de violencia que no lo saben expresar y uno debe identificar Es complejo porque a lo mejor no debemos dar un juicio de valor abriendo cosas que no existen Cuando existen detonantes o banderas rojas es donde debemos iniciar sospecha Deberíamos obviamente investigar, detectar, dar un tratamiento oportuno Para dar un manejo multidisciplinario, no sólo médico, sino también psicológico y legal</i></p>
Ginecólogo	<p><i>Hay un gran repunte de violencia hacia la mujer en el Ecuador y muchas por temor a ser agredida, temor a que vayan a arremeter contra sus hijos</i></p>
Pediatra	<p><i>Porque como médicos estamos llamados no solo a la atención de las causas de morbimortalidad sino también a la prevención. Detección precoz y oportuna para ayudar y canalizar a este tipo de personas</i></p>
Trabajadora social	<p><i>Es un tema que tal vez es silencioso Las últimas cifras sobre violencia son más crecientes Ahora llegan a terminar ya con la vida Tenemos que ahondar para poder trabajar con los casos y también para prevenir</i></p>
Nutricionista	<p><i>La violencia puede crear muchos cuadros de ansiedad, aumenta el consumo de alimentos y evita que la paciente pueda perder peso. Entonces para mí es directamente proporcional la relación entre violencia y el consumo de alimentos</i></p>
Psicóloga	<p><i>Porque no viene en sí por violencia viene por otras cosas</i></p>

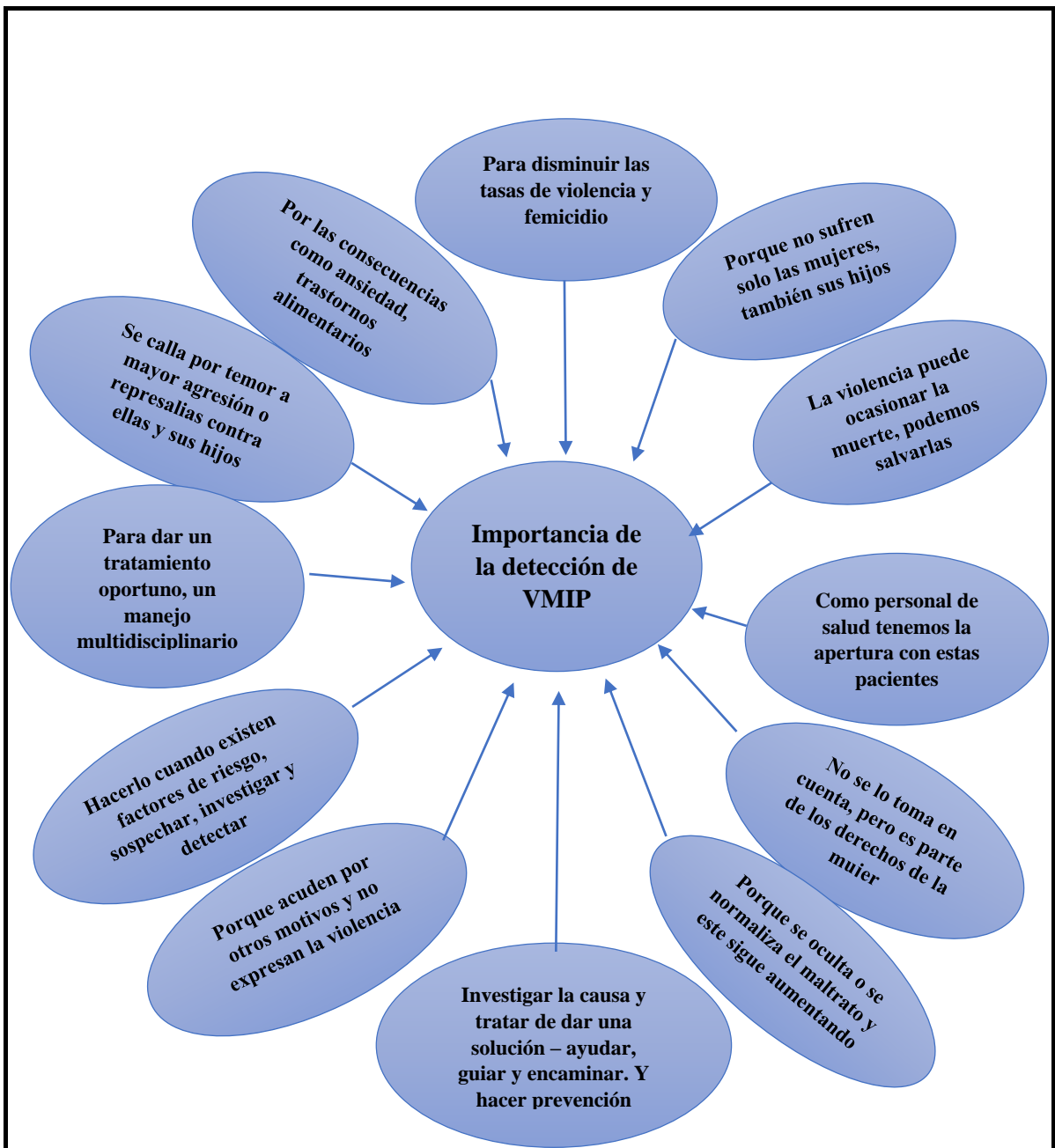
	<p><i>Viendo las características, con preguntas y con técnicas las mujeres toman confianza y solitas van sacando lo que tienen dentro, ahí es cuando se hace una intervención.</i></p> <p><i>Las mujeres no creen, no piensan que es real lo que están viviendo y lo ven como algo normal</i></p>
Odontólogos	<p><i>Paciente que llega con síntomas de agresión sí es adecuado tocar el tema, porque ella necesita un soporte</i></p> <p><i>Como personal de salud estamos expuestos a ese tipo de personas, acuden mucho a nosotros, tenemos esa apertura</i></p>
Licenciadas de enfermería	<p><i>Para que ya no existan más casos de violencia, como el pilar fundamental</i></p> <p><i>Porque es una cadena que debe acabarse</i></p> <p><i>Por la alta tasa de morbilidad y femicidios, para aconsejarle acerca de lo que puede hacer</i></p>
Auxiliares de enfermería	<p><i>Es un deber y hasta una obligación como personal de salud, ahí vamos a ver realmente la causa</i></p> <p><i>No es que solo se está afectando ella sino el entorno</i></p> <p><i>Porque de esa manera vamos a buscar una alternativa para poder parar o poder guiar a que esto ya no se siga dando</i></p> <p><i>Así prevenimos que ese maltrato avance y que afecte de paso a los pequeños</i></p> <p><i>Porque comienza con una lesión, con un insulto y pueden llegar hasta la muerte de la paciente</i></p> <p><i>Los hijos que quedan con una persona violenta</i></p>
Licenciadas de fisioterapia	<p><i>Para evitar muchas muertes o agresiones que terminen en muerte</i></p> <p><i>Porque a veces hay víctimas que se callan, por temor; nosotros somos apertura para que nos comuniquen y poder informar, ayudar y guiar</i></p>
Licenciadas de laboratorio	<p><i>Como trabajadora de salud ver ese tipo de cosas y no poder ayudar te sientes frustrada</i></p> <p><i>Se les puede aconsejar acudir a una psicóloga</i></p> <p><i>Porque así vamos detectando más casos y así estar alerta de algún caso de femicidio y evitar el maltrato psicológico</i></p>
Personal farmacia	<p><i>Indagar sin previo conocimiento me parece un poco complicado</i></p> <p><i>No esperar que algo les pase para buscar ayuda</i></p> <p><i>Si es que más personas se meten en esta situación, sería una forma de salga adelante la mujer y que sienta el apoyo</i></p>
Administrativos	<p><i>Porque no debería tener un maltrato ni la mujer ni ninguna persona</i></p> <p><i>Para poder evitar que se sigan incrementando este tipo de abusos</i></p> <p><i>Para que no se críen los hijos con estas violencias, que no vean que es algo normal</i></p> <p><i>Uno sí debería indagar e intentar aconsejarle para que pueda tomar una acción</i></p> <p><i>Porque tenemos los recursos para poderles ayudar, tenemos a los psicólogos y trabajo social</i></p> <p><i>Porque muchas veces influye en la parte laboral, sería bueno investigarlo y tomar cartas en el asunto</i></p> <p><i>Porque esos casos no se denuncian y vienen por otras causas</i></p> <p><i>Porque hay muchas mujeres que son agredidas y no hablan, no buscan ayuda</i></p>
Grupos focales	<p><i>Por el índice de mortalidad que hay en la mujer</i></p> <p><i>Por las estadísticas, porque requiere muchos profesionales que intervengan en esta problemática</i></p>

	<p><i>Para que disminuyan los casos de maltrato hacia la mujer, a su entorno social y a sus hijos</i></p> <p><i>Para saber cómo llegar a esa persona, como ayudarle</i></p> <p><i>Porque es una cadena, por el contexto cultural las mujeres no se atreven a cortar la violencia y se la invisibiliza</i></p> <p><i>Las sociedades llegan a normalizar la violencia</i></p>
--	---

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 23. Importancia de la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN Y MANEJO DE LA
VMIP SEGÚN EL PERSONAL DE LA UMEA
INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS**

La mayoría de los participantes refirieron estar totalmente de acuerdo en realizar detección de VMIP, solamente uno de los posgradistas de medicina familiar expresó que hacer detección es un tema complejo ya que se puede abrir un punto que a lo mejor no existe y se provoque un problema entre la pareja; también la doctora farmacéutica indicó que no se debería tocar este tema sin un previo conocimiento.

La importancia de hacer una detección sobre la violencia hacia la mujer infligida por la pareja radica en poder prevenir las consecuencias biopsicosociales que se pueden generar en las víctimas.

Los participantes mencionaron algunas **razones por las que se debería hacer detección**, entre las importantes fueron: disminuir las tasas de agresión y violencia, evitar que se llegue al femicidio, prevenir que continúe la cadena de agresión, prevenir afectación de entorno familiar y sobre todo el impacto sobre sus hijos, para evitar otras complicaciones de su salud, para dar un tratamiento oportuno y hacer un manejo multidisciplinario – médico, psicológico y legal; para evitar que se siga ocultando la violencia y aumenten las cifras de morbimortalidad, porque es parte de los derechos de la mujer evitar la violencia, las mujeres callan por temor a sufrir mayor agresión o por represalias en contra de sus hijos, porque las mujeres acuden por otros motivos y no por la violencia, porque se puede llegar a normalizar la violencia, porque como personal de salud se tiene apertura para que las pacientes confíen y lo cuenten, para que la mujer se pueda sentir apoyada, por la presencia de infecciones y enfermedades venéreas en caso de violencia sexual, para investigar las causas de violencia y ayudar en la búsqueda de soluciones.

5.1.2.7 Barreras para la detección, diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja

En esta parte de la investigación se profundizó acerca de las limitantes/barreras que tenían los participantes para poder realizar detección, diagnóstico y manejo de los casos de VMIP, las cuales se clasificaron en 4 categorías: de la paciente, del profesional, del sistema y de la sociedad.

A continuación, se hace una descripción con las principales barreras encontradas según los grupos de profesionales:

Es la propia paciente la que oculta la violencia, no quiere hacer la denuncia en contra del agresor y puede justificar sus lesiones corporales indicando otras causas.

*Que las mismas pacientes son las que **ocultan**, muchas veces **no quieren denunciar** al agresor e indican que los **golpes** que tienen que aparentemente son por maltrato físico **son hechos de otra forma** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30años, 18 jun 2018)*

Si se realiza detección de violencia en las pacientes y cuando se diagnostica algún caso se remite a psicología para continuar con el manejo.

*Detección: **si lo he hecho en las pacientes en las que evidenciado y la remito al psicólogo** y también tengo una **orientación con la paciente sobre la denuncia del agresor** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30años, 18 jun 2018)*

Barreras del sistema: la falta de un protocolo en la unidad médica puede dificultar tomar una acción inmediata y poder actuar de una manera adecuada en estos casos.

*Por ejemplo, esto que me mencionó ahorita como digo en la unidad lo del **protocolo** y sobre todo aquí en la unidad **para ver qué acción inmediata se debe tomar para actuar de la mejor forma** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: La detección no se hace tan difícil, el problema es tratar de hacer algo, porque si la mujer víctima de maltrato no quiere hacer la denuncia o no quiere tomar alguna medida no se le puede obligar, es una obligación profesional tomar acciones en los casos de maltrato infantil, pero con la VIP no se puede sin el consentimiento.

Dificultad para la detección, no es tanto la dificultad para detectarlo, sino la dificultad para hacer algo, porque nosotros no podemos, por ejemplo, cuando es maltrato infantil es mi obligación hacer la denuncia, pero con la pareja no puedo, si ella no quiere hacer la denuncia y si ella no quiere tomar medidas yo no puedo hacer nada (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del sistema: si se realiza detección en la consulta, pero en esos casos el tiempo se tiene que prolongar para poder conversar con la paciente, para que vea las cosas de otra manera, se observa que no son dependientes de la pareja, pero no toman acciones para frenar el maltrato.

Detección: Si, como te digo si detecto, si me demoro con esas pacientes no es la consulta de 15 minutos, a veces me pongo a conversar con la paciente, a tratar de que perciba el mundo de otra manera y lo mire para que pueda tomar acciones, son paciente en las que tú dices no es que es dependiente total de la pareja, son paciente que trabajan, son pacientes que tienen sus ingresos, pese a eso aguantan y toleran mucho maltrato (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras de la paciente: pueden acudir por lesiones, pero no reconocen que es por maltrato, es decir, la principal complicación es que la mujer no quiere admitir que es víctima de violencia. Barreras del profesional: No se realiza detección de VMIP en forma frecuente.

Eh...como le he dicho en este tiempo que es estado aquí no he tenido ningún caso, pero si he tenido en ocasión que la paciente no quiere decir se inventa no quiere decir que es un golpe, la principal complicación es que la paciente no quiere

reaccionar que tiene una violencia (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)

Detección: *La verdad no, no he realizado detección, no he visto ningún caso que hable de esto* (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)

Barreras del profesional: Falta de comunicación, no buena empatía con la paciente sobre el tema. Barrera del sistema: tiempo insuficiente en la consulta como para abordar entre otras cosas el tema de violencia.

Falta de comunicación, el no entrar con una buena empatía con la paciente para poder abordar este tema. Otro tipo de barrera también es el sistema de salud que no permite un tiempo adecuado para uno tratar de ir un poco más allá, a parte la atención médica dirigir más la atención hacia esta parte (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)

La detección de violencia se lo haría solo en casos de alta sospecha o si la paciente lo solicita, más no a todos las pacientes.

Detección: *solamente cuando se sospecha, cuando uno ya tiene el indicio clínico de que no es un estigma por algún accidente, sino que es por algún maltrato físico o sea solamente en ese momento he investigado o cuando la paciente solicita mas no a todos los tipos de pacientes* (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 37 años, UMEA, 09 jul 2018)

Barreras del sistema: falta de socialización de las guías de manejo de VMIP, protocolos de actuación frente a estos casos en las unidades de salud dirigido a médicos y a todo el resto del personal de salud, generar pautas para tratar también a la pareja, indicar las

medidas legales en las que puede actuar el profesional de salud, el tiempo de consulta no es suficiente para hacer detección y manejo a una paciente víctima de violencia, además protocolizar quién debe continuar con el seguimientos de estos casos.

*La primera que siempre hay que hacer una **socialización de las guías**, segundo que se necesita **protocolizar de cómo se va a actuar** en estos casos si es algo que no tenemos un protocolo de actuación de las personas tanto en la parte administrativa como en la parte médica. Tercero en este protocolo debería constar las **pautas en cuanto a la mujer en cuanto a la pareja si se detecta ya la violencia** como se va a trabajar con trabajo social, con psicología, como se va a trabajar en la pareja en la parte psicológica, en la familia porque no podemos solo solventar las cosas de una persona sino ver el conjunto – la pareja – y ver que problemas también tienen. **En la parte legal** como son los procedimientos para nosotros hacer el llamado a la parte legal quiere decir primero una instancia policial o si nosotros debemos **o como debemos realizar la denuncia hacia la fiscalía** y es algo que no se tiene. Otra de las cosas que me he dado cuenta es que **el tiempo, los 15 minutos en consulta no son los pertinentes** para hacer ese tipo de procedimientos. A mí **me ha pasado** que cuando existe algún tipo de violencia **me toca quedarme con esa persona** y hasta que venga las personas de la policía y continuar el proceso son **prácticamente se tardan casi 2 horas y media a 3 horas** y los **pacientes que estaban atrás tengo que pedirles permiso porque estoy en un proceso que sale de lo cotidiano** entonces eso se debe **protocolizar, regularizar y ver cómo se va actuar** en ese caso a **quién se puede delegar para continuar en lo posterior** cuando ya se acabe la consulta o en la emergencia si debe haber más de un médico porque uno debe estar encargado de eso y el otro debe atender al resto de los pacientes*

(Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32 años, UMEA, 09 jul 2018)

Barreras del sistema: dificultad en la parte legal porque es difícil hacer denuncias sin que la víctima esté de acuerdo, deberían permitir que terceras personas que sean testigos de la violencia lo puedan denunciar. Barreras del profesional: no se realiza detección.

*Yo creo que la mayor dificultad es la **parte legal**, porque yo creo y siempre lo he dicho que en casos de violencia psicológica, física o sexual **deberían dar un poco de poder a las terceras personas para la denuncia**, veo maltratan a mi hermana no se a mi hermana y mi hermana dice no voy a denunciar, **como testigos deberíamos poder poner la denuncia**, yo creo que en ese caso se **disminuirían los casos de femicidio**, si se hace la denuncia por terceras personas, **ahora con la ley nos cogen de las manos, no nos dejan poner las denuncias** y eso lleva a casos peores y es lo que ahora ha pasado con los dos casos que te comenté y nosotros podíamos haber puesto las denuncias esas personas podrían estar presas, **pero la pareja no quiere y hasta ahí quedan hasta ahí podemos llegar**, obviamente podemos hacer otras cosas pero a nivel legal no y eso se va a volver a repetir y yo creo que **esa es la causa principal que nos frena**. Realiza detección: Nunca*

(Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

Barreras de la sociedad: el tipo de cultura que puede conllevar a la dominación económica de la pareja. De la paciente: dependencia económica de su pareja por lo que no se atreven a comentar que son víctimas de maltrato.

*Mas que nada el **tipo de cultura**, tal vez el **tipo de paciente**, que estamos frente a pacientes que tal vez son **dependientes económicamente de su pareja**, entonces **no***

se atreven también a un poquito a abrirse con nosotros y decir eso es lo que nos está pasando y nosotros también no llegamos a ir más allá de ver tal vez una causa muy superficial por lo que vienen y detrás de ello tal vez un caso de violencia (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Barreras de la paciente: temor que siente la paciente para poner la denuncia en contra de su agresor por miedo a nueva agresión en contra de ella, de sus hijos y familiares cercanos.

*Pienso que de forma general no solo de esta unidad sería todavía el **temor que siente la persona en dar el paso a poner la denuncia por la integridad** tanto física de ella de su vida y por ende **de las personas más allegadas que serían hijos o familiares cercanos**, pienso que esa sería la principal dificultad que se presenta para poder continuar. Realiza detección: No* (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31 años, UMEA, 21 jun 2018)

Barreras de la paciente: la mujer víctima de VIP puede tener el temor de hablar, temor de contar esta situación por temor a la pareja y a la sociedad, no sabe cómo pedir ayuda. Del sistema: el tiempo de consulta de 15min es corto para poder profundizar en lo que le pasa a cada paciente.

*Yo creo que la primera barrera es **la que pone el paciente**, la persona creo yo que se siente violentada tiene de pronto el **temor de hablar**, el **temor de contar** o de pronto el **temor de la pareja**, **de la sociedad** entonces yo creo que esa es la mayor barrera no, que la persona violentada no quiera recibir ayuda o no pueda recibir ayuda o no sepa cómo. Y **segundo** es que veo bastante **barrera en cuanto al tiempo**, el tiempo que tenemos son **15min** en donde uno no se puede explayar mucho en el tema o de pronto **no puede ahondar en lo que a la paciente le pasa** entonces creo*

yo que aquí en la institución al menos esa es otra dificultad (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37 años, UMEA, 25 jun 2018)

Barreras del profesional: no existe una escala definida para la detección de violencia, las que se usan pueden servir solo como estadística.

*Detección: realizamos detección de violencia en **pacientes crónicos** desde que se estableció el seguimiento de pacientes crónicos **ahí hay una escala de violencia** que nosotros debemos llevar, pero **en sí no hay una escala establecida** hay una pregunta que dice que, si ha sido violentada en algún sentido, pero nosotros llenamos **sí o no** porque son los datos estadísticos que llevamos de cada paciente* (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37 años, UMEA, 25 jun 2018)

Barreras de la paciente: es difícil hacer detección porque la paciente oculta la información al respecto para evitar que el profesional tome alguna medida y por ende el agresor se pueda enterar y provoque nueva agresión sobre ella, se puede decir que la mujer víctima de VIP tiene un psico-terror hacia su pareja. Mala comunicación en el entorno familiar sobre todo con la pareja. La mujer se atreve a comentar que ha sido víctima de maltrato una vez que ya se encuentra separada o divorciada.

*Si es como un poco **difícil indagar** porque es como una parte muy personal de la **paciente** y a veces **ocultan** esos detalles de dar **información al respecto**, bien sea **por cuidar que uno vaya a tomar alguna medida** o exista algún mecanismo en el cual vaya a **perjudicarla a ella** en el sentido de que se vaya a **enterar la pareja** – el esposo y después vaya a tener **agresión** contra ella. Lo que yo he observado es que las pacientes tienen como un **psico terror hacia la pareja** o sea hacia el esposo. He tenido pacientes en los cuales **la mujer ha tenido una sola pareja y sale***

diagnosticada con HPV entonces no le dicen al esposo por miedo a que las vayan a dejar, la vayan a pegar, etc., entonces no hay una comunicación, una fluidez dentro del entorno familiar en cual puedan manifestarse las preocupaciones, las inquietudes dentro de ese seno familiar como tal.

Algunas pacientes lo manifiestan porque ya han sido divorciadas, pero cuando están en convivencia actualmente no lo manifiestan tan fácilmente (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras de la paciente: es importante investigar sobre violencia porque muchas pacientes evitan dar comentarios o declaraciones al respecto, por temor a ser agredidas o por temor a que la pareja arremeta contra sus hijos.

Si, me parece que es sumamente importante porque realmente veo que hay un gran repunte de violencia hacia la mujer aquí en el Ecuador y muchas son sencillamente por temor a ser agredida, por temor a que vayan a arremeter contra sus hijos o ellas mismas evitan dar comentarios o dar alguna declaración al respecto de si es o no violentada por la pareja (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras de la paciente: la víctima no acude en busca de ayuda a la unidad médica porque tal vez le da vergüenza hablar acerca de lo que están viviendo, acude sólo en caso de lesiones físicas. Barreras del profesional: la ayuda que puede ofrecer el profesional puede tener sus limitaciones, como limitarse a referir a trabajo social y esperar a que sea la paciente quien haga la denuncia, el médico puede anotar y registrar el caso, pero todo queda en papeles y no se realiza detección rutinaria en la consulta médica.

La dificultad es que este tipo de pacientes generalmente no...no llegan a la unidad generalmente supongo porque asumen como un acto vergonzoso lo que les ha pasado a nivel intrafamiliar y no buscan ayuda médica entonces son pocos casos entiendo vendrán por una lesión física mayor a emergencias y entiendo muchas veces la ayuda que el profesional pueda dar, tiene límites, en el cual puede canalizar la ayuda por trabajo social, si es necesario por la DINAPEN, pero hasta ahí llega nuestro rol, definitivamente si la persona agredida, afectada no continua en el tramite denuncia el medico puede hacerlo si pero siempre cuando es mi caso la protección del menor estamos en la obligación de hacerlo, pero tratándose de mujeres adultas si ellas no hacen la denuncia el médico puede anotar y registrarlo pero se queda en papeles no más y no se continua el proceso y el problema ya veo es que las mujeres sean conscientes de que es una afectación que a lo mejor es mínima en un inicio pero después puedes llegar a la muerte pero no hacen concientización de ello y simplemente olvidan lo que paso. Detección: No, no se realiza (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)

Barreras de la paciente: justificar el accionar de su esposo y no acceder a que se ponga una denuncia en su contra, se limitan a escuchar las recomendaciones de los profesionales, pero no se deciden a tomar acciones concretas.

