

**DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (VBG) EN LA CONSULTA  
-ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES-**

**GENDER BASED VIOLENCE DETECTION IN MEDICAL CONSULTATION  
– ANALYSIS OF SITUATION IN SYSTEM OF PRIMARY HEALTH CARE IN THE  
CITY OF BUENOS AIRES-**

**María Alemán<sup>1</sup>, Julián Antman<sup>1</sup>, Agustina Marconi<sup>2</sup>, Viviana Mazur<sup>2</sup>, Karina Pannia<sup>2</sup>,  
Belén Rossi Sammartino<sup>2</sup>, Graciela Tilli<sup>1</sup>, Diana Vernaz<sup>1</sup>**

1 Sociedad Argentina de Medicina Interna General

2 Sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Correspondencia: Lic. María Alemán

[licmariaaleman@ciudad.com.ar](mailto:licmariaaleman@ciudad.com.ar)

591148060520

Peña 2141 6 “B”

Capital Federal Argentina

“El presente trabajo de investigación fue llevado a cabo con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, Categoría Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.”

Fecha de entrega: 1° de junio de 2010

No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

## RESUMEN

**Objetivo:** Realizar un análisis de situación del Sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación a su capacidad de respuesta frente a la problemática de la Violencia Basada en Género (VBG).

**Justificación:** Se entiende por VBG todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer. La VBG es un problema mayor de salud pública siendo el sector salud un espacio privilegiado para la detección de VBG.

**Métodos:** Análisis de situación para caracterizar, analizar e interpretar la situación de cada Centro de Salud y Acción Comunitaria de la CABA, frente a la VBG, a través de la aplicación de dos encuestas.

**Resultados:** Completaron la encuesta 512 participantes, 415 fueron mujeres, edad promedio de 44 años. 49,7% de los encuestados refirió tener conocimientos poco o nada suficientes en relación con esta problemática. Entre 81,7 % y 88,6 % se reconocieron como medianamente o poco capacitados en las áreas evaluadas. Entre 52,4% y 78,4% de los encuestados no realizó nunca o sólo algunas veces las acciones descritas. 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática.

**Discusión:** Surge la importancia de que los profesionales de la salud cuenten con capacitación a fin de mejorar su práctica en relación a los efectos de la VBG, factores de riesgo y revisión de mitos y prejuicios, así como el reconocimiento de su rol en la detección.

**Palabras Clave:** Violencia Familiar. Atención Primaria de Salud. Conocimientos, Actitudes y Prácticas Sanitarias.

## ABSTRACT

**Objectives:** To perform an analysis of situation in the System of Primary Health Care, in the City of Buenos Aires in relationship to its answering capacity regarding Gender based Violence (GBV)

**Justification:** GBV is understood as any act or threat that has or could have as a result, damage or physical, sexual or psychological suffering for a woman. GBV is a major problem in public health, the lack of a systematic approach is an act of social and gender inequity. The Health System is a privileged sector for the detection of GBV.

**Methodology:** The analysis allowed to characterize and understand the situation of each CeSAC (Health Center) in relationship to GBV through two polls. One evaluated the

institutional context in each CeSAC and the other evaluated the knowledge, practices and believes of health care takers in relationship to this topic.

**Results:** 512 participants filled out the polls' questionnaires. 415 were women, 44 years old average. 49.7% of the total acknowledged having little or no knowledge regarding the topic. Between 81.7 % and 88.6% recognized having average or not enough training about the evaluated areas. Between 52.4% and 78.4 % of the questioned people have never made or have only sometimes made the actions described in the questionnaire. Finally 72.3 % considered that GV detection in health appointments should be done systematically.

**Discussion:** It comes up the importance of health professional training, in order to improve their practice in relation to the effects of GBV, risk factors and review of myths and prejudices, as well as the recognition of their role in detection

**Key Words:** Family Violence. Detection. Primary Health Care. Knowledge, attitudes and health practices

## INTRODUCCIÓN

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará"<sup>1</sup>, define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Las Naciones Unidas al referirse a la violencia contra la mujer como "violencia basada en género", destaca la necesidad de comprenderla dentro del contexto del status de subordinación en que viven las mujeres y las niñas dentro de la sociedad<sup>2</sup>.

Así, al decir de Heise et al., "muchas culturas poseen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y, en consecuencia, perpetúan la violencia contra la mujer"<sup>3</sup>.

Según M. Rodríguez, las causas de la Violencia Basada en Género (VBG) se hallan en las bases de una sociedad sexista que promueve la desigualdad en las relaciones entre varones y mujeres, permitiendo el ejercicio del poder y del control, lo que genera la violencia descrita. La sociedad, en general, y las instituciones, en particular, con sus prácticas, sus normas y sus leyes, legitiman la violencia de género, naturalizando hechos que, en realidad, fueron contruidos culturalmente. En otros términos, el origen de la VBG está en la desigualdad de género, la que, a su vez, está avalada por la sociedad<sup>4</sup>.

Algunos datos ilustran la magnitud del problema. En los Estados Unidos: 2 a 4 millones de mujeres son golpeadas anualmente; 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja actual o pasada y el 16% de mujeres adultas reportan una historia de abuso sexual por un

integrante de su familia<sup>5</sup>. En Francia, la encuesta nacional sobre violencia hacia las mujeres da cuenta de que 1 de cada 10 es víctima de violencia conyugal, que la violencia en la pareja causa la muerte de 6 mujeres por mes, y es la principal causa de femicidio<sup>6</sup>. En Europa, 1 de cada 5 mujeres refiere ser maltratada<sup>7</sup>. La Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que del 20% al 60% de las mujeres que viven en las Américas sufren situaciones de violencia<sup>8</sup>. En Uruguay, en una encuesta reciente, las entrevistadas reportaron: violencia psicológica en el 35,6% de los casos y violencia física o sexual en su hogar en el 10,8%<sup>9</sup>. En Argentina, se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia intrafamiliar y que el 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida<sup>10</sup>.

### **El sector salud frente a la violencia doméstica**

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución (resolución WHA49.25) por la cual declaró a la violencia un problema de salud pública mayor y creciente a nivel mundial.

Surgió así el primer informe mundial sobre la violencia y la salud dirigido principalmente a los/las investigadores/as y profesionales, entre los que figuran los/las trabajadores/as de la salud, los/las asistentes sociales, los/las que intervienen en el establecimiento y ejecución de los programas y servicios de prevención, los/las educadores/as y la policía.

A partir de la obligación contraída por los Estados Miembros en relación al sector salud y la problemática de la violencia familiar, se vuelve urgente la implementación de medidas para sensibilizar y capacitar al personal en relación con esta compleja temática, lo que exige el trabajo interdisciplinario, a fin de entender al sujeto en su más amplia concepción física, psíquica y social. Por ende, es importante que las personas que trabajan en el área de la salud (médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, asistentes sociales, etc.) estén capacitadas para reconocer las situaciones de VBG.

El análisis de la situación del sistema de Atención Primaria de Salud (APS) de la CABA en su capacidad de respuesta a la temática de VBG, para la posterior sensibilización y capacitación de los/las profesionales que lo conforman, permite visibilizar una problemática con importantes efectos sobre la salud de las víctimas, aumentar la detección y derivación, mejorar la calidad del vínculo paciente-equipo de salud y mejorar la calidad de vida de las mujeres, con el efecto que esto tiene sobre toda la sociedad.

En la Argentina, según el informe que el Consejo Nacional de la Mujer elevó a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en 1998, el 40% de la población femenina sufriría maltrato físico y psíquico por parte de su pareja, sin distinción entre niveles socioeconómicos<sup>11</sup>.

A pesar de que actualmente se considera que los/las médicos/as que atienden mujeres deben estar capacitados/as para reconocer las situaciones de VBG y brindar orientación a las víctimas de ella<sup>12</sup>, los programas de educación médica de pre y posgrado no brindan entrenamiento formal en este tema<sup>13</sup>. Un estudio realizado por integrantes del Programa de Medicina Interna General (PMIG) del Hospital de Clínicas JDSM describe que, en la población de profesionales estudiada, los/las médicos/as no interrogan regularmente a sus pacientes mujeres acerca de VBG y que en promedio han diagnosticado menos de un caso mensual, cuando las estadísticas sugieren que más de 1/3 de las mujeres han sufrido agresiones a lo largo de su vida<sup>14</sup>.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia, región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) creó en 1999 una herramienta en español de detección, que contempla la exploración de las cuatro formas cardinales de violencia que sufren las mujeres (emocional, física, sexual y violencia sexual en la niñez). En el marco de la beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” (2002-2003) integrantes del PMIG del Hospital de Clínicas JDSM, realizó la validación de dicho instrumento con buenos resultados<sup>15</sup>, la que aplicada a las mujeres que concurren a la consulta, obtuvo resultados similares a los del resto del mundo en relación a la frecuencia con que las mujeres sufren situaciones de VBG<sup>16</sup>. También en el marco de una Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” (2006-2007), la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG) realizó la adaptación y validación de dos encuestas publicadas en “Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de la salud en países en desarrollo”, por la IPPF<sup>17</sup>

De lo antedicho resulta que los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la CABA, integrados por equipos interdisciplinarios, constituyen un espacio privilegiado para la detección, por parte de los/las profesionales de la salud, de situaciones de VBG padecidas por las mujeres que concurren a la consulta.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1. DISEÑO**

El estudio llevado a cabo fue de tipo descriptivo de corte transversal. A partir de la toma de encuestas se realizó un **Análisis de Situación**, en **dos etapas**, de acuerdo a:

- **Objetivo Específico 1: Descripción de la situación de cada CeSAC**, donde se atiende a mujeres de 21 años y más, **en relación a la problemática de la VBG**. Se administró a los/as jefes/as de dichos CeSAC la “**Herramienta para un Análisis Rápido de la Situación**”, diseñada por el IPPF/RHO, y adaptada y validada en Argentina, en el marco de una beca

Carrillo-Oñativia 2007-2008, destinada a obtener una comprensión preliminar del contexto institucional de los citados CeSAC y del personal de salud en relación a la problemática.