Es un tipo de violencia muy frecuente, atendemos muy seguido y de alguna manera no es muy profundizado pues la mujer justifica el accionar del esposo y no quiere acceder a más allá quizás de una conversación, la mayoría no accede a que se ponga una denuncia, solo nos escuchan y dicen si, lo voy a hacer, pero no lo hacen (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

La mujer víctima de VIP no concientiza que debe actuar frente al maltrato, ahí es donde se puede intervenir y entablar una relación de confianza para poder convencerla de denunciar.

*Dentro de la unidad no mucho, más bien, es como había mencionado antes se **obstaculiza** cuando es la víctima la que **no quiere denunciar**, la que **justifica**, la que está viviendo y la actitud de la pareja entonces ahí se va trabajando, se tiene citas subsecuentes, se conversa, se **entabla más una relación de confianza**, yo les suelo decir “cuando venga por aquí pasará para conversar” entonces ahí ya vamos cada vez más, y ya **en la tercera o cuarta conversación ya dicen si tiene razón creo que debo actuar**, yo les pongo en la mesa los casos que se ven de violencia que terminan con la vida entonces yo les digo quieren que sus hijos terminen solos, huérfanos, el padre en la cárcel y usted en un ataúd, entonces dicen no, es verdad y ahí empiezan como **a concientiar** y ojalá actúen porque **tampoco se les puede obligar** (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras sociales: la negación, el tipo de pensamiento y premisas culturales que se inculcan desde la infancia como, por ejemplo – así pegue o maltrate, marido es; existen algunas pacientes que mantienen este pensamiento y creen que deben aguantar porque el matrimonio debe durar para la toda la vida. La violencia puede empezar con pequeños golpes que se los toma como un juego.

*En algunos casos la **negación** y también el **tipo de pensamiento**, creencia que se nos ha venido **inculcando desde años anteriores** como “así pegue, maltrate marido es” he tenido algunos casos en que mantienen este discurso “no doctora es mi marido, yo tengo que aguantarle, si yo me casé es para toda la vida” esa es la **dificultad, muchas veces sacarle de ese pensamiento** y hacerle ver que no está bien*

*o a veces **niegan, uno ya detecta** y llegan “no sólo estito me hace”. Igual tuve **un caso** en que estaba en la sala de espera y **el esposo le pegó** y **cuando ya estábamos aquí en la consulta le digo: su hija de me dijo esto y me dice “no yo no le pego a la esposa, yo no le pego”** ha entonces le digo y **¿el puñete que le acaba de dar no es pegar? “no es un juego”, entonces se detecta a veces, a veces no, pero también es el tipo de creencia** (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28 años, UMEA, 21 jun 2018)*

Barreras del profesional: generalmente no se realiza detección de violencia en el área de nutrición, se toma alguna acción sólo si ella lo menciona por si misma. Se requiere entrenamiento para poder abordar el tema de VMIP, el manejo en sí, lo hace el especialista.

Detección: no, casi no. Es que es algo que no le pregunta, así como: ¿cómo está?, no es algo que se traiga a colación sino es algo que, si la paciente me lo menciona está bien, sino no.

*No creo que sea difícil, pero pienso que podría...es que todo **es un proceso**, no es sólo decir como que vamos a poner el protocolo y ya, sino que **son varias cosas, entrenamientos** considero yo **para poder abordar el tema** sobre todo eso **el abordaje que es lo más difícil** porque creo que lo demás el especialista lo hace, pero **el abordaje y la detección si creo que es complicado**, yo pienso que es complicado (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras del profesional: en el área odontológica se atiende a las pacientes por causa referentes a la especialidad por lo que no se podría establecer si una mujer está siendo

víctima de maltrato a menos que llegara con manifestaciones físicas notorias. No se realiza detección rutinaria en este servicio pues no se ha presentado algún caso.

*Bueno, en el área odontológica realmente los pacientes vienen con una **necesidad específica**, que realmente **no se podría establecer** si es una persona una **mujer que está siendo agredida** por su pareja **salvo lo que dije que viniera con laceraciones, golpes o que se manifestara físicamente** que esa persona haya sido agredida (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Detección: *Yo realmente no he tenido la oportunidad de hacerlo porque **no me he encontrado pacientes en esas circunstancias** (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: inseguridad, miedo a la pareja y no tomar acciones para detener la violencia, la víctima no tiene conciencia del daño que esta situación le genera a ella y a su familia.

*Hay personas que por ejemplo les da **miedo** de decir las cosas, entonces como que dicen no, **son muy inseguras** en ese aspecto y **tienen mucho miedo a su pareja** y **no toman una acción** que sería demandarlas o cualquier otro tipo de protocolo que deberían realizar entonces en ese aspecto **es bien complicado**, o sea cuando la **persona no tiene conciencia del daño que le están haciendo a ella** y se queda para ella sola entonces como que no trata de salir de esa situación que le **puede perjudicar no solo en su medio sino también a sus familiares y en su trabajo** (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras del profesional: temor de los profesionales de la salud a las represalias por parte de la pareja (agresor). No se realiza detección de VMIP en la unidad porque no son muy frecuentes estos casos.

*Temor de parte, de pronto puede haber, pero **nosotros no hemos detectado** por el mismo **temor a represalias por parte de la misma pareja** (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)*

Realiza **detección**: *No, porque hasta el momento no se han presentado casos* (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 44años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras de la paciente: es la misma mujer la que no reconoce que es víctima de este problema y no permite que el personal de salud actúe.

*La principal barrera es **la misma mujer** que **no quiere reconocer** lo que está viviendo, lo que está sufriendo y se **opone a que nosotros actuemos** según los protocolos de la unidad. Realiza detección: *A sí, si hay muchos casos aquí en emergencia como le digo, pero en muchos casos la señora o se cayó o se goleó, no...**no quiere reconocer, no quiere denunciar, no quiere se le guén en ese camino*** (Entrevista individual, Emergencia, licenciada de enfermería, mujer, 52años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: son ellas las que no se dejan ayudar, no permiten que como personal de salud se pueda actuar por lo tanto si es el caso se le da únicamente un tratamiento sintomático y referencia a psicología.

*Eh...que ellas mismo **no se dejan ayudar**, que ellas **no permiten** que vayamos más allá, entonces **debemos respetar** eso, nosotros queremos hacer muchas cosas porque también somos mujeres y nos ponemos en el puesto de ellas, pero **si no nos***

permiten nos ponen una barrera no se puede hacer más que darles una atención como digo una atención en ese momento analgésicos y pasar a psicología si ellas ameritan o quieren porque como digo muchas de las veces no quieren se van (Entrevista individual, Emergencias, licenciada en enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 25 jun 2018)

Barreras de la paciente: las mujeres tienen miedo de enfrentarse a la situación que están viviendo por lo que sería bueno que el sistema judicial tenga opciones de ayuda hacia estas víctimas.

Sé que hay 2 comisarías para la defensa de la mujer, pero la mujer tiene miedo a enfrentarse a eso, por eso se cohíbe y esa sería la forma de ayudar de pronto estas instituciones y ver como llegan estas mujeres (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del sistema: falta de protocolos o reglamentos que el personal de salud tome como guía y puedan manejar estos casos.

De pronto no hay un protocolo directo, no hay reglas y no hay donde nos podemos dirigir primero a ver qué podemos hacer, porque no hay una parte algún servicio que se dedique a detectar este problema (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del profesional: no se realiza investigación de la VMIP, una de las auxiliares comenta que en su área solo pueden escuchar a las pacientes y tratar de guiarlas al profesional calificado.

Detección: *yo simplemente escucho las versiones que aquí la mayoría de las mujeres conversan o nos cuentan, pero lo que podemos hacer es solo escucharlas*

realmente y guiarlas (Entrevista individual, Rehabilitación, auxiliar de enfermería, mujer, 40 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del profesional: Es difícil manejar este tema, una de las auxiliares de enfermería piensa que sería inmiscuirse demasiado en la vida de las pacientes.

Si hay dificultad mi doc., cómo decirle, es meterse mucho, ese en mi pensamiento (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del sistema: Falta de seguimiento a las pacientes posterior a la atención médica por las lesiones físicas, no hay continuidad. Barreras de la paciente: sobre este tema, las mujeres no lo comunican, lo ocultan tal vez por vergüenza o por temor al qué dirán o por encubrir al agresor.

La dificultad sería que, de pronto como tipo unidad yo pienso que no hay ese tipo de seguimiento, más bien llegan y no se las trata no más como paciente, como el golpe, como agresión, pero no hay ese seguimiento, muy poco; el seguimiento es cuando usted ve que está físicamente bien maltratada para que haga un seguimiento, de ahí sino la paciente no le dice, siempre va por vergüenza, por temor, por el qué dirán, o por encubrir a la otra persona (Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del sistema: el tiempo de atención.

El tiempo (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 25 jun 2018)

Barreras de la paciente: las mujeres maltratadas no reconocen la causa por la que acuden a la unidad, si han sido golpeadas refieren otros mecanismos de lesión menos que sea violencia, no dicen la verdad.

*La paciente misma, porque vienen pacientes golpeadas por los esposos y no me caí, o me asaltaron, entonces ellas **nunca dicen lo que es**, me di un portazo, me golpeé, **nunca dicen la verdad**, entonces **que se puede hacer Nada** (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37 años, UMEA, 28 jun 2018)*

Barreras del profesional: que el personal de salud no esté en contacto directo con estos casos, como lo expresa una licenciada de fisioterapia.

*Aquí en la unidad...aquí **no he visto realmente algún caso**...pero ¿qué sería lo que limite a esto? **Es que no me he topado con algo así** (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: que la víctima oculte lo que le pasa.

*Que la gente **se calla** (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 39 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras del profesional: no conoce bien acerca de la detección y manejo de la VMIP.

*No, no sé **aquí no** (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 27 años, UMEA, 19 jun 2018)*

Barreras del profesional: que no exista una buena comunicación, no realizar detección de VMIP por pensar que es meterse en la vida personal de la paciente.

*La **comunicación** más que nada porque **uno no se mete en la vida personal**, primero la **comunicación** y **luego el actuar de la persona** (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 29 años, UMEA, 25 jun 2018)*

Barreras de la paciente: que la víctima no hable del tema.

*Si no fuera por los rasgos como le digo físicos y por ende las secuelas, el hecho de que la **persona no hable, se calle** (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)*

Barreras del profesional: el manejo de VMIP es muy complejo, en el área de farmacia se menciona que este tema debe ser manejado por la trabajadora social, por los médicos o la psicóloga.

***Muy complicado** eso siempre debe de ser manejado por trabajo social y psicología, acá en **farmacia no se visualiza realmente** (Entrevista individual, Farmacéutica, mujer, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)*

*Eh...la verdad es que **aquí no**, pero yo pienso que con la formación que reciben los médicos aquí están aptos como para manejarlos y la derivación a psicología (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)*

En ciertos servicios como el de sistemas se indica como una dificultad el que no esté en contacto directo con las pacientes, otras razones que interfieren en el diagnóstico de violencia según el personal administrativo son: miedo de las mujeres para poder expresar lo que les pasa, las amenazas contra ellas por parte de su pareja, la falta de confianza de las mujeres en otras personas, la falta de campañas informativas y la presencia de machismo en la sociedad.

Barreras del profesional: en el área administrativa se menciona que el problema de no detectar VMIP es que no está en contacto directo con las personas.

*La dificultad es que a veces **uno no está en contacto con todo el personal**, está solamente de acuerdo con las necesidades con ciertas personas (Entrevista individual, Administrativo, ingeniero químico, hombre, 56 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: que la persona violentada no lo diga, se calle.

*Que la persona que tiene este tipo de violencia **no lo diga** (Entrevista individual, auditora, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)*

Barreras de la paciente: el principal obstáculo es el miedo, la persona violentada que acude a un centro de atención en salud sabe que ahí pueden investigar sobre su problema y tratar de empezar un proceso legal en contra de su pareja, pero si han sido amenazadas por su agresor ellas sienten miedo de las represalias; por esta razón, los profesionales deben generar un ambiente de confianza para que las pacientes permitan que se les brinde apoyo.

*El **miedo**. El miedo creo que es el **principal obstáculo** para que las personas digan los que les pasa, lo que sienten porque si una persona fue violentada física, sexual o psicológicamente va a un lugar de salud y saben que pueden coger un **proceso legal en contra de su pareja** y su pareja **le amenazó** de que si esto sucedía **le iba a matar** o le podía violentar de otra manera más fuerte, más agresiva **la persona tiene miedo** y si es que **hay miedo la persona no va a hablar** entonces yo creo que sería de **generar un ámbito más de confianza e intentar otros mecanismos** otros medios para poder solucionar la situación de las personas en vulnerabilidad.*

(Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras del profesional: en las otras áreas de los servicios de salud no se realiza detección de VMIP en aras del poco contacto que tienen con las pacientes en general. También se menciona que una paciente no llega a la unidad indicando que es víctima de violencia, por lo tanto, para el personal administrativo no hay ese tipo de información.

*No, en realidad no. Como **ahora ya no tengo contacto con los pacientes** y el paciente **no es que te dice vengo a emergencias porque mi marido me pegó** o vengo a emergencias porque me acaban de violar mi vecino, o sea **no te dice eso. Al personal administrativo por lo general no hay ese tipo de información** entonces puede que les haya atendido, pero no lo sabía* (Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28 años, UMEA, 18 jun 2018)

Barreras de la paciente: la persona no quiere recibir ayuda, les da miedo o no tienen confianza con otras personas para contar su problema.

*El problema siempre en esto y como le dije antes es que **la persona no quiere que le ayuden*** (Entrevista individual, administrativa, secretaria, mujer, 33 años, UMEA, 19 jun 2018)

*Creo que a las mujeres **les da miedo y no tienen confianza** en otras personas como para contar el tema* (Entrevista individual, administrativa, economista, mujer, 35 años, UMEA, 19 jun 2018)

Barreras del sistema: falta de campañas sobre el tema de VMIP y sobre todo en relación con el apoyo psicológico. Barreras de la sociedad: aún se vive dentro de una cultura machista y a pesar de que actualmente ya se habla sobre el tema de violencia hacia la

mujer, aún se vive en el qué dirán de las otras personas y se decide no denunciar a la pareja.

*Primero que **no hay campañas respecto** al apoyo psicológico, segundo y más que en la unidad no hay y lo más grave es que todavía **vivimos en una sociedad muy machista** entonces a pesar de que ya es muy abierto el tema de violencia por la pareja todavía **vivimos en el que dirán** entonces **no denunciamos** y así hubiera una campaña es complicado el hecho de que quiera denunciar a su pareja*
(Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33 años, UMEA, 2 jul 2018)

Barreras de la paciente: son ellas mismas por el miedo que tienen que se entere su esposo si lo denuncian y por la dependencia económica que tienen de él.

*Ellas mismas, porque **tienen miedo de que se entere el esposo o las están manteniendo*** (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25 años, UMEA, 28 jun 2018)

En los grupos focales se profundizó en el tema legal, si se atrevieran a denunciar los casos de violencia e indicaron las siguientes respuestas:

Sería adecuado poder hacer la denuncia para ayudar a las víctimas, ya que, muchas veces llegan desorientadas y con ganas de hacerlo, pero al decir que se va a llamar a la policía ellas se arrepienten por temor a su agresor, lo único que queda es referirlas a trabajo social para que realicen el seguimiento.

*Para ayudar a las mismas personas que vienen, **porque a veces vienen desorientadas y otras con ganas de hacerlo pero no tienen ese apoyo**, por ejemplo aquí a donde se da parte es a trabajo social ellos hacen el seguimiento, pero **hasta donde ellas también les permitan**, porque muchas de las veces nosotras **les decimos hay que llamar a la policía y ellas dicen no**, no porque luego **me pega**,*

ellas mismas ponen la barrera, nosotras tenemos toda la buena intención de seguir el caso, pero ellas como víctimas no hacen nada (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Si la víctima no quiere no se puede realizar la denuncia, no se puede hacer nada, sólo direccionarla en la búsqueda de ayuda. Como profesionales se debe realizar un informe del caso y según el área en el que se haya captado a esta paciente referir al servicio de psicología y a trabajo social. La trabajadora social puede elaborar un informe con el que puede ingresar a la fiscalía como profesional y quedar asentado el caso por si algo llegara a pasarle a la víctima.

Si la víctima no quiere no, porque no podemos hacer nada, solo podríamos direccionarla. Bueno de hecho estamos obligados como profesionales a poner un informe en el que se describa, o sea no denunciar como tal porque no hemos sido tampoco testigos presenciales, pero si elaborar un informe de acuerdo al área en el que le atiende, por ejemplo sería bueno que el área médica derive a psicología, psicología a su vez pone conocimiento en trabajo social, elabore un informe y se pone, se ingresa en la fiscalía es una denuncia como profesional, se eleva a conocimiento judicial para que pueda actuar e investigar el caso, ya queda asentado por si algo le pasara a la víctima (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

Se podría hacer la denuncia, pero si la persona no está de acuerdo y después con las averiguaciones lo niega entonces el profesional quedaría mal. Hay temor en el profesional al pensar que es un problema de pareja y cuando se reconcilian pueden salir perjudicados.

Podemos denunciar al escuchar, pero si la persona no quiere, voy yo denuncio y la persona lo niega quedo mal yo, claro es que la persona se siente como

amenazada y no va a decir que es maltratada, de gana. Además, siempre nos dicen es pelea de parejas, se pelean y luego regresan y sales mal parqueado; porque pelean, luego regresan como si nada ha pasado (Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)

Una de las participantes contó su experiencia personal, al tener que manejar un caso de violencia física no se sintió capaz de hacerlo ya que en la infancia fue víctima de violencia intrafamiliar y esa es una dificultad para enfrentarse a este tema. Como profesional médica la pudo ayudar en el tratamiento sintomático, pero no en el ámbito emocional.

*He tenido un caso pero como profesional **no pude yo en ese momento enfrentarme a los cuidados que la paciente tenía que tener en ese momento porque quizá no estuve preparada** porque en mi infancia yo viví con mis padres violencia entonces cada vez que me viene una paciente con ese tipo de problemas yo como **que cierro círculos** o empato circunstancias con esa paciente y eso hace que sea una de mis debilidades en la atención entonces creo que primero tengo que vencer esas dificultades con terapia y después poder implicarme, entonces **para mi es super difícil manejar una paciente de esas, me pongo en lo zapatos de ella y me voy en llanto** y no sé...quizá la parte médica, **medicamentos, analgésicos pero el apoyo emocional no le puedo brindar al 100%** como debería hacer un profesional de la salud (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)*

Algunas pacientes pueden llegar pidiendo ayuda y otras en cambio ocultan que son víctimas de maltrato, el profesional no se da cuenta y no lo investiga. Además, los factores culturales juegan un papel muy importante sobre las decisiones de la mujer que le impiden decirlo, por ejemplo, pensar en la estabilidad emocional de los hijos y la dependencia económica de la pareja.

*Sí, yo he tenido algunos casos ya que la paciente viene pidiendo ayuda y otros en los que la **paciente trata de ocultar** y que el **profesional no se da cuenta y no investiga** más y hemos planteado con algunas mujeres que eso está mal y que traten de cortar ese círculo de violencia pero hay muchos **factores culturales** que a la **mujer no le permiten**, entonces uno es la **estabilidad emocional de los hijos**, la **dependencia económica** entonces hay algunos factores que hacen que la mujer no se sienta capaz de salir sola adelante (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)*

Acerca de hacer una denuncia, uno de los médicos indicó sentir terror de involucrarse en procesos legales porque duran mucho tiempo y pueden perjudicarlo; además luego la mujer termina regresando con el agresor y no se ha ganado nada, por ello prefiere hacer la derivación a trabajo social para que se empodere del seguimiento.

*Denunciaría: es difícil creo yo involucrarse, a mí me **da terror involucrarme con...luego con jueces, con fiscales** e iniciar un **proceso largo** porque no es hoy denuncias y ya mañana se resuelve el caso, sino que **se abre un problema y no sabes si es para bien o para mal** de la paciente **porque muchas de las veces las mujeres luego regresan con el agresor** entonces es como para que denunciaste entonces muchas de las veces yo trato de ponerme en contacto con la trabajadora social de la unidad y que ella sea la que se empodere de ese proceso (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)*

Las condiciones del país no brindan las oportunidades para mejorar el desarrollo económico de las personas, existen niños que crecen en las calles expuestos a la violencia y por ende son potenciales generadores maltrato en la edad adulta. Tampoco hay oportunidades para que la mujer pueda tener una independencia económica y pueda salir adelante con sus hijos.

No es que la mujer víctima de violencia quiera seguir siendo maltratada, sino que, el agresor genera en la mujer mucho temor, anulación de su autoestima, le hace creer que sin él no es capaz de hacer nada, por eso es necesario buscarle redes de apoyo y ayuda psicológica para que puedan enfrentar su situación.

Estamos en un círculo vicioso, lastimosamente las condiciones del país no brindan oportunidades, que tenemos ahora guaguas que crecen en las calles y que vamos a esperar de ellos, si todo el mundo dice que nadie tiene un libro para ser papás o mamás, pero esos guaguas ellos crecen se juntan tienen guaguas y sigue el círculo vicioso, entonces o sea desde ahí yo pienso que es muy importante las condiciones económicas del país y que aunque uno quiere ser emprendedor muchas veces no hay las oportunidades para que la mujer diga bueno yo voy a trabajar y voy a mantener a mis hijos no, no hay, otra cosa no es el hecho de que la mujer quiere seguir siendo maltratada, sino que ese maltratador durante toda la vida ese maltratador le bajó, le anuló el autoestima, le hace creer que no sirve para nada y le hace creer que sin él no va a poder hacer nada y entonces ahí viene el apoyo de la familia de pronto, el apoyo de un psiquiatra, necesita que le sostenga, mientras pueda librarse del maltratador no es de decir yo le denuncio, ellas no quieren hacer ningún tipo de acción, porque ellas están dañadas tanto psicológica, ellas se creen nulas, se creen nada por eso están a la sombra del maltratador, esos son factores pero así muy grande que no sé qué se puede hacer en ese aspecto (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

En la **tabla 16** se resumen las principales barreras expresadas por el personal de la UMEA según sus categorías.