- **Objetivo Específico 2: Descripción de los conocimientos, prácticas y creencias del equipo de salud de los mencionados CeSAC.** Se administró la encuesta “**Conocimientos, creencias y prácticas del equipo de salud en relación con la VBG**”, diseñada por el IPPF/RHO, y adaptada y validada en Argentina, en el marco de una beca Carrillo-Oñativia 2007-2008, destinada a conocer el posicionamiento de los/las profesionales frente a la problemática de la VBG.

#### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

El presente proyecto se realizó en 37 de los 38 CeSAC, pertenecientes a las diferentes Áreas Programáticas de los 11 Hospitales Generales de Agudos de la CABA, en donde se atiende mujeres de 21 años y más. Allí se realizan prestaciones médicas, de psicología, psicopedagogía, servicio social, fonoaudiología, kinesiología, nutrición, obstetricia, antropología, sociología y prestaciones odontológicas.

**Universo o población objetivo:** Se aplicó la encuesta a la totalidad de los/las profesionales de la salud que reciben en la consulta a mujeres de 21 años y más en los CeSAC de la CABA.

**Unidad de análisis:** CeSAC de la CABA que atienden a mujeres de 21 años y más.

**Criterios de inclusión:** realizar tareas asistenciales en algún CeSAC y atender a mujeres de 21 años y más.

**Criterios de exclusión:** negativa a participar, haber participado en la prueba piloto en la etapa de validación de la encuesta, pertenecer al sistema de Residencias o Concurrencias o estar de licencia durante el tiempo en que el equipo concurrió al CeSAC.

#### **4.3. VARIABLES**

Para indagar sobre el dominio **conocimientos** se han tomado las variables: *conocimiento individual, ocurrencia de eventos de VBG, conocimiento de la ley 24417, implicancias legales para el sector salud*. Siendo las dos primeras de tipo ordinal y las dos últimas de tipo nominal. En relación a las **prácticas** se usaron las variables *obstáculos para la asistencia y ocurrencia de eventos de VBG*, ambas de tipo ordinal. Finalmente para indagar las **creencias** se usó la variable *Uso de sistema de salud por parte de víctimas de VBG* de tipo nominal. (TABLA I)

#### **4.4. INSTRUMENTOS O TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para realizar el análisis de situación (objetivo específico 1 y 2) se utilizaron dos encuestas publicadas en “Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la Violencia Basada en Género. Manual de referencia para profesionales de la salud en países en desarrollo”, por IPPF y adaptadas y validadas en el marco de una beca “Carrillo-Oñativia 2007-2008. Se realizó una prueba piloto durante la validación.

**Objetivo específico 1:** La Encuesta sobre “Contexto Institucional de la Organización de Salud” consta de 8 preguntas destinadas a conocer la capacidad de respuesta de cada CeSAC en relación con la VBG.

**Objetivo específico 2:** La Encuesta sobre “Conocimientos, creencias y prácticas del equipo de salud en relación con la VBG”, posee 19 preguntas distribuidas bajo 5 dominios: conocimientos del personal de salud acerca de la VBG, relación paciente-equipo de salud en relación a la VBG, conocimientos del personal de salud acerca de la legislación vigente en relación a la VBG, prácticas del personal de salud en relación a la VBG y creencias del personal de salud acerca de la VBG. A los fines operativos, los 5 dominios mencionados fueron analizados reunidos en tres variables: conocimientos, prácticas y creencias.

#### **4.5. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Se realizaron análisis de frecuencia y frecuencia acumulada univariados y, luego se efectuaron análisis bivariados simples.

#### **4.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El estudio fue aprobado por los Comités de Ética (CODEI) de los Hospitales Santojanni, Piñero, Durand, Penna, Tornú. Los Hospitales Argerich, Ramos Mejía, Álvarez, Pirovano y Vélez Sarsfield consideraron innecesaria la aprobación de sus CODEI. El Hospital Fernández, dio su autorización en forma inicial, pero luego su CODEI no autorizó la aplicación de encuesta en sus CeSAC, por no contar entre los/las becarios/as que forman parte de la presente investigación, con ningún/a profesional perteneciente a dicho Hospital.