Tabla 16. Resumen etnográfico de las principales barreras o dificultades para el diagnóstico y manejo de la VMIP según el personal de la UMEA

Categorías	Principales barreras descritas según el personal de la UMEA
De la paciente	<p><i>Las mismas pacientes son las que ocultan, no quieren denunciar al agresor, indican que los golpes son hechos de otra forma</i></p> <p><i>La paciente no quiere decir, no quiere reaccionar que tiene una violencia</i></p> <p><i>Si son dependientes económicamente de su pareja no se atreven a abrirse con nosotros</i></p> <p><i>Temor que siente la persona a poner la denuncia por la integridad física de ella y de sus hijos o familiares cercanos</i></p> <p><i>La primera barrera es la que pone la paciente, por temor de hablar, temor de contar, temor de la pareja y de la sociedad</i></p> <p><i>Ocultan esos detalles de dar información al respecto por cuidar que uno no vaya a tomar alguna medida que vaya a perjudicarla</i></p> <p><i>Las pacientes tienen como un psico terror hacia la pareja</i></p> <p><i>Lo manifiestan cuando ya han sido divorciadas, cuando están en convivencia no lo manifiestan</i></p> <p><i>Evitan dar comentarios por temor a ser agredida, por temor a que vayan a arremeter contra sus hijos</i></p> <p><i>No llegan a la unidad supongo porque asumen como un acto vergonzoso lo que les está pasando</i></p> <p><i>La mujer justifica el accionar del esposo, no accede a que se ponga una denuncia</i></p> <p><i>Son muy inseguras, tienen mucho miedo a su pareja y no toman una acción</i></p> <p><i>La misma mujer no quiere reconocer, se opone a que nosotros actuemos</i></p> <p><i>Sé que hay 2 fiscalías, pero la mujer tiene miedo a enfrentarse a eso, por eso se cohíbe</i></p> <p><i>Vienen golpeadas por los esposos, pero nunca dicen la verdad, nunca dicen lo que es</i></p> <p><i>Que la persona no hable, que se calle</i></p> <p><i>El miedo es el principal obstáculo para que no digan lo que les pasa, miedo de ir a un lugar de salud porque pueden coger un proceso legal en contra de su pareja</i></p> <p><i>A las mujeres les da miedo y no tienen confianza en otra persona</i></p> <p><i>Tiene miedo de que se entere el esposo o las están manteniendo</i></p> <p><i>No es que la mujer quiera seguir siendo maltratada, es que el maltratador le anuló la autoestima, le hace creer que no sirve para nada</i></p>
	<p><i>Nosotros no podemos hacer la denuncia si ella no quiere</i></p> <p><i>Si detecto violencia, si me demoro con esas pacientes para que puedan tomar acciones, no sé porque toleran mucho maltrato</i></p> <p><i>No he realizado detección, no he visto ningún caso</i></p>

<p>Del profesional</p>	<p><i>Falta de comunicación, no entrar en buena empatía con la paciente</i></p> <p><i>Detección solamente cuando se sospecha, cuando ya tiene un indicio clínico, no a todos los tipos de pacientes</i></p> <p><i>Nosotros también no llegamos a ir más allá de ver la causa por la que vienen y detrás de ello un caso de violencia</i></p> <p><i>En sí, no hay una escala establecida para la detección de violencia</i></p> <p><i>Es difícil indagar porque es como una parte muy personal de la paciente</i></p> <p><i>Si ellas no hacen la denuncia, el médico puede anotar y registrarlo, pero se queda en papeles</i></p> <p><i>Tampoco se les puede obligar cuando es la víctima la que no quiere denunciar</i></p> <p><i>Detección de violencia, si la paciente me lo menciona está bien, sino no</i></p> <p><i>Nosotros no hemos detectado por el mismo temor a represalias por parte de la misma pareja</i></p> <p><i>No se dejan ayudar, no permiten que vayamos más allá, debemos respetar, sino nos permiten nos ponen una barrera</i></p> <p><i>No hay un protocolo directo, no hay reglas para ver qué podemos hacer</i></p> <p><i>Lo que podemos hacer es solo escucharlas realmente y guiarlas (Auxiliar enfermería)</i></p> <p><i>Si hay dificultad, como decirle, es meterse mucho</i></p> <p><i>Como tipo de unidad pienso que no hay seguimiento</i></p> <p><i>Es que no me he topado con algo así (Fisioterapia)</i></p> <p><i>Uno no se mete en la vida personal, primero comunicación</i></p> <p><i>Acá en farmacia no se visualiza realmente</i></p> <p><i>A veces uno no está en contacto con todo el personal</i></p> <p><i>Al personal administrativo por lo general no hay ese tipo de información</i></p> <p><i>Podemos denunciar, pero si la persona no quiere, voy yo denuncio y la persona lo niega quedo mal yo</i></p> <p><i>Es pelea de parejas, se pelean y luego regresan y sales mal parado</i></p> <p><i>He tenido un caso, no pude enfrentarme, no estuve preparada, en mi infancia viví con mis padres violencia, eso hace que sea una de mis debilidades, para mí es súper difícil manejar estas pacientes</i></p> <p><i>A mí me da terror involucrarme con jueces, con fiscales, se abre un problema y no sabes si es para bien o para mal de la paciente porque luego regresan con el agresor</i></p>
<p>Del sistema</p>	<p><i>Falta de un protocolo en la unidad para ver qué acción inmediata se debe tomar</i></p> <p><i>El sistema de salud que no permite un tiempo adecuado para uno tratar de ir un poco más allá</i></p>

	<p><i>Hacer una socialización de las guías, se necesita protocoliza de cómo se va a actuar</i></p> <p><i>Cómo debemos realizar la denuncia hacia la fiscalía, es algo que no se tiene en protocolos</i></p> <p><i>El tiempo, los 15 minutos en consulta no son los pertinentes</i></p> <p><i>La parte legal, darle un poco más de poder a las terceras personas, como testigos deberíamos poder poner la denuncia, no nos dejan poner la denuncia</i></p> <p><i>Barrera en cuanto al tiempo, 15 minutos no se puede ahondar en lo que a la paciente le pasa</i></p> <p><i>No es sólo decir vamos a poner un protocolo, es un proceso, son varias cosas, entrenamientos para poder abordar el tema; el abordaje y la detección si creo que es complicado</i></p> <p><i>En odontología vienen con una necesidad específica no se podría establecer si está siendo agredida salvo que viniera con laceraciones o golpes</i></p> <p><i>No hay campañas respecto al apoyo psicológico</i></p>
<p>De la sociedad</p>	<p><i>La negación, el tipo de paciente, creencia que se nos inculca desde antes – así pegue maltrate marido es, es mi marido, yo tengo que aguantarle, si yo me casé es para toda la vida</i></p> <p><i>Vivimos en una sociedad muy machista</i></p> <p><i>Todavía vivimos en el qué dirán</i></p> <p><i>Hay muchos factores culturales que a la mujer no le permiten cortar ese círculo de violencia, uno es por la estabilidad emocional de los hijos y la dependencia económica</i></p> <p><i>Es un círculo vicioso, las condiciones del país no brindan oportunidades para la mujer y que diga bueno yo voy a trabajar y mantener a mis hijos</i></p> <p><i>Ahora los guaguas crecen en las calles y qué vamos a esperar de ellos</i></p>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 24. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependiente de la paciente

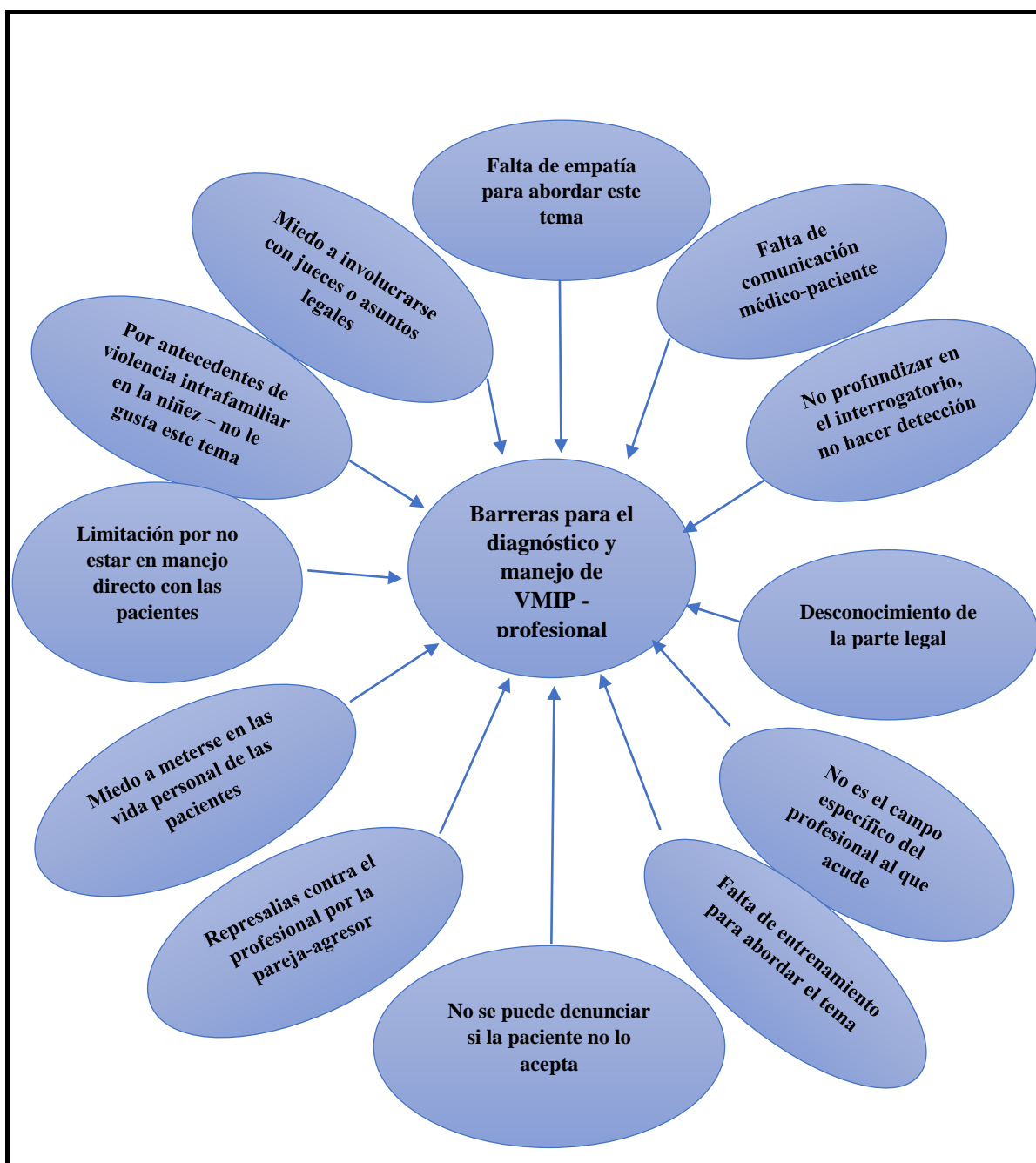


Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 25. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependiente del profesional



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 26. Barreras para el diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA – dependientes del sistema y la sociedad



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN SOBRE LAS BARRERAS O DIFICULTADES PARA LA DETECCIÓN Y
MANEJO DE LA VMIP SEGÚN EL PERSONAL DE LA UMEA
INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS**

Las mujeres víctimas de violencia por ellas mismas son la principal barrera para poder llegar a un diagnóstico y continuar con el manejo de este problema ya que muchas mujeres ocultan la existencia de violencia, toleran demasiado el maltrato, presentan miedo a las represalias de su pareja contra ellas y contra sus hijos, justifican sus lesiones y se niegan a denunciar al agresor. La falta de escalas y protocolos que ayuden al diagnóstico de violencia son limitantes del sistema; no poder denunciar sin consentimiento de la mujer, la poca de comunicación, falta de empatía y no realizar detección de violencia son algunas de las dificultades propias del profesional. El tipo de cultura de la sociedad, en la que a veces se normaliza la violencia, son limitantes sociales.

Los profesionales de la salud que no tratan a las pacientes por sus problemas de salud refieren que es un tema difícil, ya que sus competencias son otras como por ejemplo en odontología, nutrición y fisioterapia; en cambio el personal de farmacia, laboratorio y administrativos no manejan directamente a las pacientes y por lo tanto no profundizan en el tema.

5.1.2.8 Conocimientos de grupos vulnerables

En primera instancia es importante conocer a que hace referencia el término vulnerable, por lo que una definición importante es la que denotan en el texto “La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad” de Acevedo Jesús y cols., así la vulnerabilidad definida como un resultado del acúmulo de las desventajas sociales y una mayor posibilidad de presentar un daño en cualquier dimensión derivada de causa sociales y características personales y/o culturales (Acevedo , Trujillo, & López , 2015).

En el presente estudio y tomando en cuenta la definición anterior, se preguntó dentro de los grupos focales, a quienes se consideran grupos vulnerables y se obtuvieron los siguientes resultados:

Mujeres y niños (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Mujeres, mujeres embarazadas y niños (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 junio 2018)

A más de mujeres y niños, se menciona a los adultos mayores, personas con discapacidad, pobreza y la etnia indígena.

Mujeres, niños (Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)

Niños, adultos mayores, discapacitados, pacientes pobres, mujeres, y personas indígenas (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)

De acuerdo con los datos obtenidos en las entrevistas señaladas se puede observar que existen **grupos vulnerables altamente reconocidos, los cuales son: mujeres y niños.** Más se debe destacar que a través de estas encuestas también se pudieron visualizar grupos como: personas con discapacidad, adultos mayores, personas de bajos recursos económicos, mujeres embarazadas e indígenas.

Lo que finalmente nos lleva a revelar que la mujer es el miembro más vulnerable, de ahí la importancia de conocer la construcción del género femenino, que durante el desarrollo de la historia ha sido colocado en desventaja respecto al género masculino, aunque en la actualidad se realizan políticas en pro de la igualdad de género es un tema que no se logra consolidar en su totalidad según las observaciones de los participantes del estudio.

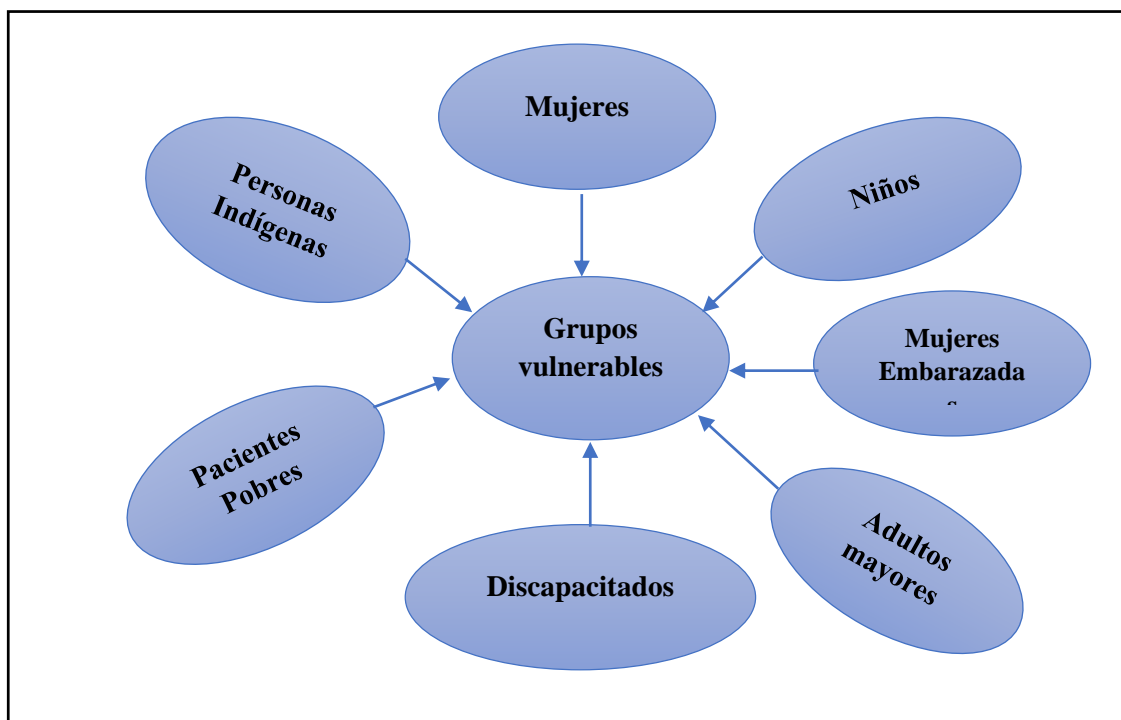
Tabla 17. Resumen etnográfico sobre el conocimiento de los grupos vulnerables según el personal de la UMEA

Categorías	Grupos vulnerables según el personal de la UMEA
Grupos vulnerables	<i>Mujeres</i> <i>Niños</i> <i>Mujeres embarazadas</i> <i>Adultos mayores</i> <i>Discapacitados</i> <i>Pacientes pobres</i> <i>Personas indígenas</i>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 27. Conocimiento de los grupos vulnerables según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN ETNOGRÁFICO ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE
LOS GRUPOS VULNERABLES PARA SUFRIR VIOLENCIA SEGÚN
EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMEA**

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

Se considera que los grupos vulnerables son aquellos que no pueden atender sus necesidades por sí mismos y requieren de apoyo externo para su progreso.

De acuerdo con la información obtenida en las entrevistas se puede decir que las mujeres pertenecen al segmento más importante dentro del grupo de personas vulnerables, seguidas de los niños, adultos mayores, discapacitados, embarazadas, personas de escasos recursos y población indígena.

5.1.2.9 Detección de factores de riesgo para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

En las entrevistas realizadas a los grupos focales, se pudo reconocer que factores de riesgo hacen sospechar precozmente de violencia contra la mujer infligida por su pareja. Entre los cuales están **el machismo** fue el factor que se destacó dentro de las respuestas manifestadas durante las entrevistas, el cual se evidencio en respuestas como la siguiente:

Es cuestión de cultura, la forma de vida de la población, entonces está vinculada al machismo y desde pequeñas nos enseñan a que aunque pegue o mate marido es...y aguantar, todo viene del núcleo familiar, si el niño vio agresión de su padre hacia su madre ellos crecen con eso que eso es normal que el machismo, una mala palabra un insulto es normal porque ellos se criaron así desde chiquitos
(Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Un aspecto importante que destacan en los testimonios son las enseñanzas impartidas desde el núcleo familiar, puesto que, si una persona crece en un medio conflictivo y violento, son aprendizajes que se podrían replicar en un futuro, tal como lo describen a continuación.

La violencia es un acto en el cual se va contra todos los parámetro de la mujer sea físico, psicológico y esto también se ve emocionales,es un acto en el que hay inseguridad en alguno parte de uno de los miembros en este caso que está dirigido a la mujer puede ser del hombre, también aquí entran varios parámetros como es la falta de autoestima , toca ver la estructura familiar como ha venido esta mujer si es que viene de padres en donde existe violencia familiar tienden a repetir esta conducta y caen en esta conducta física y psicológica (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)

En cuanto al ámbito socioeconómico los participantes relatan factores que influyen para el desarrollo de la violencia hacia la mujer, tales como baja escolaridad, ingresos económicos bajo, inestabilidad laboral. Evidenciándose a continuación:

Bueno la violencia existe en todas las sociedades, en toda la edad, en todo tipo de familias, sin embargo, si hay estudios que demuestran que si afecta a familias que tienen una escolaridad un poco baja e ingresos también un poco bajos que no tienen ingresos estables hacen que la violencia esté más presente y visible que en hogares ya estructurados, formados por profesionales. ¿Algún otro factor que crean favorezca a esa violencia? Celos ¿Algún factor que frene o que se piense pueda frenar la violencia? Mejorar la autoestima. (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

Un aporte de relevancia que refieren los participantes en los testimonios grupales, que se debe rescatar y prestar mucha importancia es que uno de los factores que podría frenar la violencia hacia la mujer infligida por su pareja es mejorar su autoestima, misma que debería iniciar con la educación impartida en las escuelas, con la finalidad de frenar el machismo, como lo relatan a continuación:

Mejorar su autoestima, que desde las escuelas deberían dar charlas en relación con el tema, para disminuir el machismo. (Testimonio del grupo Focal # 3, 26 jun 2018)

En general podemos indicar que existen factores de riesgo a nivel social y cultural, relacional, personal, económico y educacional, que según el análisis de los participantes se encuentran muy arraigadas en nuestra población y podrían ser corregidas si se fomenta la educación y valores desde el hogar.

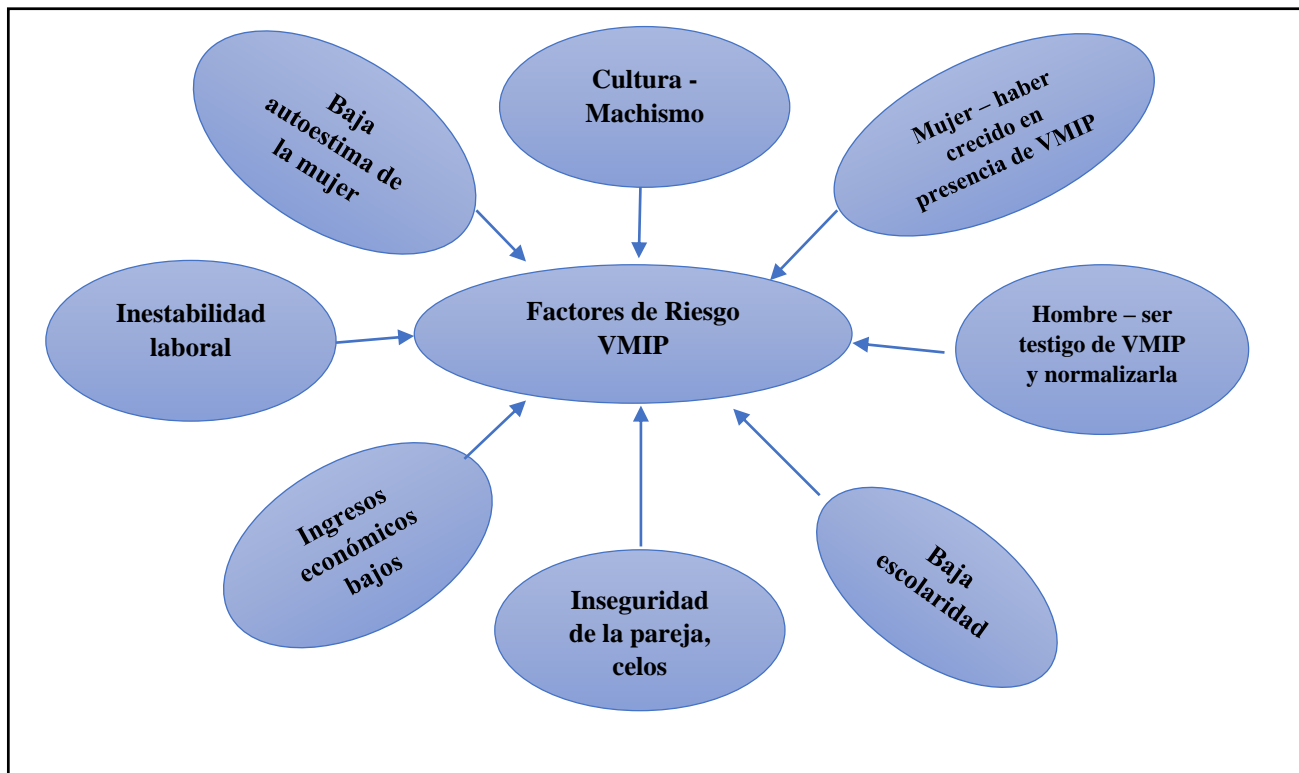
Tabla 18. Conocimiento de los factores de riesgo para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

Categorías	Factores de riesgo de VMIP según el personal de la UMEA
Cultura	<i>Es cuestión de cultura, está vinculada al machismo, aunque pegue o mate marido es</i>
Familia	<i>Si el niño vio agresión de parte de padre hacia su madre ellos creen que eso es normal, si la mujer viene de padres en donde existe violencia familiar – tienden a repetir esta conducta</i>
Relacional	<i>Inseguridad en alguno de los miembros - del hombre hacia la mujer, celos</i>
Educación	<i>Baja escolaridad</i>
Economía	<i>Ingresos económicos bajos o que no tiene ingresos estables</i>
Personalidad	<i>Falta de autoestima de la mujer</i>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 28. Factores de riesgo para el diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

RESUMEN ETNOGRÁFICO ACERCA DE LA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR LA PAREJA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMEA

INTERPRETACIÓN DE LOS AUTORES

De acuerdo con los resultados del estudio, los factores de riesgo que harían sospechar que una mujer pueda ser víctima de violencia se destacan:

La influencia cultural con la perpetuidad del machismo, la creencia popular de que existe una superioridad del hombre hacia la mujer, crecer en hogares con violencia de pareja lo cual permite normalizarla, baja escolaridad, ingresos económicos bajos o inestables, falta de autoestima de la mujer, inseguridad de la pareja y los celos.

5.1.2.10 Actitud frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja

En cuanto a la actitud frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja en la población estudiada de la Unidad Médica Eloy Alfaro (UMEA) se describirá de acuerdo con la frecuencia en las respuestas de los participantes, quienes refieren que, una vez identificado algún caso de violencia contra la mujer, la primera medida que adoptarían sería remitir a la paciente al servicio de psicología para que reciba orientación y puedan indagar más a fondo respecto a la relación intrafamiliar y de pareja, mencionada en 13 ocasiones durante las entrevistas.

Bueno yo lo primero que hago le indico que necesita ayuda, ayuda psicológica y tiene que ir por trabajo social para que le ayuden con un turno para ver cómo le pueden ayudar, de ahí que pongan la denuncia yo casi nunca digo, que vayan primero a apoyo psicológico como pareja (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

Generalmente cuando sospecho o hay algo que ver con una paciente desde el punto de vista, sobre todo en pacientes obstétricas se ve una evolución tórpida no hay evolución satisfactoria entonces voy más allá en el interrogatorio y ahí me percato que la paciente tiene un llanto fácil, está como deprimida en eso casos trato de delegarla hacia la parte de psicología para que la trate y trate de indagar un poco más de la parte personal, interpersonal, familiar, etc. (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo-obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)

Mencionan solicitar ayuda a las dos especialidades, a psicología y a trabajo social indicándoles su sospecha diagnóstica de violencia.

Pediría ayuda a psicología o a trabajo social para que ellos tengan conocimiento de este tipo de agresiones hacia una paciente. (Entrevista individual, Consulta externa, odontóloga, mujer, 29años, UMEA, 18 jun 2018)

Dentro de lo que compete puedo canalizar la ayuda por psicología, porque mi atención es directa al niño mas no a la madre, pero al ser la madre la protectora del niño quien debe estar en todas sus capacidades física, psicológicas, emocionales completamente coherentes para la crianza del niño; refiriéndole a trabajo social para que desde allí se pueda canalizar para la ayuda adecuada (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)

Los médicos expresaran que primero realizarían un interrogatorio más profundo con la finalidad de ser asertivos en su presunción diagnóstica y si aun así no logran una buena apertura con la paciente, el siguiente paso es pedir ayuda a psicología para trabajar en forma conjunta.

Si estoy sospechando, creo que debería hacer preguntas pertinentes de forma indirecta primero para tratar de que la persona me de los indicios sobre violencia, si veo que no son así preguntar directamente como parte de la historia si alguna vez ha sido violentada en cualquiera de las formas que antes mencioné y si aun así no sale nada yo creo que vería que tal vez estoy con esa duda ante mi paciente y veo que también hay una repercusión emocional en mi paciente le mandaría a psicología donde también le puedan orientar o ayudar (Entrevista individual, Consulta externa, posgradista de medicina familiar, hombre, 32años, UMEA, 09 jul 2018)

Pues eh, la primera acción es preguntarle a la paciente, si la paciente está consciente de la violencia que está sufriendo por su pareja y junto con el psicólogo de la unidad tratar de ayudarla, porque esto no es solo una lesión física, tiene más daño psicológico (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 31 años, 18 jun 2018)

En segunda instancia, de acuerdo con lo manifestado en las entrevistas, es referir estos casos al servicio de trabajo social de la unidad, este accionar por parte del personal lo justifican indicando falta de conocimiento respecto al tema, en respuestas como:

Como no tengo los conocimientos y no sé cómo direccionar a la paciente yo me dirigiría a trabajo social para que a través de trabajo social se me ayude para saber qué decisión hay que tomar en estos casos. (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de medicina familiar, hombre, 37años, UMEA, 09 jul 2018)

Ahmm!...chuta, la derivo a trabajo social (Entrevista individual, Consulta externa, nutricionista, mujer, 30años, UMEA, 18 jun 2018)

Sobre todo, se busca que trabajo social realice trámites como denuncias y el seguimiento de estas pacientes.

Como actuaría y actúa es intentando conducir la información que nos da la paciente y si es que esta paciente acepta que es una violencia de parte de la pareja se le conduce a trabajo social y se hace el trámite correspondiente, sin embargo la mayoría de las personas vienen con la mentira que se han golpeado, que se han caído y nunca o generalmente no aceptan y ahí uno no puede hacer otra cosa que hablar con la señora y tratar de hacerle ver que está sufriendo (Entrevista individual, Emergencia, licenciada de enfermería, mujer, 52años, UMEA, 18 jun 2018)

Otros profesionales, como en la parte administrativa indican que estos casos no los manejan directamente, pero de reconocerlos lo comunicarían a las autoridades de la unidad o a trabajo social.

Eh...yo no lo manejo directamente, pero si podría avisar a otras personas para que puedan tratar el tema, ¿Cómo a quién? En este caso por ejemplo si se realiza aquí en la unidad puede ser a la coordinación médica o a trabajo social (Entrevista individual, administrativa, economista, mujer, 35años, UMEA, 19 jun 2018)

También indican que iniciarían un diálogo con la paciente inspirándole confianza y brindándole consejos, de tal manera la paciente reconozca que el medio en el que vive no es adecuado y trate de buscar ayuda profesional.

Primerito yo pienso que es conversar y de ahí darle confianza para que ella pueda contar la verdad, porque en sí los pacientitos, si no llegan a tener esa confianza, ellas simplemente le niega, y cuando ya se haya logrado esa confianza, ahí si se busca otros medios como trabajo social, psicología y eso es muy bueno llegar a

ganarse la confianza del paciente para que puedan llegar a contarle a uno
(Entrevista individual, Consulta externa, auxiliar de enfermería, mujer, 42años,
UMEA, 18 jun 2018)

*Primero **dándole como consejos de forma indirecta, mandándole como alguna indirecta y tratando de hacerle entender que está mal ante eso que ella está mal que trate de buscar ayuda psicológica y de separarse de esa persona que le está haciendo daño*** (Entrevista individual, licenciada en laboratorio, mujer, 29años,
UMEA, 25 jun 2018)

Del mismo modo en el siguiente testimonio coincide respecto al abordaje de la paciente dialogando con ella y recalcan la importancia de que la paciente perciba el deseo de ayudarla sin juzgarla y mucho menos victimizarla.

*Eh...bueno antes de nada tratar de **mostrarme como una persona que no quiere victimizarle, como una persona que no quiere juzgarle o tratar de que actuar mal para que la paciente siga en ese curso y que no quiera ser ayudada, más que todo mostrarme como una persona que le quiere ayudar, como una confidente, para que la paciente se pueda desahogar conmigo y la mejor manera de poderlo ayudar***
(Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 34años, UMEA,
18 jun 2018)

Tratar de aconsejar y buscar las acusas por las que ellas permitan que se siga presentando el maltrato y según sus respuestas intentar presentarles soluciones o alternativas a sus problemas.

*Aconsejándole, preguntándole **que es lo que sucede, por qué permite ese tipo de cosas, tratar de darle alguna solución para que no siga con este tema de la violencia*** (Entrevista individual, auditora, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)

*Como experiencia personal lo que he hecho me he puesto a conversar con la paciente, me he dedicado a hacer una charla con ella, presentarle alternativas, hacerle **digamos hacer consciencia de lo que está pasando ella es la que tiene que tomar la decisión, uno como personal de salud puedo orientarle más no puede obligarle a que haga algo** (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39años, UMEA, 18 jun 2018)*

Por otro lado, durante la entrevista los participantes mencionaron que incentivarían a la mujer víctima de violencia a que denuncie a su pareja, pero al final dejándolo como parte de su propia decisión.

*Uno como profesional de salud tiene el deber de orientar a la paciente en que es ella quien debe poner o no poner la denuncia, **nosotros no podemos influir en la parte de decirle tienes que poner la denuncia, o sea nosotros solo orientamos y ella es la única que decide si lo hacemos efectivo o no.** (Entrevista individual, Consulta externa, médico familiar, hombre, 31años, UMEA, 21 jun 2018)*

*Primero darle una **asesoría psicológica** y orientarle a la paciente también a **denunciarle al agresor** (Entrevista individual, Consulta externa, médica general, mujer, 30años, 18 jun 2018)*

Se indica que ante la sospecha de VMIP es oportuno abrir un diálogo con la paciente, como consejo personal tratar de que no se culpabilice y se aleje de su pareja, pero en casos más graves sí se atreverían a llamar a la policía con la finalidad de evitar consecuencias fatales.

*A veces, que si se ha dado el caso, **he conversado con ella le he dicho primero no te sientas así, tú no eres la culpable, valórate como mujer y si es una persona que no te hace bien pues aléjate, eso como consejo personal, pero si ya fuera un caso***

más grave a la policía, hay que llamar a la policía, hay que detectar rápido eso porque puede causar cosas más graves (Entrevista individual, Consulta externa, licenciada en fisioterapia, mujer, 27 años, UMEA, 18 jun 2018)

En este mismo aspecto, los entrevistados indicaron que la medida a seguir por parte de ellos sería: denunciar al agresor únicamente si la vida de la paciente se encuentra en riesgo o si la persona agredida está de acuerdo.

Eh habría que primero hablar obviamente con la mujer para que ella se decida a denunciar y en caso de que ponga en peligro su vida sin tener el consentimiento si debiéramos denunciarlo (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 34 años, UMEA, 20 jun 2018)

Primero conversar con la persona afectada, porque es un poquito delicado hacerlo de otra manera, conversar con ella y si ella da paso, si por el temor ella no denuncia hacerlo yo, pero siempre y cuando esté de acuerdo la persona agredida (Entrevista individual, licenciada de laboratorio, mujer, 33 años, UMEA, 25 jun 2018)

Incentivarían a que la paciente busque ayuda profesional.

Las recomendaciones para que la señora busque ayuda profesional (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Otra de las actitudes que señalaron los participantes durante las entrevistas fue indicarle a la paciente que existen otras instancias donde puede denunciar la agresión a la que es sometida y donde pueden brindarle la protección necesaria.

Bueno, esta es un área un poco compleja porque primero habría que abrir el diálogo y ver si es que eso es una realidad. El segundo paso sería comunicar a la

persona que ella tiene muchas oportunidades de evitar esa agresión hacia ella como mujer y hay organismos a nivel nacional que se encargan de receptor denuncias, de ejercer una protección sobre una mujer agredida a donde se le recomendaría asistir (Entrevista individual, Consulta externa, odontólogo, hombre, 58 años, UMEA, 18 jun 2018)

Por otro lado, indican que el manejo y la ayuda que pueden brindar se ve limitado, cuando la persona no pide ayuda y esto se denota en un grupo de participantes que supo expresar que no sabrían cómo proceder en este caso.

O sea, no, no haría porque si ella no me pide ayuda yo no puedo actuar porque es un tema muy delicado de la pareja, si la persona no pide ayuda uno no puede actuar (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 44 años, UMEA, 25 jun 2018)

No sabría cómo actuar, porque tenemos un caso en el que por más que una quiere ayudar la persona no se deja, por más que una le dice demánde, entonces ellas también lo harán por miedo o por represalias a lo que les harán las parejas (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

En el siguiente testimonio relatan que no intervendrían en el caso, debido a que los resultados no son los esperados en la mayoría de las parejas en quienes se identifica VIP o como se expresaron la persona que interfiere en esa pelea sale mal parada.

Hay algo claro, que me queda súper claro en mi vida es que meterse en parejas el tercero sale mal parado y obviamente he visto casos, he dado consejos, pero no puedo ir más allá de, porque primero tiene que colaborar la persona afectada, porque si esa persona no colabora no puedo hacer nada. Imagínese si ve una

*mujer golpeada dentro de mi círculo de amistades y yo voy a denunciar a esa persona que la golpeó y no va a colaborar **la que queda mal soy yo y la persona que la golpeo sigue bien y yo sigo mal**, entonces para mí es mejor **hablar con la personas que es la afectada y que ella diga sí** y que ella colabore se puede hacer todo lo que tiene que hacerse (Entrevista individual, licenciada en laboratorio, mujer, 30 años, UMEA, 19 jun 2018)*

***Si la paciente no se abre una no se puede intervenir**, porque en general cuando **sale mal parado es el tercero**, porque al final siempre la pareja se arregla o quedan de a buenas y **el que queda mal es la persona que quiso ayudar** (Entrevista individual, Laboratorio, auxiliar de enfermería, mujer, 37 años, UMEA, 28 jun 2018)*

Otros refirieron que no intervendrían en los casos de violencia de pareja porque si no tienen el conocimiento necesario para poder ayudar u ofrecerle protección es mejor no hacerlo.

***No sé, es como que no me metiera**, pero hay mujeres que son necias que por más consejos que se les dé ahí mismo siguen, entonces **no es una forma de ayudar si no tienen el poder de convencimiento, o de ayuda psicológica, o sacarle de ahí de ese lugar para poder ponerle en otra parte y ahí decirle basta**, a veces las mujeres creo que se sienten solas y siguen ahí aguantando (Entrevista individual, auxiliar de farmacia, mujer, 32 años, UMEA, 21 jun 2018)*

Un participante parece haber tenido alguna experiencia negativa en estos casos por lo que dijo que si sospecha de un caso de VMIP haría, nada.

***Chuta por las experiencias que he tenido ahora nada** (Entrevista individual, Admisión, oficinista, hombre, 25 años, UMEA, 28 jun 2018)*

Otros tipos de actitud que demuestran los profesionales con más experiencia o que si han manejado casos de violencia es que consideran indispensable profundizar sobre este tema en las diferentes consultas, ganar su confianza y hacer un seguimiento de estas pacientes para evitar que siga siendo víctima de maltrato, por otra parte, también es importante el manejo multidisciplinario no solo para la paciente sino para el agresor.

*Primero llevándole a ciertas **preguntas asertivas en donde nos indique que la paciente puede estar cursando con violencia**, una vez que nosotros hayamos incluso sospechado o diagnosticado de violencia yo creo que el paso es **darle seguimiento no es que viene a una consulta y...aquí es un poco difícil eso pero se trata en lo posible de hacer seguimiento a los casos que son importantes o que de pronto requieran como en este caso entonces **tratar de que la paciente no siga siendo víctima sino que ella pueda salir de ese estado**, salir de ese estado es que ella **cuenta o manifieste porque se siente así**, creo que ese sería el primer paso en la consulta que ella dé cabida para que alguien le pueda ayudar, una vez que esto suceda activar las redes que se activa aquí por ejemplo **ir a trabajo social** que es lo que nos habían indicado anteriormente, toda mujer violentada tiene que ir a trabajo social eh...**llenar los formularios de rigor** que se llenan y **mandarle también a psicología** para que se pueda mejorar su estado anímico, dependiendo del caso psiquiatría y nosotros también **hacerle seguimiento en el caso que fuera necesario si hay apertura de la pareja mandarle a psicología para terapia de pareja** (Entrevista individual, Consulta externa, médica familiar, mujer, 37años, UMEA, 25 jun 2018)***

***Ahondo**, voy **haciendo preguntas de tal manera que salgan a la luz que existe violencia y ahí trato de concienciar a la víctima para que actúe ante eso y no permita que avance**, cuando ya ellas ya dicen si es verdad me jalonea, me pega,*

*me insulta, lo que sea entonces yo le digo **hay maneras que la mujer puede actuar**, si tienen hijos yo **profundizo en que tratemos que nuestro hijos no repitan los patrones** y que lo hagamos por ellos tal vez no por nosotros pero si actuar por los hijos para que por ejemplo si tiene una hija mujer **cuando sea grande no repita el buscar una pareja violenta** y si son los hijos varones que sí mismo cuando sean grandes no busquen repetir este tipo de actitud ante la pareja (Entrevista individual, Consulta externa, trabajadora social, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)*

En áreas administrativas que no manejan directamente a las pacientes como en una consulta médica, indican que es difícil poder actuar ya que existe menos posibilidades que una víctima de violencia exprese ante ellos su problema, sin embargo, si se nota la existencia de estos casos la actitud de estos profesionales está dirigida a no ser unos simples espectadores, sino que deben tratar de actuar, ayudar a la víctima o por lo menos escucharla y hacer que se sienta atendida.

*Yo creo que es nuestro caso si es que **la persona no te dice directamente ayúdame no se tiende a hacer nada entonces yo creo que deberíamos hacer algo** si uno ya se da cuenta por lo menos **intentar ayudarle a esta persona para que pueda reaccionar** y para que pueda liberarse y para que pueda formar parte del cambio pero si la persona no te dice generalmente no hacemos nada es como que se intenta ocultar la realidad, se invisibiliza a la persona y la realidad que está sucediendo (Entrevista individual, administrativa, comunicadora social, mujer, 28años, UMEA, 18 jun 2018)*

*Lo que he hecho a veces **he llegado a conversar con esa persona**, no muchas soluciones, pero **con escucharla y que esa persona se desahogue parece que en***

cierta forma ayuda bastante (Entrevista individual, Admisión, oficinista, mujer, 33 años, UMEA, 2 jul 2018)

Refieren además que el seguimiento de los casos de violencia contra la mujer debería ser dirigido por un equipo multidisciplinario conformado por médico, psicólogo y trabajo social por el mayor conocimiento del tema.

*El seguimiento debe ser continuo, firme y llegar hasta soluciones concretas, que no quede solamente en documentos o en teorías, para la víctima se sienta **protegido y amparada por los profesionales**, por todas las entidades que están involucradas en esta situación.* (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

También hay personas que no desean involucrarse en el tema, así hayan detectado que se trata de un caso de violencia contra la mujer infligida por su pareja, debido al proceso que conlleva con las autoridades en el área legal, el tiempo que involucra y porque los resultados son inciertos y en su gran mayoría no son los esperados.

*Es difícil creo yo involucrarse, a mí me da terror involucrarme con jueces , con fiscales e iniciar un proceso largo porque no es hoy denuncias y ya mañana se resuelve el caso, sino que se abre un problema y no sabes si es para bien o para mal de la paciente **porque muchas de las veces las mujeres luego regresan con el agresor entonces es como para que denunciaste entonces muchas de las veces yo trato de ponerme en contacto con la trabajadora social de la unidad y que ella sea la que se empodere de ese proceso.*** (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018).

Existen diversas reacciones y actitudes por parte de los participantes respecto a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer, llama la atención que dentro de las respuestas obtenidas existe un reducido porcentaje que actuarían conforme la ley lo dicta, realizando la denuncia y seguimiento respectivo del caso. La mayoría de

los participantes le daría consejos respecto al tema, además de incentivarla para que busque ayuda profesional, aunque lamentablemente existe desconocimiento en su gran mayoría respecto al proceso de derivación. Y, por último, existe un grupo de personas que prefieren no realizar intervención alguna al respecto, esta actitud está mediada por varios factores que se encuentran al abordar a una mujer víctima de violencia; como el miedo a la reacción de su pareja, miedo a quedarse desamparada económicamente y miedo a tener una familia monoparental; esta realidad se traduce en la negativa a realizar la denuncia respectiva y continuar con el asesoramiento del caso. Siendo una actitud lamentable que debemos tomar en cuenta, puesto que serían los factores en cuales se debe intervenir tanto en el personal de la unidad de salud como en las mujeres víctimas de violencia infligida por su pareja.

Tabla 19. Actitudes frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA

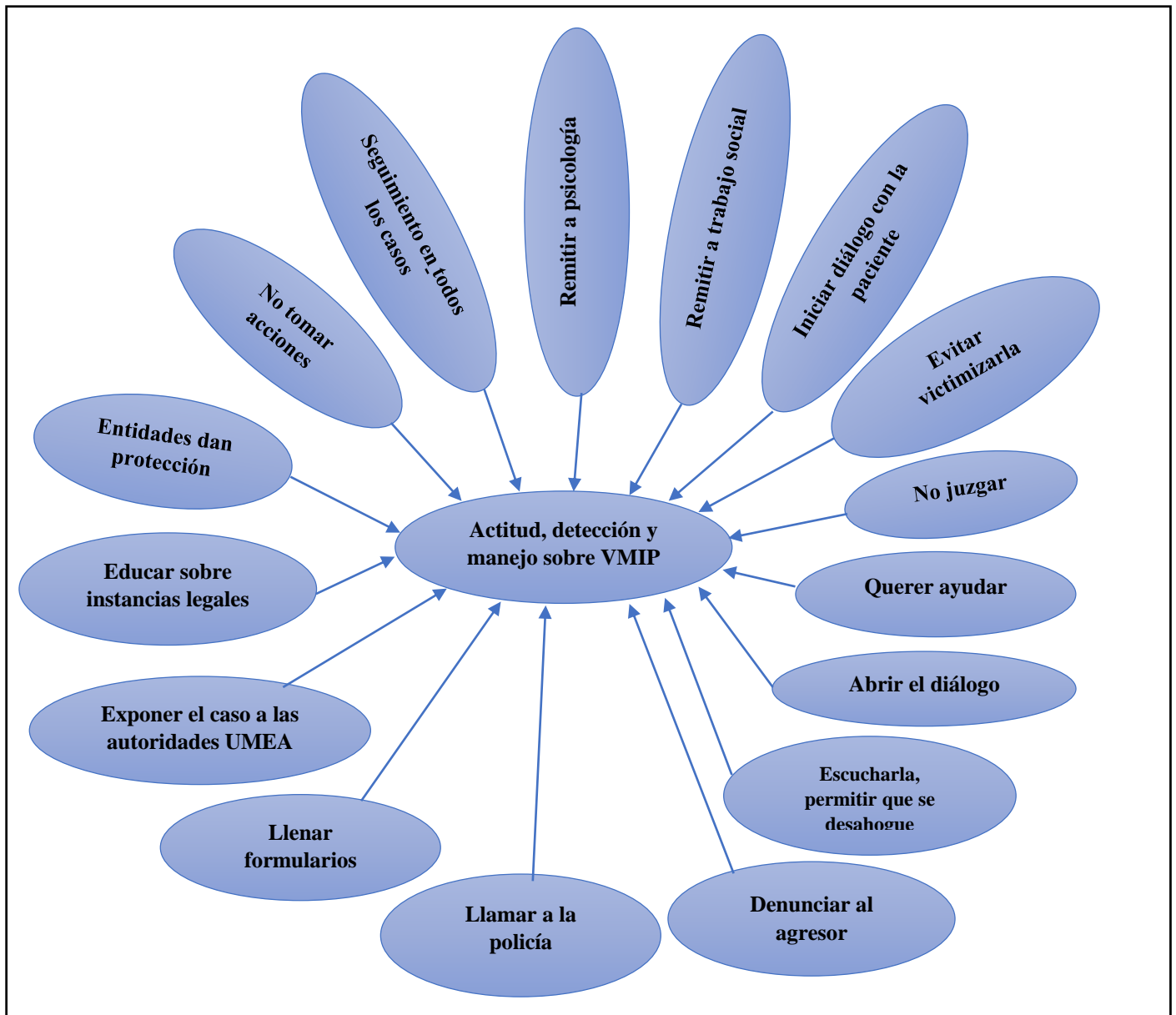
Tipos de actitud	Descripción
Remitir a otro servicio	<p><i>Le indico que necesita ayuda psicológica</i> <i>Cuando sospecho de violencia, trato de delegarla hacia la parte psicología</i> <i>Pediría ayuda a psicología o a trabajo social</i> <i>Puedo canalizar la ayuda por psicología o refiriéndole a trabajo social</i> <i>Como no tengo los conocimientos yo me dirigiría a trabajo social</i></p>
Comunicación	<p><i>Tratar de que la persona me dé los indicios de violencia</i> <i>La primera acción es preguntarle a la paciente, si está consciente de la violencia</i> <i>Conversar y de ahí darle confianza para que ella pueda contar la verdad</i> <i>Dándole consejos de forma indirecta</i> <i>Mostrarme como una persona que no quiere victimizarle</i> <i>Mostrarme como una persona que le quiere ayudar</i> <i>Aconsejándole, preguntándole qué es lo que le sucede</i> <i>Me he puesto a conversar con la paciente</i> <i>Hacer una charla con ella, ofrecerle alternativas</i> <i>Puedo orientarle más no puedo obligarle a que haga algo</i> <i>He conversado con ella, le he dicho tú no eres culpable, valórate</i> <i>Abrir el diálogo y ver si eso es una realidad</i></p>

Medidas legales	<p><i>Orientar a la paciente en que es ella quien debe o no poner la denuncia</i></p> <p><i>Orientarle a denunciarle al agresor</i></p> <p><i>Si fuera un caso más grave, hay que llamar a la policía</i></p> <p><i>Hablar con la mujer para que ella se decida a denunciar</i></p> <p><i>Si por temor ella no denuncia, hacerlo yo; siempre y cuando ella esté de acuerdo</i></p>
Acciones en la UMEA	<p><i>Yo no lo manejo directamente pero sí podría avisar a coordinación médica o a trabajo social</i></p> <p><i>Si la paciente acepta que es una violencia de parte de la pareja se le conduce a trabajo social</i></p> <p><i>Si la paciente da cabida para poderle ayudar activar las redes que se activa aquí, por ejemplo, ir a trabajo social</i></p> <p><i>Llenar los formularios de rigor y enviarle a psicología</i></p> <p><i>He llegado a conversar con esa persona, escucharla y que esa persona se desahogue</i></p>
Fomentar educación a la paciente	<p><i>Le daría recomendaciones para que busque ayuda profesional</i></p> <p><i>Comunicar que ella tiene muchas oportunidades para evitar la agresión</i></p> <p><i>Que hay organismos a nivel nacional que se encargan de receptor denuncias</i></p> <p><i>Trato de concienciar a la víctima para que tome acciones</i></p> <p><i>Profundizo en que tratemos de que nuestros hijos no repitan los patrones</i></p> <p><i>Yo creo que deberíamos hacer algo si ya nos damos cuenta, intentar ayudarle a esta persona para que pueda reaccionar</i></p> <p><i>Que trate de buscar ayuda psicológica y de separarse de esa persona que le hace daño</i></p>
No tomarían acciones	<p><i>No, yo no haría porque si la persona no pide ayuda uno no puede actuar</i></p> <p><i>No sabría cómo actuar</i></p> <p><i>Hay algo claro en mi vida que meterse en parejas el tercero sale perdiendo</i></p> <p><i>Si la paciente no se abre una no se puede intervenir</i></p> <p><i>No sé, es como que no me metiera</i></p> <p><i>Por las experiencias que he tenido, no haría nada</i></p> <p><i>Si es que la persona no te dice directamente ayúdame no se tiende a hacer nada</i></p> <p><i>Es difícil creo yo involucrarse, a mi me da terror involucrarme con jueces, con fiscales e iniciar un proceso largo</i></p>
Seguimiento	<p><i>Hacer preguntas asertivas que nos indique que la paciente puede estar cursando con violencia, una vez que hayamos diagnosticado de violencia darle seguimiento</i></p> <p><i>El seguimiento debe ser continuo, firme y llegar hasta soluciones concretas, que la víctima se sienta protegida y amparada por los profesionales</i></p>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 29. Actitudes frente a la detección, manejo y seguimiento de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja, según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)
Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera
Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN ETNOGRÁFICO ACERCA DE LA ACTITUD FRENTE A LA
DETECCIÓN, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LA VIOLENCIA HACIA
LA MUJER INFLIGIDA POR LA PAREJA SEGÚN EL PERSONAL DE
SALUD DE LA UMEA**

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

Dentro de las actitudes expresadas por los participantes del estudio de manera general están: realizar empatía con la paciente, recabar información respecto a la violencia que sufre, luego remitirla a trabajo social y psicología para que se encarguen del manejo respectivo.