Para la aplicación de la encuesta se utilizó un formulario de **consentimiento informado**.

Siendo la encuesta estrictamente anónima, quedó garantizada la confidencialidad de los/las participantes.

## **5. RESULTADOS**

### **5.1 ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS SOBRE EL CONTEXTO ORGANIZACIONAL**

Se exploró el Contexto Institucional de los CeSAC que atienden mujeres de 21 años y más en relación a la problemática de la VBG, aplicando la encuesta a sus jefes/as en la primera visita realizada a los mismos.

La encuesta consta de 8 ítems, que evalúan: existencia de experiencias institucionales de trabajo en VBG, personas capacitadas en el tema, disponibilidad de materiales de capacitación, política institucional, interacción con otras instituciones, existencia de protocolo de detección-registro-denuncia y asistencia de situaciones de VBG, disponibilidad de asesoría legal propia, exploración dentro de la institución de convicciones y posibles barreras para el abordaje de la VBG dentro de la institución.

Sobre 37 CeSAC encuestables, se realizó un total de 36 encuestas. Esto se debió a la negativa del CODEI del Hospital Fernández a dar su autorización para la aplicación de las encuestas en sus CeSAC, por lo cual se retiraron del estudio las encuestas que habían sido realizadas en dichos CeSAC.

### **RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE CONTEXTO INSTITUCIONAL**

De 36 profesionales 20 fueron las mujeres encuestadas. En relación con la edad, la mediana y el promedio coincidieron en 52 años de edad. De los/las 27 profesionales que consignaron su puesto, la mayoría (20 jefes/as) eran de la profesión médica. El 64% llevaba más de 7 años trabajando en la institución y el 50% refirió no realizar tareas asistenciales en su CeSAC.

En relación con el contexto institucional de cada CeSAC, aproximadamente el 68,2% de los/las encuestados/as refirió saber si su institución tenía experiencias previas de trabajo en VBG o si en ella existía personal entrenado en esta temática. El 59% manifestó conocer acerca de acciones en su institución orientadas a la problemática de la VBG y el 73% dijo saber de la existencia en su CeSAC de actividades relativas a la VBG desarrolladas en conjunto con otras instituciones. Sin embargo, un gran número refirió no contar con protocolos de abordaje de la VBG (68 %), de presencia de materiales de capacitación (58%), o de asesoría legal (56%). El 30% de las personas encuestadas consideraron posible la existencia de barreras dentro de su institución para la implementación de un plan de atención a la violencia familiar. Las posibles barreras fueron las relacionadas con el desconocimiento del tema, con cuestiones culturales o de creencias o con la organización asistencial en general o cuestiones de política institucional (TABLA II).

## **5.2 ANALISIS ACERCA DE CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y CREENCIAS DEL PERSONAL DE LOS CeSAC EN RELACIÓN A LA VBG**

Completaron la encuesta 512 participantes, 415 mujeres (81,1%) y 97 varones (18,9%), con un promedio de edad de 44 años. Participaron 137 médicos/as, (27%), 112 enfermeras/os (22%), 72 psicólogos/as (14,2%), 54 trabajadores/as sociales (11%), 49 obstétricas (7,7%), 16 odontólogos/as (3%) y 11 nutricionistas (2%). El 11% restante se constituyó con profesionales únicos/as en su especialidad que prestan servicios en algunos centros, como una abogada, una kinesióloga, una socióloga, etc. El 43,4% de los/las entrevistados/as llevaba más de 7 años trabajando en la institución y el 53,5% refirió atender más de 20 mujeres a la semana.

La aplicación de esta encuesta fue anónima y auto-administrada. (TABLA III).

A fines metodológicos los resultados de esta encuesta fueron evaluados separados en tres dominios: *conocimientos* que incluyó las preguntas 1, 2, 3, 4, 16 y 17 (éstas dos últimas relativas al conocimiento acerca de la legislación vigente); *prácticas* conformado con las preguntas 5, 6, 7 y 8 (referidas a la relación médico-paciente) y 9, 10, 11 y 12; y *creencias* incluyendo las preguntas 13, 14, 15, 18 y 19.

### **DOMINIO DE CONOCIMIENTOS**

El 49,7% de los/las profesionales encuestados/as refirió tener conocimientos poco o nada suficientes en relación a la VBG, el 33,3 % dijo desconocer la existencia en el área de referencia de su centro asistencial de *grupos de ayuda para víctimas de VBG*, el 32,9% lo mismo en relación a *refugios o albergues* y el 39,9% con respecto a *programas de protección para menores*. Sin embargo, el 84% de los/las encuestados/as manifestó conocer la existencia de *instancias de asesoría legal* en el área de influencia de la institución donde realiza sus prácticas. Con respecto a los aspectos legales, el 32,5% refirió desconocer la existencia de alguna ley en nuestro país referente a la violencia familiar, destacándose el desconocimiento (respuesta NS o respuesta errónea) en lo referente a las obligaciones legales del personal de salud cuando la consultante es una mujer adulta, el que alcanzó el 72,5% (TABLA IV).