5.1.2.11 Descripción y manejo de casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

Los participantes refieren que cuando identifican características que van en relación con violencia hacia la mujer, se muestran de tal modo que la paciente sienta la confianza de comentar lo que les está sucediendo, hay ocasiones incluso que sin haber indagado en ese aspecto las pacientes relatan lo que les sucede, este comportamiento lo relacionan en base a la confianza que el personal transmite; en estos casos lo que han hecho es coordinar con psicología para su atención.

De ahí la importancia de cómo se aborda a la paciente, puesto que según los relatos de nuestros participantes lo esencial es saber cómo llegar a ellas y una vez identificada la violencia ahondar en el tema y explicarle que hay diferentes maneras de actuar con la finalidad que esta violencia se frene.

Ahondo, voy haciendo preguntas de tal manera que salgan a la luz que existe violencia y ahí trato de concienciar a la víctima para que actúe ante eso y no permita que avance, cuando ya ellas ya dicen si es verdad me jalonea, me pega, me insulta, lo que sea entonces yo le digo hay maneras que la mujer puede actuar,

si tienen hijos yo profundizo en que tratemos que nuestro hijos no repitan los patrones y que lo hagamos por ellos tal vez no por nosotros pero si actuar por los hijos para que por ejemplo si tiene una hija mujer cuando sea grande no repita el buscar una pareja violenta y si son los hijos varones que sí mismo cuando sean grandes no busquen repetir este tipo de actitud ante la pareja (Entrevista individual, Consulta externa, trabajo social, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

Generalmente las pacientes niegan lo que les ha sucedido y cuando acuden atención, no indican realmente lo que les ha pasado, sino que inventan excusas para que su agresor no quede en evidencia, lo que dificulta la ayuda que se le pueda brindar, debido a que esto genera una barrera por lo que deciden no realizar ningún tipo de intervención.

Como le explico, primero viene el paciente a contarte lo que le pasa, la típica te dicen me caí de las gradas y le revisas y no tienen nada que ver con una rodada de gradas y ahí tú piensas mal y comienzas y como así y que pasó y termina la paciente termina contándote, pero más allá de la asesoría no hay como hacer nada más porque si ella no quiere no hay como hacer más (Entrevista individual, Emergencia, médica general, mujer, 39años, UMEA, 18 jun 2018)

El miedo y temor que siente la paciente por lo que le pueda pasar luego de revelar a su pareja dificulta al momento que querer obtener la información al respecto.

El manejo de los casos de pacientes violentadas por su pareja en el servicio de consulta externa de la Unidad Médica Eloy Alfaro (UMEA), por parte de los médicos generales se basa en darles seguridad al paciente, darles el tiempo necesario de la consulta con la finalidad de transmitirle confianza, les cuente lo que le está pasando y poder abordarla de mejor manera, además de coordinar con psicología.

Los médicos familiares refieren que en la consulta realizan una evaluación exhaustiva de la paciente víctima de violencia con el propósito de poderle brindar a la paciente una atención integral, además le dan pautas, guías y normas de alerta, cuando la paciente se rehúsa a hacer la denuncia en lo que se enfocan es en hacer acompañamiento y seguimiento del caso, mediante controles más frecuentes y rigurosos, no solo de la paciente sino también del resto de integrantes de la familia.

Del mismo modo los médicos posgradistas de medicina familiar indican que realizan una evaluación integral de la paciente, documentando lo sucedido, se consulta con la paciente si desea hacer la denuncia de lo sucedido y cuando no lo desean pues se limita al seguimiento.

En cuanto a las actitudes y manejo de VIP expresado por especialidades, como es el caso de ginecoobstetricia refieren que el manejo se dificulta, debido a que la paciente generalmente oculta información respecto sucesos ocurridos y respecto a la realidad que vive, lo que se palpa al momento de la entrevista médica, como le relatan a continuación:

Si, es como un poco difícil indagar porque es como una parte muy personal de la paciente y a veces ocultan esos detalles de dar información al respecto, bien sea por cuidar que uno vaya a tomar alguna medida o exista algún mecanismo en el cual vaya a perjudicarla a ella en el sentido de que se vaya a enterar la pareja – el esposo y después vaya a tener agresión contra ella. Lo que yo he observado es que las pacientes tienen como un psico terror hacia la pareja o sea hacia el esposo. He tenido pacientes en los cuales la mujer ha tenido una sola pareja y sale diagnosticada con HPV, entonces no le dicen al esposo por medio a que las vayan a dejar, la vaya a pegar, etc. Entonces no hay una comunicación, una fluidez dentro del entorno familiar en cual puedan manifestarse las preocupaciones, las

inquietudes dentro de ese seno familiar como tal (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo/obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

En el abordaje primero se hace una intervención en crisis para poder calmar a la víctima porque normalmente se siente culpable, orientarle y direccionarle que la culpa no es de la víctima, sino de quien victimiza, eso darle a conocer las leyes que tenemos he como podemos acudir, como podemos hacer que nuestros derechos no sean vulnerados, sino tratar de como persona de que se empoderen en sus derechos y traten que cumplan como dice la ley, denunciar y cuáles son los pasos a seguir.

El manejo que realiza trabajo social en el caso de que la persona desee hacer la denuncia en instancias superiores, se realiza acompañamiento a la fiscalía para que haga efectiva la denuncia en donde además le proporcionan herramientas para poder defenderse y hacer la denuncia en caso de que su pareja se le acerque nuevamente, posterior a ello se realiza un seguimiento del caso en la unidad.

Por otro lado, si bien es cierto las pacientes no tiene confianza al inicio de suceso, de ahí la importancia de hacerle saber y sentir que ella es importante para nosotros y que deseamos ayudarla, por lo que reconocen como una de las bases fundamentales el servicio de trabajo social, de ahí la importancia del seguimiento, mismo que esta área lo realiza progresivamente, dándole el espacio pertinente a la paciente en cada visita, como lo citan a continuación:

*Dentro de la unidad no mucho, más bien es como había mencionado antes, se **obstaculiza cuando es la víctima la que no quiere denunciar, la que justifica, la que está viviendo y la actitud de la pareja entonces ahí se va trabajando, se tiene citas subsecuentes, se conversa, se entabla más una relación de confianza, yo les suelo decir “cuando venga por aquí pasará para conversar” entonces ahí ya***

vamos cada vez más, y ya en la tercera o cuarta conversación ya dicen si tiene razón creo que debo actuar, yo les pongo en la mesa los casos que se ven de violencia que terminan con la vida entonces yo les digo quieren que sus hijos terminen solos, huérfanos, el padre en la cárcel y usted en un ataúd, entonces dicen no, es verdad y ahí empiezan como a concienciar y ojalá actúen porque tampoco se les puede obligar (Entrevista individual, Consulta externa, trabajo social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

Dentro de las recomendaciones puntuales que realiza trabajo social en cuanto al abordaje de las pacientes víctimas de violencia está mencionar posibles panoramas a los que conllevar el vivir en un hogar con violencia, como se lo indica en el siguiente párrafo:

Yo les pongo en la mesa los casos que se ven de violencia que terminan con la vida entonces yo les digo quieren que sus hijos terminen solos, huérfanos, el padre en la cárcel y usted en un ataúd, entonces dicen no, es verdad y ahí empiezan como a concienciar y ojalá actúen porque tampoco se les puede obligar. (Entrevista individual, Consulta externa, trabajo social, mujer, 32 años, UMEA, 18 jun 2018)

En el servicio de psicología el manejo que realiza es una intervención, de tal modo que la paciente sea consciente de la violencia en que está viviendo y lo que le puede llegar a pasar de continuar del mismo modo.

Se hace una intervención se les explica lo que puede pasar, ahí es cuando se hace una intervención, se les explica que puede pasar, una confrontación, también porque muchas veces al que hacerlo con las que no creen, no piensan que es real lo que están viviendo y lo ven como algo normal (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28 años, UMEA, 21 jun 2018)

Por otra parte, el manejo de las licenciada y auxiliares de enfermería del área de emergencias va dirigido a tomar signos vitales, comunicarle al médico que se encuentra a cargo, el médico es quien se encarga de hablar con la trabajadora social y psicología y entre ellos coordinan como se va a manejar el caso.

En cuanto al personal administrativo y de admisión se limitan a preguntar lo que les sucedió y en ocasiones a brindar un consejo y nada más por varios factores como son el temor a que las pacientes no continúen con el curso del proceso y simplemente permitan que todo quede del mismo modo, también creen que es complicado realizar una denuncia por el trámite legal que esta conlleva.

Durante la investigación se recolectaron varias historias de vida al respecto, con la finalidad de que se pueda palpar de manera más clara el panorama al cual se enfrenta el personal de servicio de salud de la UMEA.

En el siguiente testimonio podemos denotar como la violencia a más de afectar a la mujer, afecta a terceros como es el caso del embrión, si bien es cierto la agresión directa la sufre la madre, pero indirectamente cae sobre el ser que se encuentra en formación, además se denota el hecho de que, si no se realiza una intervención oportuna, esta realidad va a continuar afectando ya no solo a la mujer sino a los hijos en un futuro cercano, tomando en cuenta que el agresor no respeta en estado de gestación de su esposa.

No, bueno yo si en la emergencia una embarazada sufrió agresión física por negarse a tener actividad sexual con el esposo, pero ella negó con él la denuncia dijo no y hasta ahí llegamos, tenía 13 semanas. Yo he atendido casos referidos a nivel profesional referidos, primero se hace una intervención en crisis para poder calmar a la víctima porque normalmente se siente culpable, orientarle y

direccionarle que la culpa no es de la víctima, sino de quien victimiza, eso darle a conocer las leyes que tenemos he como podemos acudir, como podemos hacer que nuestros derechos no sean vulnerados, sino tratar de como persona de que se empoderen en sus derechos y traten que cumplan como dice la ley, denunciar y cuáles son los pasos a seguir (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)

Existen casos que en el interrogatorio se logra establecer que una mujer es víctima de violencia por parte de su pareja, pero una vez abordadas frente al agresor cambian totalmente la versión de los hechos, en su gran mayoría por temor a las represalias que puedan existir. Esta es una de las grandes barreras que existen para el manejo adecuado de las pacientes y además de las falencias en cuanto a las competencias respecto al manejo de violencia infligida hacia la mujer por parte de su pareja por parte del personal de salud de la unidad.

*Depende del motivo de consulta que tenga, porque muchas personas no vienen en si por violencia vienen por otras cosas, pero es agradable porque ha habido casos uno ya va viendo las características y con preguntas, con técnicas las mujeres toman la confianza y siempre a mí me ha pasado quiero contarle algo más mi esposo me pega, me hace esto, hizo esto, **incluso tuve un caso que la chica habló muchas cosa yo ya le vi dije aquí hay algo más y de ahí me dijo “quiero contarle algo más mi novio me pega” y me enseñó lo que recientemente le había hecho y todo el discurso en el que vino se cambió totalmente, entonces muchas de las pacientes con las técnicas solitas van sacando lo que tienen dentro “esto también quiero decirle” y ahí es cuando....(Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)***

Se puede evidenciar por los relatos de los participantes en la investigación, que existen factores tales como el consumo de alcohol que precipitan los diferentes tipos de violencia hacia la mujer, como son la violencia física y sexual que se logra palpar en el siguiente relato:

He tenido como 2 casos, que han llegado a la emergencia en los cuales me han llamado, una paciente que vino agredida físicamente por su pareja porque estaba en estado etílico y quería tener sexo, pero ella se negaba rotundamente y fue agredida; en ese momento se le pregunta a la paciente y ella se niega rotundamente a poner la denuncia ante las autoridades competentes. Hasta ahora los protocolos que conozco es que en caso de una violencia o una agresión física como tal se hace un llamado a la autoridad policial y ellos se encargan del caso siempre y cuando la paciente desee poner o manifestar la denuncia ante dicha autoridad, pero eso es lo que conozco hasta ahora (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo/obstetra, hombre, 48años, UMEA, 18 jun 2018)

Otro relato por parte de ginecobstetricia se suscitó en una paciente a la cual se le detectó una enfermedad de transmisión sexual, al momento de darle el diagnóstico a la paciente e indicarle la necesidad de comentarle esto al esposo, ella indica una respuesta negativa, debido al temor de la reacción de su pareja.

Si, es como un poco difícil indagar porque es como una parte muy personal de la paciente y a veces ocultan esos detalles de dar información al respecto, bien sea por cuidar que uno vaya a tomar alguna medida o exista algún mecanismo en el cual vaya a perjudicarla a ella en el sentido de que se vaya a enterar la pareja – el esposo y después vaya a tener agresión contra ella. Lo que yo he observado es que las pacientes tienen como un psico terror hacia la pareja o sea hacia el esposo. He tenido pacientes en los cuales la mujer ha tenido una sola pareja y sale

diagnosticada con HPV, entonces no le dicen al esposo por medio a que las vayan a dejar, la vayan a pegar, etc. Entonces no hay una comunicación, una fluidez dentro del entorno familiar en cual puedan manifestarse las preocupaciones, las inquietudes dentro de ese seno familiar como tal (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo/obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Hay casos en los cuales con la intervención de psicología y trabajo social la paciente realiza la denuncia ante las autoridades pertinentes, pero posterior a varios días acude a retirar la denuncia, este comportamiento según el personal de salud se da por el temor a las represalias que pueda tomar la pareja de la paciente o suelen describir que realizan este acto por amor, evidenciándose de este modo la inseguridad ante la cual se siente la paciente y una falsa realidad en el que vive, debido a su autoestima baja o falta de herramientas para enfrentar la vida sin su pareja.

Si mi doc., si pero siempre tratan de tapar y ocultar, uno ya sabe si hay golpe en rostro en el cuerpo, por ejemplo tuvimos una paciente que supuestamente se había caído tenía todo golpes en la costilla, en la cara, entonces que supuestamente se había caído, no había visto y se había resbalado, después de un rato de la indagación aceptaron, se fueron a donde la psicóloga y trabajadora social, la señora puso la denuncia, pero después había quedado ahí porque la señora había ido a quitar la denuncia, las mujeres sean, por miedo a las represalias o por amor supuestamente hacen eso (Entrevista individual, Emergencia, auxiliar de enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 18 jun 2018)

En la investigación incluso se evidencian casos de agresión en áreas de la unidad como emergencias, en donde se notan por reiteradas ocasiones el mismo comportamiento por parte de las mujeres agredidas, que es la negativa a realizar la denuncia y evitan que el trámite proceda con la llamada y notificación respectiva a la policía. Comportamiento que

entorpece el manejo y seguimiento del caso, por lo que únicamente se limitan a realizar manejo sintomático.

Llegó una paciente a la emergencia que fue agredida y me pidieron una valoración como ginecólogo en la cual la paciente tenía signos de agresión como: equimosis, edema a nivel de la región maleolar, equimosis a nivel de la zona pélvica.

¿Cómo lo manejaron?

Desde el punto de vista obstétrico se le puso todas las medidas generales, analgésico. Pero la paciente rotundamente se negaba a que no iba a poner la denuncia y que no, que realmente fue porque el esposo estaba pasado del grado etílico y ella achaca que producto de eso fue que la agredió, pero no trascendió más de acá porque la paciente se negó rotundamente a poner la denuncia y evidentemente si la paciente no quiere colocar la denuncia no podemos llamar a las autoridades. (Entrevista individual, Consulta externa, Ginecólogo/obstetra, hombre, 48 años, UMEA, 18 jun 2018)

Dentro de los casos que se pudieron recolectar está el siguiente en el cual se percibe un alto grado de violencia, reflejado por celos e inseguridad por parte de la pareja del paciente, en el cual el abordaje que se realizó fue adecuado a tal punto que la pareja reconoció su error y decidieron tomar a ayuda psicológica que se les brindó, lamentablemente se evidencia las falencias que muestra el sistema, debido a la falta de citas subsecuentes no se logró realizar las consultas consecutivas de la pareja, como lo notamos en el siguiente relato:

Tuve un caso bastante peculiar que no me olvido hasta ahora, era una pareja, pareja joven que vino por acá a la unidad, el marido sumamente agresivo por

unas tres o cuatro veces la chica se escapó de que le mate, incluso él le pegaba, la ahorcaba, le desfiguraba la cara y él luego iba a comprar la medicación y ella no quería divorciarse, entonces la medida que ella optó fue irse a vivir con los papás con el objetivo de que si le pegue no le mate, ese era el objetivo, entonces yo les dije que este es un proceso en el cual ambos deben acogerse a un proceso psicológico de pareja e individual, porque ellos querían estar juntos y uno tampoco tiene que hacer que se divorcien, sino es lo que el paciente pida y ahí se les explicó lamentablemente que las citas no son consecutivas que regresaron una vez más y de ahí creo se les dificultó coger las cita. ¿Y usted ya no se metió en el ámbito legal? Ámbito legal no, ámbito legal ya es obligatorio meterse cuando es a menores de edad, pero a mayores de edad cierta manera suelo hacer la confrontación con las personas he mujeres que son víctima de violencia les digo no creo que usted quiere ser un número más de las víctimas de femicidio ellas lloran y me dicen “no yo no quiero eso” le digo entonces que vamos a hacer y hasta ahí quedamos (Entrevista individual, Consulta externa, psicóloga, mujer, 28años, UMEA, 21 jun 2018)

Durante la entrevista se logró recolectar testimonios que describen la realidad que puede vivir una mujer víctima de violencia por parte de su pareja, que llega a ser reiterativa, en la cual palpamos que es presa del miedo y su autoestima está abolida, pero brindándole una valoración integral, asesoría adecuada y seguimiento respectivo se puede cambiar esta realidad como se describe a continuación:

Si hemos tenido un caso super fuerte, ya era como la décima vez que la señora era atendida y siempre aducía que se golpeó con la puerta, que se cayó o que no había visto, lo que hicimos fue concienciar y mencionar los protocolos que tenemos para actuar frente a esto, las medidas de amparo que ella puede recibir, porque

ella tenía miedo de que le vuelva a pegar, decía “yo le denuncié pero ahí sí me ha de matar”, entonces le acompañé, cogimos el carro y nos fuimos a hacer la denuncia, ahí la secretaria de la fiscal de turno le explicó cómo debería actuar, las medidas que tiene, haciéndole activar el botón de pánico y bueno, sé que están separados, el señor no se le ha acercado, si ha tenido llamadas pero de igual manera dándole consejos que se puede bloquear los números, que no siempre debe contestarle y temas así. Sí hemos visto que está saliendo a flote, está también con atenciones psicológicas la señora. (Entrevista individual, Consulta externa, trabajo social, mujer, 32años, UMEA, 18 jun 2018)

A través de la recolección de las historias de vida podemos evidenciar que a pesar de las políticas públicas creadas en relación a la violencia hacia la mujer, el tema está presente y se evidencia por casos sumamente fuertes como los descritos anteriormente, que nos hace cuestionar el hecho de que a pesar de la existencia de normas al respecto los casos siguen estando presentes y que lamentablemente el problema es multifactorial e involucra tanto a la población como a especialistas de la salud y se lo debería abordar de manera integral.

En la tabla 20 se realiza un resumen con las principales descripciones de casos referidas por los participantes.

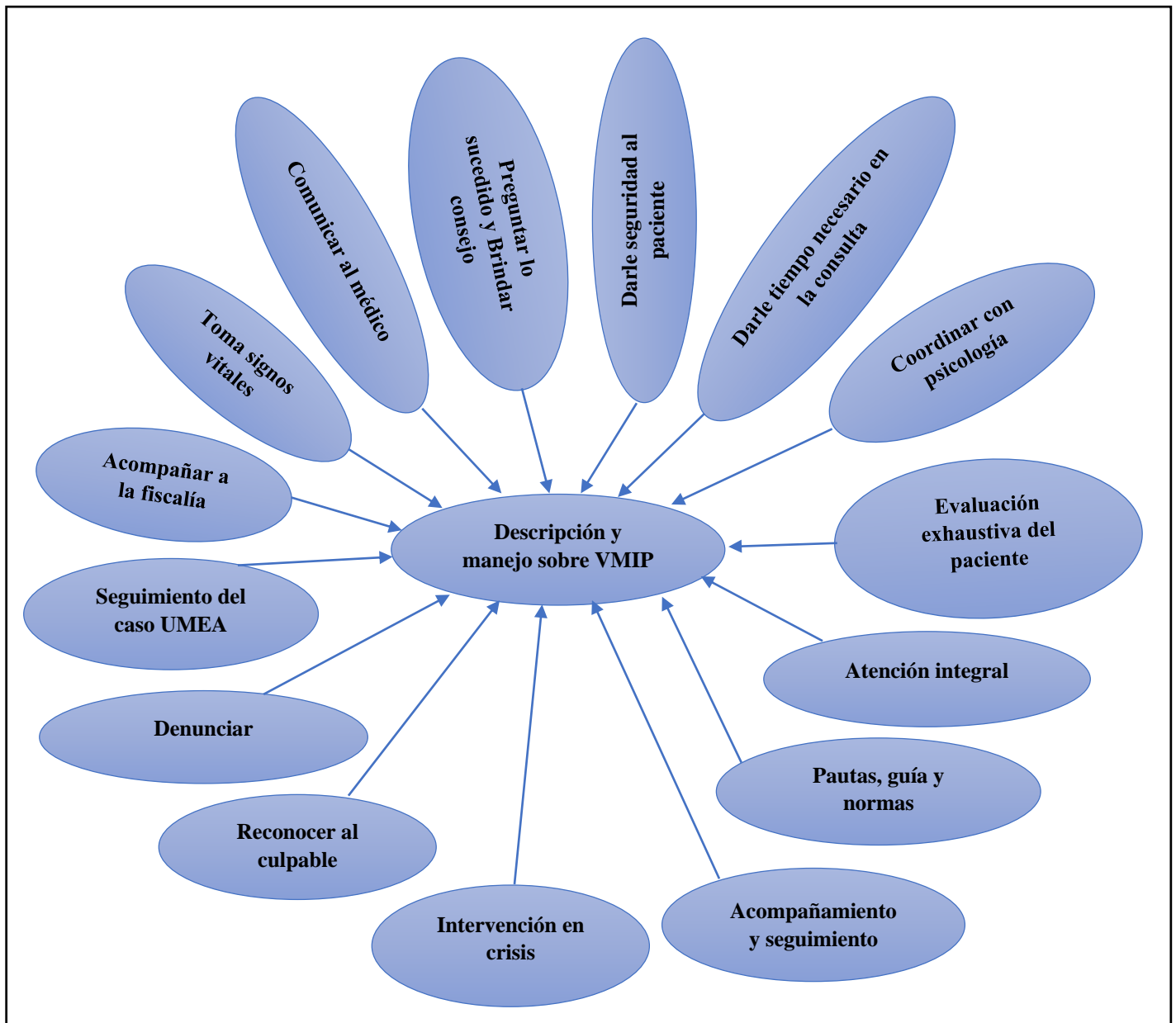
Tabla 20. Resumen de la descripción y manejo de casos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA

Personal	Descripción y manejo de casos
Médicos Generales	<i>Darle seguridad al paciente Darle el tiempo necesario en la consulta Coordinar con psicología</i>
Médicos Familiares	<i>Evaluación exhaustiva de la paciente Atención integral Pautas, guías y normas de alerta Acompañamiento y seguimiento del caso</i>
Ginecobstetricia	<i>Intervención en crisis Reconozca que la culpa no es suya, sino de quien victimiza Debe denunciar Seguimiento del caso como Unidad Médica Hacerle sentir que es importante para nosotros Realizar seguimiento</i>
Trabajo Social	<i>Si la paciente desea realizar la denuncia, se la acompaña a la fiscalía Seguimiento del caso en la unidad</i>
Psicología	<i>Realiza una intervención</i>
Licenciadas y Auxiliares de enfermería	<i>Tomar signos vitales Comunicar al médico que está a cargo del servicio</i>
Personal Administrativo y Admisión	<i>Preguntar lo sucedido Brindar un consejo</i>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 30. Descripción y manejo de casos de violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA



Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN ETNOGRÁFICO ACERCA DE LA DESCRIPCIÓN Y
MANEJO DE CASOS DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA
POR LA PAREJA SEGÚN EL PERSONAL DE SALUD DE LA UMEA**

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

Al momento de realizar la detección de los casos de violencia hacia la mujer por parte de su pareja, el personal de salud de la unidad en general no estaba claro al respecto de cómo debían realizar el abordaje y el seguimiento de la paciente. Y en varias ocasiones no deseaban involucrarse, debido a las consecuencias personales o legales que esto podría acarrearles.

5.1.2.12 Soluciones, sugerencias y recomendaciones acerca del manejo de violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

Durante las entrevistas individuales y de grupos focales surgieron algunas ideas para realizar el manejo de violencia infligida hacia la mujer por parte de su pareja.

Debería darse un poco más de poder a las terceras personas (testigos) para realizar las denuncias, así la víctima no esté de acuerdo, de tal modo que las autoridades tengan conocimiento y puedan proceder.

Yo creo que la mayor dificultad es la parte legal, porque yo creo y siempre lo he dicho que en casos de violencia psicológica, física o sexual deberían dar un poco de poder a las terceras personas para la denuncia, veo que maltratan, no sé a mi hermana y mi hermana dice no voy a denunciar, como testigos deberíamos poder poner la denuncia, yo creo que en ese caso se disminuirían los casos de femicidio.... (Entrevista individual, Consulta externa, postgradista de medicina familiar, mujer, 29 años, UMEA, 27 jun 2018)

Los participantes insisten en que se debe realizar una detección precoz oportuna de la violencia contra la mujer por parte de su pareja, para poder ayudar y canalizar de manera adecuada a esta población vulnerable y vulnerada que requiere ayuda.

*Ah...sí se debe indagar siempre, eh porque es la única forma, **porque como médicos estamos llamados no solo a la atención de las causas de morbimortalidad o enfermedad sino también en la prevención, somos llamados en la atención primaria principalmente para la prevención entonces si fuera importante hacer la detección precoz oportuna para ayudar y canalizar he a este tipo de personas que requieren ayuda** (Entrevista individual, Consulta externa, pediatra, mujer, 39años, UMEA, 20 jun 2018)*

Identificar los casos, crear grupos de ayuda dirigidos a las mujeres víctimas de VIP para realizar consejería, apoyo psicológico autoestima e integrarle a la sociedad. Además, organizar charlas educativas sobre los derechos de la mujer y relacionados con tema de violencia dirigido a pacientes, familiares y a los profesionales de la salud. Como recomendación se expresa la educación fundamental en los profesionales de salud sobre todo en enfermería para poder hacer screening de violencia y hacer educación post consulta.

*Sí, en este caso si deberíamos **hacer una identificación ya que existe una alta tasa de morbilidad dentro de los femicidio y no está bien que siga sucediendo más de esto y nosotros sí pensaríamos que así como existen campañas para diabetes, hipertensión existan campañas donde se puedan abarcar todo este tema hacia la mujer** y ella pueda ser escuchada por nosotros y también aconsejarle acerca de lo que se puede hacer que tampoco es una maldad, sino ella mismo dándose a conocer que está siendo víctima y los hijos también que son parte de este círculo de*

violencia hacia la mujer. (Entrevista individual, Emergencia, licenciada en enfermería, mujer, 35 años, UMEA, 25 jun 2018)

Una parte importante y fundamental en esta población es la educación, misma que debería establecerse como norma en las diferentes instituciones de salud, que sobre todo debería fomentar el diagnóstico, seguimiento y manejo de estos casos con las actualizaciones respectivas al tema. Además, se debería impartir a las pacientes los conocimientos respecto a las leyes que las amparan y al uso que pueden hacer de las instancias legales.

Hacer charlas educativas, eh... unas a las mujeres que están siendo agredidas que no están solas que aquí también pueden venir y nosotras podemos ayudarles en sus casos, tener así como hay grupo de hipertensos, diabéticos, también tener un grupo para las mujeres maltratadas; así como hay también para las mujeres embarazadas adolescentes, preparación para el parto, así también debería ser bueno para ellas, consejería, se les ayude, imparta videos y se focalice que haya protección y que seamos un buen grupo.

*Yo pienso que se tendría que **difundir un poco más los derechos** que tiene la paciente de denunciar, como una política pública. Las personas que están más en contacto son las enfermeras tomándole los signos vitales yo pienso que con ellas habría que trabajar, las personas de admisión que ven afuera quien está llorando, quien está peleando y quien está por ahí con signos de depresión, **entonces yo pienso que a las enfermeras en las post consultas pueden hacer un screening rápido de violencia y de preguntar si es que le gustaría que se intervenga en la paciente porque algunas no quieren.** (Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)*

Un punto importante y de gran valor sería fomentar la igualdad de género en el hogar desde la infancia, impartiendo enseñanzas como el respeto y compartir roles; Con la finalidad de frenan el machismo que ataña a nuestra sociedad.

Nosotros tenemos que inculcar la educación de los niños desde que son pequeños, que el trato que se merecen es igual al trato de los niños y niñas, a respetar, a compartir roles, entonces desde ahí sería ya donde nosotros podemos frenar el machismo y una mujer sumisa que a todo diga que sí y que no sea capaz de hacer escuchar su voz y pararse prácticamente ante la agresión. Nosotras las madres tenemos la culpa porque si tenemos un hijo varón no que no lave, que no arregle, nosotras lo criamos con ese machismo, como que es un delito lavar un plato, arreglar o cocinar. (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Se sugiere que los profesionales realicen actualizaciones del conocimiento y autoeducación sobre estos temas, además de solicitar capacitaciones en sus áreas de trabajo; tomando en cuenta que este es un tema que a la mayoría del personal de salud les resulta difícil de abordar, la realidad es que existe y es más frecuente de lo que pensamos y en ocasiones resulta más fácil ignorarlo que afrontarlo.

Si, si existe esto, está también la parte importante de nuestra cultura mirar como yo les digo a los paciente, educarme y auto educarme sobre eso, porque nosotros no solo estamos para la ciencia y las técnicas sino sería igual, a nivel de unidad que se debería hacer un curso, yo tengo algo de duda en este tema porque ustedes ponen todo su contingente, su tiempo, sus recursos y todo, pero esto tendría que canalizarse y dejar como algo sembrado en la unidad, decir esto queda de inicio para nosotras poder seguir, que no solo quede en papeles, sino no conseguiríamos nada si es así. (Testimonio del grupo Focal # 1, 25 junio 2018)

Procurar que las pacientes que deciden denunciar el maltrato puedan tener garantías de protección legal. El personal de salud debería estar en la capacidad de realizar un informe sobre la situación de la paciente y poder canalizarla a instancias legales.

*Pienso que el punto fundamental es brindar protección a la víctima, porque por más charlas, más videos conferencias, más pancartas para que sirva para las demás personas es un decir, pero al fin y al cabo detrás de eso dicen si tiene razón, pero verdaderamente yo soy la persona afectada que va a ser afectada, **entonces yo pienso que si no garantiza verdaderamente que no le va a pasar nada. Creo que la gran pregunta y solución es que, si se van a decidir alejarse de las parejas que las están atacando, después de eso que hacen, porque es obvio que se van a quedar sin el apoyo económico, con sus familias y sin trabajo, bueno casi siempre la mayoría de los casos los esposos, entonces que van a hacer las mujeres.***

*Bueno de **hecho** estamos obligados como profesional poner un informe en el que se describa, o sea no denunciar como tal porque no hemos sido tampoco testigos presenciales, pero si elaborar un informe de acuerdo al área en el que le atienda, por ejemplo sería bueno que el área médica derive a psicología, psicología a su vez pone conocimiento en trabajo social, elabore un informe y se pone, **se ingresa en la fiscalía es una denuncia como profesional, se eleva a conocimiento judicial para que pueda actuar e investigar el caso, ya queda asentado por si algo le pasara a la víctima.** (Testimonio del grupo Focal # 2, 25 jun 2018)*

Asimismo, se debería crear y socializar un protocolo de prevención, diagnóstico, manejo y seguimiento de la VMIP, si bien es cierto existe la guía de manejo, misma que no es conocida por el personal de salud, por lo que resultaría adecuado crear un protocolo de manejo para cada área tomando en cuenta las características de su población para lograr un adecuado manejo.

*Un protocolo antes para prevenir; durante y después porque como decíamos las mujeres llegan a la denuncia pero no siguen con el proceso y muchas veces este proceso o no pasa nada y la mujer sigue violentada hasta llegar al femicidio o algo y caen en problemas económicos, en problemas con los hijos entonces hay que **hacer un seguimiento a la familia, que debe ser largo** inclusive ver al mismo porque ya se convierte el agresor en nuestro paciente y muchas veces no nos damos cuenta de eso y no nos damos cuenta que es una persona que necesita ayuda.*

(Testimonio del grupo Focal # 4, 09 jul 2018)

Dentro de las soluciones y sugerencias para el manejo de violencia contra la mujer infligida por su pareja, en los testimonios podemos evidenciar que la mayor parte de las respuestas están en relación con la educación que se debe manejar de manera continua, tanto para usuarias/os y personal de salud, así como realizar protocolos y lineamientos a seguir en cada unidad de salud, tomando en cuenta los aspectos propios de cada población.

En la tabla 21, se realiza un resumen con las principales ideas y sugerencias sobre este problema social.

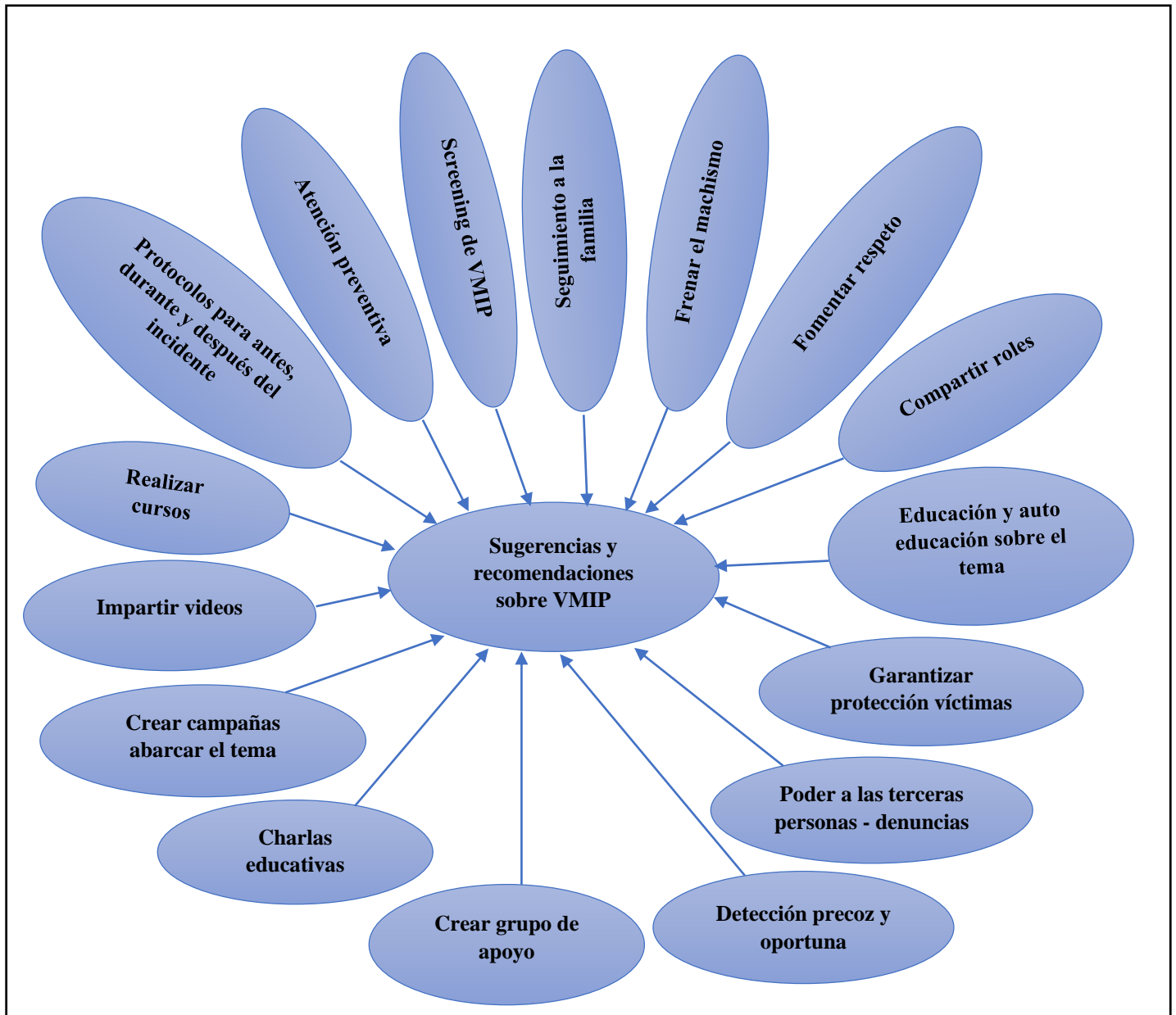
Tabla 21. Resumen soluciones, sugerencias y recomendaciones acerca del diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA

Comentario	Manejo de violencia hacia la mujer infligida por la pareja
Soluciones	<p><i>Frenar el machismo</i> <i>Fomentar el respeto</i> <i>Compartir roles</i> <i>Educarme y auto educarme sobre el tema</i> <i>Garantizar protección</i></p>
Sugerencias	<p><i>Deberían dar un poco de poder a las terceras personas para la denuncia</i> <i>Hacer una detección precoz oportuna para ayudar y canalizar a este tipo de personas que requieren ayuda</i> <i>Crear grupos de ayuda dirigidos a las mujeres víctimas de VIP para realizar consejería, apoyo psicológico autoestima e integrarle a la sociedad</i> <i>Organizar charlas educativas sobre los derechos de la mujer y relacionados con tema de violencia dirigido a pacientes, familiares y a los profesionales de la salud</i> <i>Campañas donde se puedan abarcar todo este tema hacia la mujer</i> <i>Recibir charlas educativas</i> <i>Impartir videos</i> <i>Hacer un curso sobre el tema</i> <i>Tener un protocolo para antes, durante y después del incidente</i></p>
Recomendaciones	<p><i>Como médicos estamos llamados no solo a la atención de las causas de morbimortalidad o enfermedad, sino también a la atención primaria principalmente en la prevención</i> <i>Educación fundamental en los profesionales de salud sobre todo en enfermería para poder hacer screening de violencia y hacer educación post consulta.</i> <i>Se focalice y haya protección</i> <i>Seamos un buen grupo</i> <i>Realizar una denuncia como profesional</i> <i>Realizar seguimiento a la familia</i></p>

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

Figura 31. Soluciones, sugerencias y recomendaciones acerca del diagnóstico y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja, según el personal de la UMEA



Modelo tomado de: (Giddens, 2002)

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

**RESUMEN ETNOGRÁFICO ACERCA DE SOLUCIONES,
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES ACERCA DEL MANEJO DE
VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR LA PAREJA SEGÚN
EL PERSONAL DE LA UMEA**

INTERPRETACIÓN DE LAS AUTORAS

En este acápite se observó que las soluciones planteadas por el personal en estudio están en función de la parte social de las familias, como es frenar el machismo, mediante la educación en el núcleo familiar, educación y auto educación sobre el tema, además de garantizar la protección.

Las sugerencias vertidas fueron en función a darle poder a las terceras personas, realizar educación hacia las pacientes y personal de la unidad de salud respecto al tema, crear grupos de ayuda y tener protocolos de manejo integral.

Dentro de las recomendaciones realizar atención preventiva, screening de violencia, educación post consulta y realizar seguimiento a la familia.

Elaborado por: Dra. Silvia Suquillo y Dra. Nancy Vera

Fuente: Datos recolectados de la UMEA

6 CAPITULO VI

6.1 DISCUSION

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer lo constituye la infligida por la pareja, según cifras encontradas en Ecuador en la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres realizada en el 2011 que señalan la magnitud y persistencia de este problema, se observó que 6 de cada 10 mujeres (60,6%) de 15 y más años declaran haber vivido una o más formas de violencia de género sea física, psicológica, sexual o patrimonial y de ellas un 69,5% han estado involucradas sus actuales o anteriores parejas (INEC, 2011). Por esta razón, es indispensable que todo el personal de los servicios de salud se encuentre en la capacidad de realizar un diagnóstico y manejo adecuado de los casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja, que se realicen actualizaciones permanentes acerca del tema y se creen protocolos de actuación para la atención multidisciplinaria de estas víctimas.

6.1.1 Sobre materiales y métodos

En este estudio utilizamos la metodología cualitativa etnográfica con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro, esta técnica permite la recolección de datos descriptivos y observacionales con la finalidad de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como la perciben los participantes.

La información fue recolectada por medio de entrevistas semiestructuradas individuales y de grupos focales a través de grabaciones de audio.

Los datos recolectados fueron transcritos textualmente en Word office 365, categorizados por medio de indicadores cualitativos y analizados por análisis de

contenido cualitativo técnica que permite una organización y reducción rápida de los datos para su interpretación.

6.1.2 Datos demográficos de los participantes

Para poder identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el manejo de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja del personal de salud de la Unidad Médica Eloy Alfaro se realizó esta investigación en todas de las áreas de atención al usuario y en la que participaron un total de 42 personas (n=42) entre médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, licenciadas en laboratorio y fisioterapia, auxiliares de farmacia, administrativos, trabajadora social, psicóloga, nutricionista y farmacéutica como se describe en la tabla No 5.

Inicialmente pudimos observar que al comentar sobre la temática de la investigación ciertas personas estuvieron renuentes a participar, pero al mencionar en forma detallada como sería su participación mejoró su actitud y decidieron colaborar en el proyecto.

Ocho personas no participaron, por diversas razones, entre ellas: dificultad en el horario, cargo administrativo con horario fluctuante, rotación fuera de la unidad en el caso de una posgradista, cambio a otra unidad médica, incomodidad con este tema y dos no quisieron indicar el motivo.

Del total de la muestra, fueron 35 mujeres (83%) y 7 hombres (17%), con edades comprendidas entre 25 y 58 años, de ellos el 50% son casados y el resto corresponde a solteros, unión de hecho y divorciados; de nacionalidad ecuatoriana un 99% y venezolana 1%; la mitad de los participantes proceden de Quito y los restantes de ciudades como Loja, Cuenca, Riobamba, El Oro, Chone, Imbabura, Carchi, Puyo y Caracas. La religión predominante es la católica con el 74%.

Los profesionales médicos constituyeron un gran porcentaje de la muestra (22%), seguidos del 10% para el personal de laboratorio y auxiliares de enfermería. El 69% indicó tener instrucción superior tercer nivel, el 21% cuarto nivel y el 10% secundaria (Bachillerato); la institución universitaria en la que se formó la mayor parte de la población fue la Universidad Central del Ecuador con un 55%, seguido de la PUCE con el 14% y el resto en otras universidades; los médicos son los que más refirieron haber realizado sus estudios en la UCE sobre todo los de tercer nivel y en la PUCE los estudios de posgrado. Según las áreas de trabajo el 36% labora en consulta externa, el 19% en emergencias y el resto en los otros servicios, el tiempo de labor en la UMEA varió entre menos de un año a seis años con un mayor porcentaje de 24% para los que trabajaron durante tres años.

Un dato digno de mencionar es la prevalencia del sexo femenino en el estudio, sobre todo en el personal de enfermería y auxiliares de enfermería.

6.1.3 Conocimientos acerca de la detección y manejo de violencia hacia la mujer infligida por la pareja

Se valoraron los conocimientos de los participantes sobre: la definición de violencia, tipos de violencia, factores de riesgo y grupos vulnerables, conocimientos previos y de protocolos, detección y reconocimiento de signos y síntomas de la VMIP.

La violencia hacia la mujer infligida por la pareja es considerada como una de las formas más comunes de violencia contra la mujer, se la define como todo acto o comportamiento que implique maltrato físico, psicológico, sexual o económico dentro de una relación íntima y en la que puede estar implicado el cónyuge o parejas actuales y anteriores. (Roelens et al) (OMS, 2013).

En base a esta **definición** se hizo una comparación con las respuestas entregadas por los participantes de la investigación; se observó que algunos de ellos solicitaron aclaración de términos y otros se concentraron en expresar únicamente sobre los tipos de violencia; no hubo diferencias significativas en los conocimientos según los diferentes profesionales ni relación con las áreas de trabajo, sin embargo, los profesionales médicos tuvieron una definición más clara sobre la VMIP.