En relación a la autopercepción del nivel de capacitación se exploró la capacitación para: hablar con las mujeres (pacientes) sobre violencia familiar, detectar casos de violencia física, emocional, sexual y/o abuso sexual en la niñez, asistir a mujeres víctimas de VBG, valorar el nivel de riesgo en que se encuentra una mujer que sufre violencia familiar, realizar con la paciente un plan de seguridad, registrar los casos detectados, detallar el caso en la historia

clínica, orientar a la mujer afectada a distintas opciones de ayuda o asistencia, realizar acciones de derivación para la asistencia de la mujer afectada. Entre el 81,7 % y el 88,6 % se reconocieron como medianamente o poco capacitados/as en estas áreas (TABLA V).

## DOMINIO DE PRÁCTICAS

El 80,7% de los/las encuestados/as consideró que las situaciones de violencia contra la mujer ocurren con mucha o extrema frecuencia, predominantemente bajo la forma emocional (68,7%), considerando menor la cantidad de casos de violencia física (50%), los de violencia sexual (28,9%) y los de violencia sexual en la niñez (21,3%). El 88,6% evaluó muy importante que el equipo de salud trabaje en esta problemática y el 84,8% refirió haber indagado en la consulta durante el último año. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática. (TABLA VI).

En relación a los **obstáculos** que se presentan en la consulta para la detección de VBG, se destacaron las *limitaciones de tiempo* (47,8%), los *pocos recursos en la comunidad para derivar* (60,1%), *sentir que uno puede hacer poco para ayudar* (57,8%) y la *falta de capacitación en la temática* (57,9%), mientras que *la falta de apoyo del equipo de trabajo, el temor a las represalias por parte de los agresores o a involucrarse en acciones judiciales* no pareció constituir un obstáculo (TABLA VII).

En lo referente a las **acciones** realizadas por los/las profesionales en la consulta relativas a la problemática de la VBG, entre el 52,4% y el 78,4% de los/las encuestados/as no realizó nunca o solo algunas veces las acciones descritas en la encuesta.

Resultaron las acciones de mayor dificultad en su realización *ayudar a una paciente en situación de peligro a elaborar un plan de emergencia para su protección* (78,4%), *realizar una derivación formal a una institución que trabaje con la temática* (78,1%), *identificar o sospechar que una paciente ha sido víctima de VBG* (75,8%) y *registrar información acerca de un caso de maltrato* (73,2%).

Parecieron presentar menores dificultades la *escucha* (54,8%), *la información relacionada con temas de salud* (58,4%) y *la derivación psicológica* (52,4%) y *médica* (59,6%) (TABLA VIII).

## DOMINIO DE CREENCIAS

El 59,6% de la población encuestada refirió no sentirse incómodo al preguntar a las mujeres que consultan acerca de situaciones de violencia familiar, el 46,6% lo mismo con respecto a situaciones de violencia sexual y el 45,4% frente a situaciones de abuso sexual infantil (ASI).

Prácticamente la mitad de los/las encuestados/as (50,9%) contestó que NO a la pregunta acerca de si las víctimas de VBG utilizan más el sistema de salud, aún por otros motivos.

En las preguntas que evaluaron las creencias de los/las encuestados/as en relación a la VBG con respecto a su práctica, el 59,1% manifestó que las *víctimas no se ofenderían si se les preguntaba* acerca de la situación padecida, el 53,3 % dijo que *las personas deben intervenir* cuando se trata de una situación de VBG y el 51% consideró *la pesquisa de situaciones de VBG como parte de su práctica*. El 43,3% cree que *las víctimas de VBG no lo negarían si se les preguntara*.

Los ítems restantes evaluaron los preconceptos habituales alrededor de la problemática de la VBG que influyen y determinan el curso de las acciones en la práctica profesional. En ese sentido, un alto porcentaje consideró que *no son las mujeres las que generan las situaciones de violencia con su comportamiento inapropiado* (86,5%), que *no es porque les guste ser golpeadas que no abandonan a sus parejas* (84,8%), que *los relatos de ASI por parte de las niñas no suelen ser fantaseados* (91,3%), que *los hombres que cometen incesto no lo hacen porque se encuentren insatisfechos sexualmente* (93,5%) y que *las mujeres no son culpables del abuso de sus hijas por no cuidarlas en forma debida*. (79,3%). También un alto porcentaje manifestó que la *VBG no tiende a disminuir a través del tiempo* (87,8%) y que *los hombres violentos no cesan con sus agresiones cuando sus mujeres se encuentran embarazadas* (92%) y que el *sexo forzado dentro del matrimonio es una violación* (94,5%).

Por otra parte, el 45,5% cree que el *alcohol y las drogas son la causa de las conductas violentas*, solo el 36,4% dijo que los *varones deben hacerse responsables de su propia conducta sexual*, el 65,2% consideró que *los niños que son testigos de violencia sufrirán consecuencias* y el 64% que *repetirán estas conductas en su vida adulta*.

Por último, aproximadamente la mitad de la población encuestada evaluó que *los hombres violentos son enfermos mentales* (63,5%), que *el momento de mayor riesgo es cuando la mujer intenta finalizar la relación con la pareja abusiva* (59,1%) y que *cuando logra finalizar la relación se encuentra fuera de peligro* (49,4%). Es dable destacar que el 39,3 % refirió desconocer si hay una *mayor prevalencia de suicidios entre las mujeres víctimas de VBG*. (TABLA IX)

## DISCUSION

El hecho de que casi la mitad de los/las profesionales encuestados/as (49,70%) admitiera su poco o insuficiente conocimiento acerca del tema VBG, constituye un reclamo velado de la necesidad de contar con capacitación acerca de VBG.

Si nos referimos a la percepción por parte de los/las profesionales de su propio conocimiento acerca de la temática, sólo un muy bajo porcentaje de ellos/as (menos del 20%) se reconoció en condiciones de detectar casos de violencia, detallando los mismos en la historia clínica o de atender a una mujer, pudiendo hablar con ella acerca de la violencia que padece, y muchos menos elevar un informe a un juzgado. Acciones, todas ellas, que podrían salvarse capacitación mediante, la que debería girar en torno a ejes tales como, por ejemplo, indicadores para la detección de maltrato y/o abuso y conocimiento del perfil de la mujer víctima de VBG.

Entre los recursos psicológicos que pueden brindarse a las mujeres víctimas de violencia se cuentan los grupos de ayuda instrumentados para las mismas, distribuidos en distintas áreas de la ciudad. De igual modo, entre los recursos sociales que pueden proveérseles, encontramos los albergues o refugios. Aproximadamente dos tercios de la población encuestada refirió conocer la existencia de grupos para mujeres y de albergues o refugios, en el radio de referencia de su lugar de trabajo. Y, en cuanto a la existencia de asesoría legal, social o psicológica, un 84% de las personas encuestadas dijeron estar en conocimiento de dónde se brindan estos recursos. De lo que se desprendería que, lo más factible, por parte de una gran proporción de los/las profesionales, sería que pudieran llevar a cabo acciones de derivación hacia lugares donde las mujeres pudieran recibir asistencia psicosocial o ser asesoradas en lo que respecta al ejercicio de sus derechos. Sin embargo, en la práctica, dicho accionar sólo podría ser llevado a cabo por menos de un cuarto de la población encuestada, en cuanto que, en un gran porcentaje (48,60%) los/las mismos/as profesionales dan cuenta de su imposibilidad de disponer de los datos necesarios (dirección, teléfonos, días y horarios de atención, contacto o referente) a la hora de derivar a las víctimas.

Es de destacar el alto porcentaje de respuestas “NS” o erróneas con respecto al conocimiento que tienen los/las profesionales en cuanto la existencia de alguna obligación legal para el personal de salud que recibe a una mujer adulta víctima de VBG (79,30%). Es de suponer que la clarificación que pudiera brindárseles a los/las profesionales en este punto, - capacitación mediante -, en cuanto a que la Ley 24.417 establece que, en los casos de violencia familiar, cuando la víctima es una mujer adulta, la denuncia sólo puede ser llevada a cabo por la propia damnificada, podría determinar un aumento importante en la detección de VBG, dejando en manos de la propia mujer su derecho de denunciar la violencia que padece.

Un dato de importancia a relevar lo constituye el hecho de que el 72,3% de los/as encuestados/as consideró que la detección de VBG en la consulta debería realizarse en forma sistemática. En relación a los ítems consignados por los/las encuestados/as como de mayor

dificultad para poner en práctica durante la consulta (*ayudar a una paciente en situación de peligro a elaborar un plan de emergencia para su protección, realizar una derivación formal a una institución que trabaje con la temática, identificar o sospechar que una paciente ha sido víctima de VBG y registrar información acerca de un caso de maltrato*), es importante destacar que todas estas acciones se ven facilitadas notablemente cuando la población de profesionales ha recibido capacitación, cuenta con alguna herramienta de detección y con una guía de recursos adecuada, aumentando de esta manera la detección de VBG.