De esta manera queda definida la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según los participantes de la UMEA como: **un tipo de violencia hacia la mujer que implica cualquier acto de violencia, maltrato, abuso o agresión sea física, psicológica o económica por parte de su pareja con la que puede tener una relación de noviazgo, matrimonio o algún tipo de unión legal o convivencia.**

La teoría reconoce 4 **tipos de violencia**: Física, psicológica, sexual y patrimonial; éstas son las reconocidas dentro del marco legal de la Constitución del Ecuador y pueden ser expresadas de diferentes formas sobre la víctima.

La violencia física y psicológica fueron las más reconocidas y mencionadas por todos los participantes del estudio, manifestaciones de la primera se describen: golpes, puñetes y abuso físico y en la segunda: agresión verbal, ofensas, insultos, señales obscenas, maltrato emocional, pérdida de la autoestima, menosprecio, discriminación, humillación y afectación a la moral. En menor proporción se menciona a la violencia sexual, el personal de psicología, trabajo social, fisioterapia, laboratorio y farmacia no lo indicaron. La Violencia patrimonial o económica fue reconocida con menos frecuencia, únicamente los médicos generales, postgradistas de Medicina familiar y trabajadora social la describieron.

La vulnerabilidad es considerada como un resultado del cúmulo de desventajas sociales y una mayor posibilidad de presentar daño en cualquier dimensión derivada de causas sociales y características personales/culturales según Acevedo, 2015; se valoró el

reconocimiento de **grupos vulnerables** durante las entrevistas de grupos focales, quienes consideran de esta manera a las mujeres, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, discapacitados, indígenas y a las personas de escasos recursos económicos. Las mujeres y niños son los más mencionados por los participantes lo que coincide con la literatura general sobre esta problemática.

De igual manera se abordó acerca de los **factores de riesgo** que pueden ayudar en la sospecha diagnóstica de VMIP, entre ellos se indicaron al machismo como el principal factor de violencia, ya que, dentro de la cultura social existe una base arraigada con la creencia de superioridad del hombre hacia la mujer plasmados en dichos populares como “aunque pegue, aunque mate marido es”, esta puede ser la razón por la que los niños especialmente los varones crecen en hogares violentos y ven como normal la existencia de violencia sobre todo la ejercida contra la mujer; la baja autoestima de la mujer, haber presenciado VIP en la niñez, baja escolaridad, bajo nivel socioeconómico, ingresos económicos inestables y los celos son elementos que harían susceptible a una mujer para ser víctima de maltrato y ante los cuales el personal debería estar atento. Según la teoría consultada son existen más factores que influyen en la presencia de esta problemática social, sin embargo, en este estudio se describieron únicamente las ya mencionadas.

Se evaluó acerca de los **conocimientos previos** que tenían los participantes **de violencia hacia la mujer infligida por la pareja** y donde los habían adquirido, en este indicador si creímos conveniente analizar la relación existente entre conocimiento y nivel de estudios o institución académica en la que se formaron.

En nuestra investigación encontramos que más de la mitad de los entrevistados indicaron nunca haber recibido capacitación formal acerca de VMIP, pero si se han informado a través de los medios de comunicación, noticias, campañas educativas, observación de casos y autoeducación (folletos, internet); si existió una diferencia entre

los profesionales con conocimientos previos sobre el tema y los que dijeron que no lo tenían. La institución donde habían realizado sus estudios académicos no fue una variable que haga una diferencia entre los conocimientos actuales de violencia hacia la mujer que pudieran tener los participantes. Entre los que dijeron que nunca recibieron información o capacitación sobre el tema estuvieron el personal de: medicina general (Dos de cinco participantes), ginecología, pediatría, nutrición, enfermería (Enfermeras y auxiliares de enfermería), odontología, fisioterapia, laboratorio, farmacia y administrativos. Únicamente tres de las médicas generales, los médicos familiares, postgradistas de medicina, familiar, psicóloga, trabajadora social, una auxiliar de enfermería, una licenciada de laboratorio y una administrativa (Comunicadora social) dijeron que en la universidad sí recibieron información, aunque no detallada sobre VMIP. Los médicos familiares y postgradistas de medicina familiar revisaron temas de violencia sólo en el posgrado no en sus estudios de pregrado.

Estos datos se asemejan a los encontrados en México en el estudio de Venegas y colaboradores con la participación de médicos familiares en el que el 91% de ellos no tuvieron capacitación formal sobre el tema y difieren con datos de España encontrados en la Macroencuesta Nacional de violencia contra la mujer 2015 de igual forma en médicos familiares con valores mejores entre el 60.1% si habían realizado algún tipo de formación sobre violencia de género. En el caso de las enfermeras en el estudio de Valdés y colaboradores donde se les preguntó sobre su percepción de conocimiento sobre violencia de género a lo que respondieron como bajo un 55.2% y medio el 34.2%.

Sobre el **conocimiento de leyes, protocolos o guías de manejo**; en las entrevistas de grupos focales se abordó el tema de leyes preguntándoles si en ese momento serían capaces de mencionar lo que indican las leyes de protección hacia la mujer vigentes en el país a lo que respondieron en forma unánime en todos los grupos, que reconocen la

existencia de normas legales pero que no podrían describirlas detalladamente. Al preguntar si conocían acerca de protocolos de actuación y manejo de las pacientes víctimas de VIP dentro de la unidad o con respecto a la Guía de atención integral en violencia de género del Ministerio de Salud Pública las respuestas fueron en su mayoría negativas, se realizó un análisis detallado entre todos los profesionales de la UMEA, entre los que sí mencionaron a la Guía de manejo del MSP estuvieron: una médica general, una médica familiar, dos posgradistas de medicina familiar y la trabajadora social el resto no lo hace y expresan que al no tener un protocolo específico ellos se limitan a referir a la trabajadora social, psicología o comunicar a las autoridades competentes para que inicien una atención adecuada de las víctimas.

La **detección de signos y síntomas de VMIP** constituye un punto trascendental y así poder actuar en forma oportuna y precoz sobre este problema social; para el análisis de este indicador se lo dividió en categorías según la forma de presentación, en: físicos, psicológicos, sociales, comportamiento durante la consulta y según la afectación de terceros. Todos los participantes supieron expresar algún tipo de signo o síntoma con el cual podrían reconocer a una mujer maltratada por la pareja, sobre todo las manifestaciones físicas y psicológicas. Además, se tomó en cuenta que ciertos profesionales tienen mayor contacto o manejan directamente a las pacientes por diversos motivos de consulta o específicamente en casos de violencia, entre ellos tenemos a los médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, odontólogos, fisioterapeutas y al personal de nutrición, psicología y trabajo social; estos profesionales se orientaron más hacia la actitud que puede tener una mujer maltratada en el momento de solicitar atención, durante la consulta y en el seguimiento. Al contrario, en los servicios de farmacia, laboratorio, admisión y administrativos refirieron que, por interactuar de manera corta, rápida o al no tener un contacto directo con ellas es difícil realizar detección de estos casos y lo que más

les podría ayudar son las manifestaciones físicas y emocionales con las que pueden acudir las mujeres víctimas de VIP.

Entre los **signos físicos reconocidos** destacan: las lesiones o estigmas de lesiones corporales como golpes, equimosis, heridas, hematomas, laceraciones, expresión facial y exceso de maquillaje para ocultar estos traumas. En la parte **psicológica** se describen: la actitud de la mujer que puede ser tímida, callada o extrovertida, temerosa, apática, cohibida, reprimida y sensible; también puede presentar llanto fácil, depresión, ser sumisa, de baja autoestima y dependiente de la pareja. **Durante la consulta** estas pacientes pueden presentar: baja colaboración con el interrogatorio, llanto, acuden repetidas veces por lesiones y justifican con otras causas, hiper frecuentación – motivo de consulta oculto, mala evolución durante el embarazo, pareja dominante en el consultorio, pueden llegar solicitando ayuda por maltrato o referidas de otra especialidad. Existe una afectación en el desarrollo de los hijos y también sobre personas que vivan entorno a la mujer maltratada. En el **ámbito social** estas mujeres toman una actitud de aislamiento, evitan integrar grupos sociales, cambian su forma de actuar por ejemplo esta siempre a la defensiva con otras personas, ya no les importa su aspecto físico y pueden tener problemas en su entorno laboral debido a los comentarios por parte de los compañeros de trabajo.

6.1.4 Actitud de los participantes hacia la detección y manejo de la VMIP

Con respecto a la valoración de actitudes, se investigó sobre la forma en que actuarían los participantes ante la sospecha de VMIP, los motivos para realizar detección y las barreras o limitantes que tenían para el diagnóstico y manejo de estos casos.

Actitud de los profesionales ante la sospecha de VMIP

En España un estudio cuantitativo encontró que cuando la mujer no quiere denunciar, los participantes (médicos familiares) el 95% lo registra en la historia clínica, 91.9% derivan a trabajo social, 88.2% haría un parte de las lesiones y el 88.4% intentarían convencerla para que haga la denuncia o lo piense y lo haga más adelante (Meneses, 2015).

Nuestro estudio al ser cualitativo no maneja datos porcentuales, el análisis se basa en la frecuencia de las principales respuestas recolectadas de los entrevistados. Existen diferentes posiciones entre los profesionales de salud con respecto a la detección y manejo de la VMIP, algunas actitudes fueron dependientes del área en la que se desempeñan, ya que no todos los participantes manejan directamente los casos de violencia, la mayoría responde que de alguna manera trataría de ayudar y son pocos los que dijeron no querer inmiscuirse en el tema.

La referencia a trabajo social y a psicología fueron las principales respuestas mencionadas en las entrevistas, lo harían por diversas razones, como: no tener los conocimientos necesarios para enfrentar esta problemática, no es parte de su competencia profesional, para un manejo conjunto, para el seguimiento y para que se realice el trámite legal de ser necesario.

En forma general los médicos indican que si se sospecha de VMIP lo primero es profundizar más sobre el tema con la paciente, si logran hacer el diagnóstico y no se sienten con la capacidad para manejar el caso lo refieren a psicología o a trabajo social para que se tomen las medidas respectivas y se haga un seguimiento. Los médicos familiares y posgradistas de medicina familiar recalcaron que lo importante es realizar un manejo multidisciplinario, es decir, no se deslindarían de la paciente sino más bien continuarían evaluándola.

Otra alternativa que plantearon los entrevistados en caso de reconocer a una mujer víctima de VIP sería tratar de conversar con ella, intentar ganar su confianza, procurar empatía, no juzgarla, mostrar su deseo de apoyarla y posterior a ello procurar convencerla para que busque ayuda profesional y denuncie a la pareja. Dentro de este ítem algunas participantes sobre todo mujeres expresaron que le aconsejarían a la víctima abandonar o separarse del agresor, también intentar una búsqueda de las razones por las que se tolere este tipo de abuso y presentarle alternativas para romper el círculo de violencia.

Algunos participantes concuerdan en que se debe procurar convencer a la paciente para que sea ella quien tome la decisión de denunciar, pero si no se logra hacerlo y si se trata de maltrato grave con lesiones evidentes avisar a las autoridades dentro de la UMEA, llamar a la policía o llevarla directamente a trabajo social para que se le de ayuda inmediata.

En ciertas áreas respondieron que ante estos casos no se indagaría más si la paciente no solicita ayuda, o no sabrían cómo actuar porque la víctima no se deja ayudar, tampoco se mezclarían en este problema porque se trata de un problema entre dos y el tercero sale sobrando, sienten temor que si se dan un consejo o denuncian el caso pueden tener problemas con el agresor cuando se reconcilie con la pareja y además les asusta el hecho de involucrarse en ámbitos legales porque consideran que son procesos muy largos.

En las áreas administrativas y de admisión dijeron que por lo menos actuarían escuchando a la paciente, tratando de dirigirla dentro de la unidad para que le brinden ayuda oportuna y así confortarla un poco, ya que no está dentro de sus competencias el tratamiento de estos casos.

Importancia de realizar detección y consecuencias de la VMIP.

Existen diversas consecuencias generadas por la violencia que repercuten directamente sobre la salud y bienestar de la mujer, y estas a su vez ocasionan una mayor cantidad de visitas a los servicios sanitarios, especialmente a los Centros de Atención Primaria y urgencias por lo que se hace necesario estar alerta, sospechar, detectar y saber actuar en estos casos. (Venegas, 2007) (Rojas et al, 2015) (Valdés, et al, 2016).

La mayor parte de los entrevistados declaró que no realiza detección de violencia en forma rutinaria dentro de su práctica diaria, una de las razones mencionadas fue que no existen muchos casos de VIP que se presenten en la unidad y además no se sienten lo suficientemente preparados para hacerlo. A pesar de ello, casi todos concuerdan en que es muy importante sospechar e investigar sobre este tema por diversas razones, principalmente porque en la actualidad las cifras estadísticas señalan la persistencia de casos de VMIP y que incluso están aumentando.

La violencia hacia la mujer infligida por la pareja conlleva muchas consecuencias que afectan a la víctima y a su entorno familiar sobre todo a sus hijos y otras personas que dependan de ella. Profesionales como la pediatra reconocen que, como personal de salud se convierte en un deber o incluso una obligación sospechar e investigar acerca de violencia contra la mujer infligida por la pareja no solo para tratar las comorbilidades sino también para prevenir consecuencias fatales. Además, es importante realizar detección de VMIP para poder aplicar medidas preventivas, dar un tratamiento oportuno y brindar un manejo multidisciplinario haciendo uso de los recursos profesionales de la UMEA.

Barreras y limitaciones del personal de salud para la detección y manejo de la VMIP

En estudios cuantitativos como la Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015 realizado en España se encontró que uno de los principales obstáculos para la detección o diagnóstico de violencia de género fue que la víctima no quiera reconocer el maltrato en un 95.7%, seguidas de las dificultades idiomáticas y falta de tiempo para la atención de las pacientes; en cambio una limitante para la valoración fue la falta de habilidades para investigar sobre este tema (62.2%). Las dificultades para la actuación de los médicos fueron: los problemas éticos si la mujer no quiere denunciar, miedo de perjudicar a la paciente si se toma alguna acción, temor de realizar una denuncia falsa, desconocimiento de los procedimientos legales y protocolos de actuación y miedo a las represalias del agresor (Meneses, 2015); un estudio similar realizado en Eslovenia, con datos cualitativos, señalan datos similares y entre las principales barreras para la detección de violencia en la pareja están las que surgen de la paciente como la insinceridad, las del médico: ignorancia acerca del tema, escaso compromiso para la detección, riesgo de deterioro de la relación médico paciente y del sistema de salud: falta de tiempo, rotación del personal y financiación inadecuada (Kopčavar et al., 2016)

Datos similares se encontraron en el presente trabajo de investigación, para el análisis de las principales dificultades que tiene el personal de salud para realizar detección y manejo de VMIP **se las clasificaron en 4 categorías** según si es: de la paciente, del profesional, del sistema de salud y de la sociedad.

Entre las barreras para el diagnóstico y manejo de la VMIP que se atribuyen a la **propia mujer**, las mencionadas fueron: quedarse callada ante la violencia, no querer denunciar las agresiones, tolerancia al maltrato, justifican el accionar de la pareja,

miedo a las amenazas del agresor contra ella y contra sus hijos, baja autoestima, dependencia económica y falta de confianza en otras personas.

Existen variables aplicables a este indicador ya que el personal médico es el que tiene mayor contacto y tiempo con las pacientes que acuden por varias circunstancias y puede tener más posibilidades de hacer un diagnóstico y manejar estos casos, en cambio, otros profesionales de otras áreas como odontología, fisioterapia, nutrición y psicología mantiene contacto con las pacientes por otras razones acordes a su especialidad por lo que refirieron se les hace más difícil abordar estos temas, sin embargo, dijeron que en caso de reconocer algún signo de sospecha de violencia sobre todo física, sí procuran guiar en la búsqueda de otro profesional que pueda tratar esta problemática.

Otras **barreras de los profesionales** para el manejo de estos casos es la actitud de las pacientes en la consulta, el acudir por otras causas y negar o justificar que las lesiones sean provocadas por violencia, desconocimientos de las leyes, falta de empatía con la paciente, incomodidad con el tema, falta de entrenamiento para abordar el tema, desconocimiento de protocolos o guías de manejo de VMIP y miedo a las represalias por parte del agresor.

Las **barreras del sistema** que limitan un adecuado manejo de las víctimas de VIP según los participantes de la UMEA son: el tiempo corto de la consulta médica, la falta de protocolos para el manejo de estas pacientes dentro de la unidad, falta de difusión de la guía de MSP sobre violencia de género, falta de campañas informativas y no contar con escalas establecidas para la detección y diagnóstico de violencia hacia la mujer infligida por la pareja.

Las **barreras sociales** juegan un papel muy importante y dentro de ellas se mencionó al machismo como una expresión de la cultura de la sociedad, el normalizar la

violencia con frases arraigadas desde la antigüedad como “aunque pegue o mate marido es” y también considerar a los pequeños actos de violencia como un juego.

6.1.5 Prácticas acerca del manejo y seguimiento de los casos de la VMIP

Dentro de esta variable se valoraron las diferentes formas en que los participantes abordan el tema de VMIP, el manejo de estas pacientes, el seguimiento de los casos y las recomendaciones que plantearon acerca de este problema.

Se analizaron los casos atendidos por el personal de salud de la UMEA dentro de su práctica profesional, en comparación con estudios realizados en otros países (Meneses, 2015) se puede observar una tendencia similar entre las formas de manejo de nuestros participantes.

Los médicos en forma general, durante la consulta, refieren que: lo primero es tener la sospecha de VMIP para lo cual profundizan en el interrogatorio, se intenta darle más tiempo en la consulta, escucharla, si la mujer no admite que se trata de violencia es difícil que puedan actuar en forma adecuada y si se confirma este diagnóstico entonces se realiza un manejo multidisciplinario derivando a la paciente a psicología y trabajo social para el seguimiento del caso. En ciertos entrevistados el manejo llega únicamente hasta la derivación de la paciente, sin embargo, otros profesionales como los médicos familiares procuran mantenerse pendientes del caso junto a las otras especialidades. Una variable que no se preguntó y tampoco fue mencionada por los participantes es el registro de violencia en la historia clínica a diferencia de otros estudios en los que, sí mencionan este elemento, sólo en dos ocasiones se señala que si la paciente no permite realizar una denuncia formal toda la actuación del personal quedaría sólo en papeles lo que hace pensar que sí se lleva un registro.

En los casos de agresión física que llegan por emergencias, los profesionales realizan: manejo sintomático de las pacientes, valoración de heridas y analgésicos, interconsulta a psicología y trabajo social, valoración de otras especialidades si lo requiere, se intenta convencer de hacer la denuncia y si se evalúa un peligro inminente para la seguridad de la paciente dar aviso a las autoridades o llamar a la policía.

En áreas como trabajo social y psicología, ya que son las referentes para el seguimiento de estos casos, señalan que el trabajo no siempre es en una sola consulta, sino que requiere de varias, con intervenciones para que la paciente concientice sobre su situación y se busca el apoyo de redes sociales para continuar el manejo; han tenido experiencias en las que mucho tiempo después logran establecer el diagnóstico. La trabajadora social comentó sobre un caso en el que la mujer víctima de violencia luego de varias conversaciones aceptó realizar la denuncia formal en la fiscalía, la acompañó personalmente y esperó hasta que realice la declaración y le den las medidas de amparo; posteriormente mantuvo contacto con ella y varios meses después logró verificar que esta paciente había logrado superar este trauma.

En psicología se intenta brindar a la mujer las herramientas necesarias para superar las consecuencias psicológicas generadas por la violencia con citas subsecuentes e intentar también terapia para el agresor y en pareja. Con respecto a la parte legal menciona que en ese asunto no interfiere a menos que la paciente lo desee.

El personal de enfermería sobre todo el de emergencias, se enfocan en brindar atención inicial como la toma de signos vitales e investigar el motivo de consulta, en el caso de encontrar a una paciente con signos de agresión o sospecha de VIP

indican inmediatamente al médico de turno para que se inicie la atención. En los casos que no son graves o en los que la paciente oculta que se trate violencia de pareja, ellas conversan con la víctima, intentan convencerlas de pedir ayuda, de acudir a terapia psicológica, de hacerlas reflexionar sobre las graves consecuencias que se presentan si continúan con el maltrato; aunque la mayor parte de veces refieren, las pacientes se niegan a escucharlas.

En los servicios de fisioterapia y odontología, a pesar de que en su área no manejan directamente estos casos si han tenido pacientes con características sospechosas de violencia o lo han comentado en su consulta como tal, lo único que han hecho es atender la parte de su especialidad y darles recomendaciones para que pueda buscar ayuda.

Existen servicios en los que no se interactúa directamente con los usuarios o se mantiene una atención muy corta, es el caso de farmacia, laboratorio y el área administrativa, ellos refirieron no poder hacer algo específico por estas pacientes pero sí ofrecerles un trato más cordial, canalizarlas rápidamente a los servicios donde las puedan ayudar, informar a las autoridades de la unidad, acompañarlas a los consultorios o simplemente escucharlas y tranquilizarlas al momento de su llegada en el caso del personal de admisión.

También hubo participantes que dijeron nunca haber tenido o presenciado algún caso de VMIP y otros que se limitan a derivar, una entrevistada expresó: “yo me lavo las manos”, cuando veo estos casos la refiero a trabajo social o a psicología porque no sé qué hacer.

Al final se notó un desaliento al tratar estos casos, ya que la actuación de cada profesional está ligado a la actitud con la que llegue la paciente víctima de violencia de pareja, si ellas no lo comunican, no buscan ayuda, no denuncian o no les dan

seguimiento a las denuncias, los profesionales de salud continuarán limitándose a una atención momentánea y sin soluciones a largo plazo.

6.1.6 Recomendaciones sobre la violencia hacia la mujer infligida por la pareja según el personal de la UMEA

En cuanto al seguimiento de estos casos, los participantes sugieren: debe ser continuo, firme y llegar a soluciones concretas; deberían intervenir también otros organismos gubernamentales como por ejemplo la policía y no únicamente el sistema de salud, realizar visitas domiciliarias para evaluar la dinámica familiar en las pacientes que se sospeche de VIP con un equipo de salud y del sistema judicial; dentro de la unidad médica el seguimiento debería estar a cargo de trabajo social, psicología y si hay violencia física también el personal médico es decir organizar un equipo multidisciplinario que trabaje directamente con estas pacientes.

También plantearon recomendaciones para la prevención y manejo de la VMIP, entre las que se destacan: realizar charlas educativas y campañas de atención sobre este tema dirigido a todo el público, a las mujeres víctimas de violencia y a los profesionales de salud; permitir que terceras personas puedan realizar la denuncia formal de los casos de VMIP así la víctima no lo desee para que se inicien las respectivas investigaciones pero con las medidas de protección necesarias; promover la autoeducación en el tema en los profesionales de salud, formar grupos de apoyo como los que existen para pacientes crónicos; mejorar los sistemas de protección a la víctima para que se atrevan a denunciar a su agresor; trabajar en una asistencia multidisciplinaria que implique medidas de protección y apoyo psicológico; el personal de salud debe procurar que la víctima se sienta protegida y amparada en todo momento; capacitar a todos los profesionales de los servicios de

salud desde la inducción de Talento Humano y mantenerla en forma continua; elaborar protocolos de detección, actuación y seguimiento de VMIP, socializarlos con todo el personal y difundirlos periódicamente; buscarle redes de apoyo a las familias que tienen este problema para evitar su desintegración; e intentar un acercamiento con el agresor para ofrecer el apoyo y tratamiento que requiera.

Dentro de sistema gubernamental, dijeron: implementar como política pública una mayor difusión sobre los derechos de la mujer, trabajar en propuestas que mejoren las oportunidades de las mujeres para su desarrollo económico y puedan sacar adelante a su familia sin depender de la pareja; y en general se tendría que mejorar la situación económica del país para evitar que sigan existiendo niños viviendo en las calles expuestos a todo tipo de maltrato y perpetuando los círculos de violencia.