En cuanto a los datos derivados de las respuestas obtenidas en el dominio de creencias y prejuicios, surge que la mitad de los/las profesionales encuestados/as (50,9%) no cree que la mujer víctima de VBG utilice con más frecuencia los servicios de salud en comparación con aquellas que no la sufren. Sin embargo es habitual que estas mujeres consulten por síntomas, tanto físicos como psicológicos, que no relacionan específicamente con su situación de victimización, utilizando con más asiduidad el sistema de salud, preguntar puntualmente sobre este tema aumentaría la detección.

Para enfatizar este último punto podemos tener en cuenta además, que el 51% de los/las encuestados/as considera que *es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de VBG* y el 72,3% cree que debería hacerse en forma rutinaria.

Existen una serie de mitos que rodean al tema de la VBG así como creencias y patrones culturales que nos atraviesan a todos/as favoreciendo su naturalización e invisibilización. Estos valores se convierten muchas veces en verdaderos obstáculos para la tarea asistencial y de protección a las víctimas.

La pregunta 19 se relaciona con este tema y las respuestas han sido dispares, obteniéndose porcentajes elevados en algunos ítems y en otros, porcentajes medios, lo cual refleja que una parte de estos mitos o creencias han sido superados, lo que constituye un signo positivo, pero que otros continúan vigentes. A modo de ejemplo de esta diferencia cabe mencionar que casi la totalidad de la población encuestada (94,5%) consideró que *el sexo forzado dentro del matrimonio es una violación*, resultando ser el porcentaje más alto obtenido mientras que sólo un 36,4 % de las personas considera que *es responsabilidad de los hombres controlar su propia conducta sexual*.

Es de destacar que solo la mitad de los profesionales encuestados (53,3%) considera que *la violencia familiar es un asunto en el que los demás deben intervenir*. De lo que se podría deducir que un alto porcentaje (46,7%) sigue considerando a la familia como espacio privado infranqueable, aún frente al conocimiento de situaciones de riesgo que pudieran poner en peligro la vida de sus miembros.

Casi la mitad de la población encuestada (45 %) refirió creer que *el alcoholismo y las drogas son las causas de los comportamientos violentos*, desconociendo que solo actúan como desinhibidores de la conducta facilitando la emergencia del comportamiento violento. Asimismo un alto porcentaje (63,5%) sostiene que *los hombres que abusan de sus parejas son enfermos mentales*, cuando en realidad, según da cuenta de esto la bibliografía especializada, sólo aproximadamente en un 10% de los casos los agresores son personas con trastornos psicopatológicos o enfermedades mentales.

También cabe mencionar que un alto porcentaje (39,3%) de los/las encuestados/as ignora si hay una mayor prevalencia de intentos suicidios entre las mujeres que sufren VBG, desconociendo de esta forma que las amenazas o intentos de suicidio de las víctimas son indicadores de riesgo o peligro extremo.

A la luz de este análisis consideramos que la capacitación de la población encuestada en lo relativo a VBG aumentaría sus conocimientos en relación con los efectos físicos y psicológicos que la VBG acarrea en las víctimas, les permitiría conocer los factores de riesgo, así como al carácter transgeneracional del maltrato, facilitándoles la revisión de mitos y prejuicios que dificultan las intervenciones y prácticas, contribuyendo también al reconocimiento del papel clave que tienen en la detección del problema.

Dado que, según la bibliografía especializada en la temática, las acciones de sensibilización y capacitación aumentan considerablemente la posibilidad de detección y, con ello, la asistencia adecuada, sostenemos que, los resultados aquí vertidos son de suma importancia respecto de la formación de RRHH en salud, de modo que es dable sostener que toda capacitación del primer nivel de atención en la CABA debiera tener en cuenta los resultados de la presente investigación. Asimismo es importante destacar que a partir de los datos obtenidos en esta investigación se abren nuevas líneas de futuros proyectos de igual relevancia, como una evaluación acerca de los índices de detección de VBG en nuestro medio a partir de la detección sistemática, la elaboración de una guía de recursos en nuestro medio para asistencia y derivación e incluso un Protocolo de Detección y Actuación en VBG para el Sector Salud adecuado a nuestro medio. Por otra parte, surge de los resultados de la encuesta la existencia de obstáculos para trabajar en la temática, como limitaciones de tiempo, pocos recursos comunitarios e institucionales para poder derivar y asistir correctamente, etc. Estas medidas podrían ser instancias de acción concreta por parte de quienes se encuentran gestionando las políticas de salud, lo cual favorecería en gran medida la tarea planteada. Así como también organizando la asistencia en el primer nivel de atención