A nivel cultural, empezar a combatir el machismo desde los hogares y en las instituciones educativas promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres desde la niñez.

7 CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

La idea de realizar este estudio nace debido a la importancia de la violencia hacia la mujer infligida por la pareja como un problema de salud pública, además del impacto que esta genera en la sociedad. Teniendo en cuenta que para el manejo adecuado los profesionales de la salud son el punto clave no solo para la detección y denuncia de los casos sino también para promover, coordinar y ejecutar las estrategias adecuadas para el manejo integral de la VMIP se hace indispensable la evaluación del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre este tema.

De los datos recabados podemos concluir que:

Entre los resultados de las variables demográficas, se destaca que: participaron 42 personas de las cuales 83% fueron mujeres y 17% hombres, con edades comprendidas entre 25 a 58 años; sólo un 10% de instrucción secundaria y el resto poseen tercer y cuarto nivel de educación superior. Las áreas de mayor concentración de los profesionales fueron consulta externa, emergencia y administrativa. Entre los años de experiencia trabajando en la UMEA van desde menos de un año hasta seis años, con un mayor porcentaje 24% los que trabajan durante 3 años.

En cuanto a los conocimientos sobre la definición de violencia los profesionales médicos dieron un concepto más claro y complejo acerca del tema, y el resto del personal expresó ideas limitadas dirigidas hacia los tipos de violencia.

Los tipos de violencia reconocidos con mayor frecuencia por todos los participantes fueron la física y psicológica; y en menor proporción se mencionaron a la sexual y económica.

Sobre los conocimientos previos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja, fueron pocos los que recibieron información del tema como parte su formación académica y no hubo una variación significativa al comparar las instituciones educativas en las se formaron, más bien, depende del tipo de profesión que tienen y las competencias que desarrollan. Y un considerable número de participantes indicaron que han obtenido conocimientos sobre esta temática a través de medios de comunicación, campañas educativas y autoformación.

Existe un desconocimiento generalizado sobre las leyes de protección a la mujer y sobre la guía de Atención integral en violencia de género del Ministerio de Salud Pública únicamente ciertos médicos generales, los médicos familiares, postgradistas de medicina familiar y la trabajadora social la mencionaron.

Los factores de riesgo para violencia hacia la mujer infligida por la pareja descritos en este estudio fueron: el machismo, la baja escolaridad, exposición de violencia entre los padres en la niñez, inseguridad de la pareja, ingresos económicos bajos y vulnerabilidad de la mujer.

En general todos los participantes son capaces de reconocer los diferentes signos y síntomas que presenta la mujer víctima de violencia infligida por la pareja, sobre todo las manifestaciones físicas y psicológicas.

La población en general estuvo de acuerdo en que es muy importante realizar detección de VMIP con la finalidad de brindar un tratamiento oportuno y abordaje multidisciplinario.

Entre las principales barreras o limitaciones para la detección de VMIP se encuentra las que provienen de la misma paciente, del profesional, del sistema y de la sociedad.

La actitud que tiene el personal de salud con respecto al diagnóstico y manejo de los casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja es positiva, ya que la mayoría de ellos refieren que tratarían de iniciar un diálogo con la paciente para ganar su confianza y hacerle sentir su interés por ayudarla.

Frente a un caso detectado de VMIP los participantes coinciden en derivar a la paciente con un profesional más capacitado en el tema como trabajo social y psicología. Además, indican que se trata de incentivar a la paciente para que tome acciones y las medidas legales respectivas. Un grupo de participantes expresaron que no tomarían medidas al respecto por falta de conocimientos, falta de colaboración de la paciente y resultados poco o nada satisfactorios.

Se sugiere en forma unánime realizar el seguimiento en todos los casos comprobados y en los que se sospeche de violencia infligida por la pareja, mismo que debe ser llevado por un equipo multidisciplinario.

A pesar de la existencia de normas para el manejo de violencia hacia la mujer infligida por la pareja los casos siguen estando presentes y lamentablemente el problema es multifactorial e involucra a todos, población general y personal de salud como se evidenció en las historias de vida relatadas durante la investigación.

7.2 RECOMENDACIONES

El presente estudio puede servir para mejorar la atención hacia las mujeres víctimas de violencia infligida por la pareja y de este surgieron algunas recomendaciones:

- Organizar charlas educativas dirigidas a las usuarias que acuden a los centros de Atención Primaria en todos sus niveles con la finalidad de concientizar acerca de la VMIP y los medios que existen para poder ayudarlas.
- Capacitar en forma continua y periódica al personal de salud con respecto a la detección y manejo de las víctimas de VIP.
- Implementar y socializar protocolos de manejo para cada etapa en cuanto a la prevención, manejo y seguimiento de los casos de VMIP en todos los servicios de salud.
- Crear grupos de apoyo para las mujeres víctimas de violencia infligida por la pareja en los que estén involucrados miembros de la comunidad y familiares de las víctimas y que puedan ofrecer un contacto más rápido con los sistemas de salud y judicial.
- Establecer una vinculación entre el Ministerio de salud y el Ministerio de justicia con el objetivo de tener accesibilidad oportuna a los servicios judiciales y poder garantizar la protección necesaria de las pacientes víctimas de violencia de pareja.
- Fortalecer políticas públicas de educación encaminadas a la difusión de los derechos de las mujeres y prevención de violencia hacia ellas desde los niveles de educación básica con la participación de los educadores, padres y alumnos.
- Plantear iniciativas que permitan un cambio organizativo del sistema de salud con respecto al tiempo de atención en la consulta de los médicos de atención primaria porque son ellos los que tienen más oportunidades de entrar en contacto con las

pacientes en cualquier momento de su ciclo vital y poder detectar los casos de VMIP.

- Trabajar en políticas de estado que brinden mayores oportunidades a las mujeres para que se desarrollen en el ámbito económico y no tengan que depender de terceros sobre todo de su pareja.
- Modificar las concepciones y relaciones de género desde el hogar, fortaleciendo la igualdad entre hombres y mujeres y tratar de romper el paradigma social del machismo.
- Continuar con trabajos de investigación acerca de violencia hacia la mujer infligida por la pareja que incluyan unidades de atención públicas y privadas con la finalidad de planificar intervenciones que permitan obtener cambios visibles en la actuación de los profesionales de los servicios de salud.

8 BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, J., Trujillo, M., López, M. (2015). *La problemática de los grupos vulnerables: Visiones de la realidad*. México. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>
- Arévalo, M. (noviembre de 2010). *Factores de conexión en el derecho Internacional*. Proyecto de investigación. Cuenca: Universidad de Cuenca.
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2017). *Proyecto de Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia de Género Contra las Mujeres Tr. 295579*. Quito. Disponible en: <http://labarraespaciadora.com/wp-content/uploads/2017/11/proyecto-ley-violencias-PDF.pdf>
- Asamblea Nacional República del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las mujeres*. Registro Oficial No. 175. Quito, febrero 2018. Disponible en: http://www.observatoriolegislativo.ec/media/archivos_leyes/Ley_mujer_aprobada.pdf
- Bermudez, K. (2012). *Algoritmos para la toma de decisiones en el manejo de los casos de violencia intrafamiliar en el Centro de Salud Conocoto*. Recuperado de: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9345/TESES_kerllybermudez_final.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Camacho, G. (2014). *La Violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de género contra las mujeres*. Consejo Nacional para la Igualdad de género. Quito-2014. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf
- García-Moreno, C., Pallitto, C. (2013). World Health Organization, *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=A54C725A1EC7445D6C8FF94EDE126CF5?sequence=1
- Guiddens, A., (2002). Sociología. 4ta Edición (p. 203). España, Alianza Editorial.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). Etnografía. Métodos de Investigación. Barcelona: Paidós.

- Heise, L., y García, C. (2002). *Violence by intimate partners*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap4.pdf
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación. Metodología de la investigación*. Recuperado de: <https://doi.org/>- ISBN 978-92-75-32913-9
- Instituto Nacional de Estadística y Censos, INEC. (2011). Violencia de Género. Censo de población y vivienda. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Kopčavar, N., Petek, D., Švab, I., y Selič, P. (2016). *Barriers to screening and possibilities for active detection of family medicine attendees exposed to intimate partner violence*. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/sjph-2016-0002>
- Krug, G., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, B. y Lozano, R. (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 45, p. 130–130. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
- Ley de Cultos (2015). Ministerio de Justicia de la República del Ecuador. Decreto Ejecutivo No. 410. Disponible en: http://www.justicia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/REGLAMENTO_LEY_DE_CULTOS.pdf
- Ley Orgánica de Gestión de Indetidad y Datos Civiles. (2016). Asamblea Nacional del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 684. Disponible en: https://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/LEY_ORGANICA_RC_2016.pdf
- Méndez, P., Valdez, R., Viniegra, L., Rivera, L., y Salmeron, J. (2003). Violencia contra la mujer: Conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México, 45(6), p. 472–482. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003000600007>
- Meneses, C., Marcos, J., Díaz, M. (2015). *La atención primaria frente a la violencia de género: necesidades y propuestas*. Recuperado de: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/gl/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/Atencion_Primary_VG.pdf

- Morales, R. (2015). *“Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”*; Universidad de Murcia. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/366515/TRML.pdf?sequence=1>
- Naula, G. y Jácome, M. (2016). *Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la violencia de género de la población indígena, atendida en el hospital Asdrubal de La Torre del Cantón Cotacachi, durante el período abril-agosto 2016*. Recuperado de: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12671/CONOCIMIENTOS%2C ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA ATENDIDA EN .pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/12671/CONOCIMIENTOS%2C%20ACTITUDES%20Y%20PRÁCTICAS%20SOBRE%20LA%20VIOLENCIA%20DE%20GÉNERO%20DE%20LA%20POBLACIÓN%20INDÍGENA%20ATENDIDA%20EN%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres Violencia infligida por la pareja*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98816/1/WHO_RHR_12.36_spa.pdf
- Ramsay, J., Rutterford, C. (2012). Violencia Doméstica: conocimientos, actitudes y práctica clínica de médicos de atención primaria seleccionados del Reino Unido. EN *Br J Gen Pract*, 62(602), p. 647-655. Recuperado de: <https://doi.org/10.3399/bjgp12X654623>
- Ramos Mery (2017). *Evaluación de los efectos de la capacitación al personal de salud, sobre la Guía de atención integral en violencia de género, en el servicio de emergencias del Hospital Pablo Arturo Suárez en el primer semestre del años 2017*. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14192/Tesis%20Mery%20Ramos20-11-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Reglamento General a la Ley orgánica de Educación Intercultural. (2010). Dirección Nacional de Normativa Jurídico Educativa Decreto Ejecutivo 548, publicado en el Registro Oficial 267. Disponible en: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/02/Reglamento-General-a-la-Ley-OrgAnica-de-Educacion-Intercultural.pdf>
- Rodríguez, G., Vives, C., Miralles, J., San Sebastián, M y Goicolea, I. (2017). Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gac Sanit*, 31(5), p. 410–415. Recuperado de: <https://doi.org/>

10.1016/j.gaceta.2016.11.008

- Roelens, K., Verstraelen, H., Van, K., y Temmerman, M. (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. EN *BMC Public Health*, 6(1), p. 238. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-238>
- Rojas, E., Yáñez C. y Cadena F. (2012). Guía de Atención Integral en Violencia de Género. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2012. Recuperado de: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D408.pdf
- Rojas, K., Gutiérrez, T., Alvarado, R. y Fernández, A. (2015). Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atención Primaria*, 47(8), p. 490–497. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.008>
- Sandoval, C. (2002). Investigación Cualitativa (p. 144-145). Bogotá. ARFO Editores e impresores Ltda.
- Sans, M. y Sellarés, J. (2010). Detección de violencia de género en atención primaria. En *Rev Esp Med Legal*, 36(3), p. 104-109. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(10\)70038-9](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(10)70038-9)
- Santana, L. y Gutierrez, L. (n.d.). La etnografía en la visión cualitativa de la educación (página 2) - Monografias.com. Recuperado de: <http://www.monografias.com/trabajos7/etno/etno2.shtml>
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, SIISE. (1998). Retrato de Mujeres. En *El Desarrollo social en el Ecuador*. Quito: UNIFEM.
- Tobergte, D., y Curtis, S. (2013). Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), p. 1689–1699. Recuperado de: <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Valdés, C., Fernández, C. y Sierra, A. (2016). Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. *Aten Primaria*, 48(10), p. 623–631. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>
- Venegas, U., Muñoz. E., Navarro, A., Nuño, B. y Navarro C. (2007). Violencia contra la

mujer y medicina familiar. En *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol 74, p. 373-378. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobs/mex/gom-2007/gom077b.pdf>

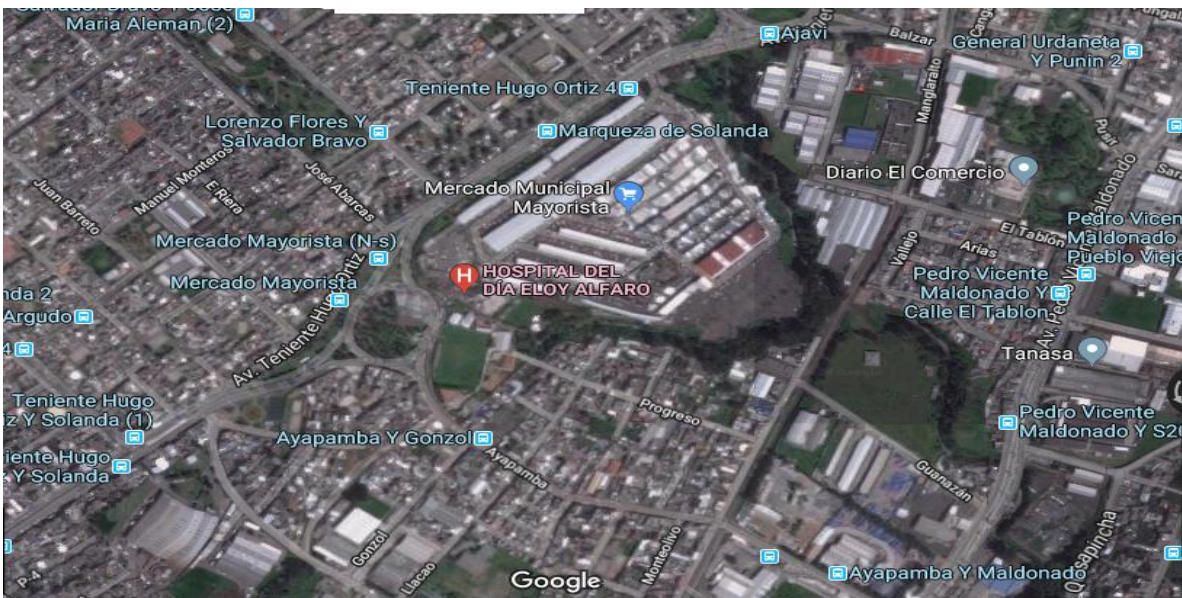
Vives, C., Torrubiano, J., Carrasco, M., Espinar, E., Gil, D. y Goicolea, I. (2015). Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Revista Española de Salud Pública*, 89(2), p.173–190. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000200006>

9 ANEXOS

Anexo 1. Foto de la Unidad Médica Eloy Alfaro



Anexo 2. Mapa de la ubicación de la Unidad Médica Eloy Alfaro



Anexo 3. Consentimiento informado



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Formulario Consentimiento Informado

Título de la Investigación: “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal del servicio de salud sobre el manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja en la Unidad Médica Eloy Alfaro, 2018”.

Organización de las investigadoras: Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Nombres y datos de las investigadoras:

1. Silvia del Carmen Suquillo Loachamín, C.I. 1714351465, Dir. Sangolquí, barrio La Carolina calle 12 de febrero, S/N. Tel: 023524594 – 0987360058. Correo electrónico: silvitasuqui@hotmail.com
2. Nancy Janeth Vera Saltos C.I. 0802884056, Dir. Mariana de Jesús e Inglaterra. Tel: 02222222 – 0984644737. Correo electrónico: nancyjvs@hotmail.com

Este Documento de Consentimiento Informado consta de dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar, de estar de acuerdo en participar)

Se le dará al participante una copia del Documento completo de Consentimiento Informado

Se deberá asegurar al participante que, si no entiende algunas de las palabras o conceptos, se dispondrá del tiempo necesario para su explicación y que puede hacer preguntas cuando estime conveniente dentro del estudio.

PARTE I: Información

Descripción del estudio
<p>1. Introducción</p> <p>Por medio del presente documento se le está solicitando a usted participe en el siguiente estudio de investigación. En el cual se recolecta información acerca de sus conocimientos, actitudes y prácticas sobre la detección y manejo de la violencia hacia la mujer infligida por su pareja.</p> <p>Usted participará en el mismo únicamente si está de acuerdo. Es importante que usted disponga de toda la información que necesite acerca del tema y del estudio a realizar, para que de esta manera pueda decidir. Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio.</p> <p>Un personal del equipo investigativo conversará con usted sobre el estudio, puede realizar todas las preguntas que requiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Usted igualmente puede conversar y consultar con su familia y/o amigos sobre su decisión. Por favor tome su tiempo para decidir si desea participar o no en la investigación.</p> <p>El estudio constara de dos momentos: primero recolección de datos personales a través de un cuestionario y segundo entrevista grupal e individual.</p>
<p>Propósito del estudio</p> <p>El propósito de este estudio es describir los conocimientos, actitudes y prácticas que realiza el personal de salud de las diferentes áreas de la unidad Médica frente a los casos detectados de violencia hacia la mujer infligida por su pareja. La prevención de la violencia contra las mujeres (VCM) es una prioridad de Salud Pública por su magnitud en el mundo, sus graves consecuencias para la salud de las mujeres y su impacto en los servicios sanitarios. Por lo que es de gran importancia conocer el estado actual y su manejo. Se analizará la información obtenida de todo el personal que labora en las áreas de: Consulta Externa, emergencia, odontología, laboratorio, rehabilitación, farmacia, admisión y administrativos, siendo un total</p>

de 48 personas; se exceptúa al personal de limpieza y seguridad ya que no están vinculados laboralmente solo a esta Unidad.

Descripción de los procedimientos

Si se determina que usted desea participar en este estudio se le entregará un cuestionario para recolección de datos personales en el que consta: edad, sexo, lugar de nacimiento, nacionalidad, estado civil, religión, instrucción, ocupación, experiencia en su área y tiempo que labora en la unidad. Al finalizar esta parte se acordará una fecha para la segunda fase del estudio que consta de una reunión individual y grupal en la que se extraerán descripciones a partir de observaciones narradas por cada uno de los participantes de la investigación.

Riesgos y beneficios

No hay riesgos físicos ni violación del derecho de confidencialidad para el personal de servicio de salud. Los resultados del estudio serán tomados con la finalidad de plantear reestructuración y estrategias de manejo en caso de que se requieran según los resultados arrojados por el mismo.

Confidencialidad

Para nosotras es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) Los datos que se tomen para este estudio son confidenciales a menos que por ley se requieran que ciertas personas los vean.
- 2) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo los investigadores tendrán acceso.
- 3) El comité de Bioética de la PUCE podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

La participación en este estudio es de manera voluntaria. Usted no está obligado a participar. Usted puede suspender su participación en cualquier momento. Si usted decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios que usted obtendrá si continuara. La no participación en el estudio no tendrá ninguna consecuencia personal ni laboral.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar nada por participar en este estudio.	
Información de contacto	
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor comuníquese al teléfono 0987360058 que pertenece a Silvia Suquillo o al 0984644737 que pertenece a Nancy Vera o envíe un correo electrónico a silvitasuqui@hotmail.com / nancyjvs@hotmail.com	
Consentimiento informado	
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
Firma del participante	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Anexo 4 Cuestionario del perfil del participante



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD SOBRE EL
MANEJO DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU
PAREJA (VMIP) EN LA UNIDAD MÉDICA ELOY ALFARO

Sección I: Perfil del participante

1. Edad:
2. Sexo: Hombre () Mujer ()
3. Estado civil: Soltero/a () Casado/a () Unión de hecho () Separado/a ()
Divorciado/a () Viudo/a ()
4. Nacionalidad: ecuatoriano () Extranjero:
5. Lugar de procedencia:
6. Lugar de residencia:
7. Religión: Católico: () Otros:
8. Nivel de instrucción: Primaria () Secundaria () Tercer nivel ()
Cuarto nivel () Otro:
9. Profesión/ocupación:
10. Lugar de formación académica:
11. Área en la que labora:
12. Años de experiencia:
13. Tiempo trabajando en la Unidad Médica Eloy Alfaro:

Nota: este documento fue llenado por cada participante previa firma del consentimiento informado.

Anexo 5 Preguntas para la entrevista semiestructurada

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD SOBRE EL MANEJO DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA (VMIP) EN LA UNIDAD MÉDICA ELOY ALFARO



Sección II: Entrevista Semiestructurada - Individual

1. ¿Qué entiende usted por violencia hacia la mujer infligida (provocada) por la pareja?
2. ¿Qué tipos de violencia hacia la mujer usted conoce?
3. ¿En su formación académica ha recibido información o algún tipo de capacitación acerca de violencia contra la mujer provocada por la pareja?, explique
4. ¿Qué le haría sospechar a usted que una mujer es víctima de violencia infligida por la pareja?
5. ¿Si usted sospecha que una mujer es víctima de violencia infligida por la pareja, cómo actuaría frente a ello?
6. ¿Qué protocolos de actuación sobre la detección y manejo de violencia contra la mujer provocada por la pareja, usted conoce?
7. ¿Qué protocolos de actuación sobre la detección y manejo de violencia contra la mujer provocada por la pareja aplican en su unidad de salud?
8. ¿Cómo personal de salud cree que es necesario hacer detección de violencia contra

la mujer provocada por la pareja, por qué? y con qué frecuencia lo hace?

9. ¿Qué dificultad encuentra para la detección y manejo de las mujeres víctimas de violencia provocada por la pareja en su unidad de salud?
10. ¿Usted ha tenido la oportunidad de atender algún caso de violencia hacia la mujer provocada por la pareja, cómo lo hizo?

Nota: este documento fue utilizado únicamente por las investigadoras

Anexo 6 Preguntas para la entrevista grupal semiestructurada



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
POST GRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD SOBRE EL MANEJO DE LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER INFLIGIDA POR SU PAREJA (VMIP) EN LA UNIDAD MÉDICA ELOY ALFARO

Sección III: Entrevista grupal semiestructurada - grupo focal

1. ¿Ustedes que entienden por violencia? Qué se entiende por violencia en general
2. ¿Qué grupo poblacional creen ustedes que son víctimas de violencia con mayor frecuencia?
3. ¿Qué es para ustedes la violencia contra la mujer infligida por su pareja?
4. ¿Creen ustedes que existan factores que favorezcan o que frenen la violencia hacia la mujer infligida por la pareja?
5. ¿Por qué creen ustedes que en la actualidad se considera a la violencia contra la mujer un problema de salud pública?
6. ¿Alguno de ustedes sabe, conoce o ha atendido algún caso de violencia contra la mujer provocada por la pareja?
7. ¿Alguno de ustedes podría mencionar lo que dicta la ley de protección y amparo a la mujer?
8. ¿Conocen ustedes si en el Ecuador existe un protocolo o guía médica para poder manejar los casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja? ¿Cuál?

9. ¿Ustedes creen que es importante conocer y saber cómo actuar en casos de violencia hacia la mujer infligida por la pareja? ¿Por qué?
10. Conforme a las leyes en el Ecuador todo personal de salud que identifica a una víctima de maltrato debería denunciarlo, ¿usted lo ha hecho o lo haría, si - no y por qué?
11. ¿Cómo creen que debería ser el seguimiento de estos casos una vez identificados y quienes estarían involucrados?
12. ¿Qué sugerencia les gustaría dejar después de tocar este tema? ¿O qué soluciones plantearían?

Nota: este documento fue utilizado únicamente por las investigadoras