teniendo en cuenta que los tiempos de la misma deben ser los necesarios para poder abordar estas problemáticas complejas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará); junio 1994.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración de la eliminación de la violencia contra la mujer. Medidas del Plenario No. 85. Ginebra, 20 de Dic., 1993.
3. Asunto de Géneros: Política de Géneros de la OMS y la importancia del género en las intervenciones e investigación en salud”. Presentación en Power Point. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2003. (Disponible en [www.who.int](http://www.who.int)., accesado 10/2003).
4. Rodríguez, Mercedes, El papel del agresor en el problema de la violencia doméstica. Puerto Rico, 1990. Ficha de Cátedra.
5. Violence by Intimate Partners. World report on violence and health, WHO, Geneve 2002.
6. Kulakowska E. Brutalidades sexistas en la intimidad familiar. Le Monde Diplomatique, julio 2002.
7. Algañaraz JC. Informe oficial sobre agresiones domésticas. Diario Clarín; 5 de febrero del 2000.
8. Guedes A. Integrating screening and services for gender-based violence within sexual and reproductive health programs en Latin America and the Caribbean. Presentation to Global Health Council; mayo 2001.
9. IPPF. Detección sistemática de violencia basada en género. Boletín sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva. FORO ¡BASTA!, verano 2000.
10. Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
11. Informe del Consejo Nacional de la Mujer a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 1998.
12. Association of Professors of Medicine. What internists need to know: Core competencies in women’s health. Am J Med 1997;102:507-512.
13. CDC. Violence education in family practice residency programs—United States, 1989. MMWR 1991;40:428-430.
14. Mejía R., Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. Medicina (Buenos Aires) 2000; 60:591-594.
15. Majdalani MP, Mejía R, Alemán M, Fayanás R., Guedes A “Detección de situaciones de violencia basada en género. Validación de un cuestionario breve”. Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, febrero 2005.
16. Pontecorvo C, Mejía RM, Alemán M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanás R, Fernández A, Pérez Stable EJ “Violencia doméstica contra la mujer: una encuesta en consultorios de atención primaria” Revista Medicina (Buenos Aires) 2004; 64:492-496.
17. Alemán M, Marconi A, Alemán P “Adaptación y validación de dos herramientas para el diagnóstico rápido de situación de un centro de salud en relación a su capacidad de respuesta ante situaciones de violencia basada en género” beca Carrillo- Oñativia 2007-2008 Informe Final.

## TABLAS Y GRÁFICOS.

**TABLA I**

DOMINIOS	VARIABLES	TIPO DE RESPUESTA	TIPO DE VARIABLE
<b>Conocimientos</b> (incluye el dominio de leyes)	Conocimiento Individual	Escala Ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
	Conocimiento de la ley 24417	SI/NO	Nominal
	Implicancias legales para el sector salud	SI/NO/NS	Nominal (Se analizará como numérica según validación)
<b>Prácticas</b> (Incluye Relación paciente- equipo de salud)	Obstáculos para la asistencia	Escala Ordinal	Ordinal
	Ocurrencia de eventos de VBG	Escala ordinal	Ordinal
<b>Creencias</b> (Incluye prejuicios)	Uso del sistema de salud por parte de víctimas de VBG	SI/NO	Nominal

**TABLA II.**

### Resultados de la encuesta sobre “Contexto Institucional”

Pregunta	SI		NO		N/S		Tota l
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Dentro de su institución, ¿existen experiencias de trabajo relacionadas con la violencia contra la mujer o alguna de sus manifestaciones?	27	79%	7	21%	0	0%	34
¿Existen personas dentro de su institución con capacitación específica para el trabajo en el área violencia contra la mujer?	23	68%	10	29%	1	3%	34
¿Existen materiales escritos o audiovisuales relacionados con el tema de la violencia contra la mujer, disponibles para el personal de su institución?	12	39%	18	58%	1	3%	31
Dentro de su institución, ¿existen acciones orientadas al tema de la violencia contra la mujer? SI	19	59%	13	41%	0	0%	32
Su institución, ¿ha trabajado junto a otras instituciones en la atención de la violencia contra la mujer o alguna de sus expresiones?	24	73%	7	21%	2	6%	33
¿Cuenta su institución con alguna herramienta o procedimiento específico para la entrevista de detección, recolección de pruebas, registro/documentación del caso, denuncia, atención y referencia, en materia de violencia contra la mujer?	9	26%	23	68%	2	6%	34

¿Cuenta su institución con asesoría legal propia o de fácil acceso en el abordaje de la violencia contra la mujer?	15	44%	19	56%	0	0%	34
¿Considera que existen posibles barreras dentro de su institución para implementar un plan de atención de violencia contra la mujer?	10	30%	23	70%	0	0%	33
Barreras relacionadas con...	Encuestados						
Cuestiones culturales, de creencias	5						
Cuestiones de política institucional	4						
Desconocimiento o inexperiencia en el tema	5						
Temor a consecuencias personales al involucrarse con el tema	4						
La organización asistencial en general (tiempo de consulta, cantidad de pacientes, privacidad, etc)	6						

**TABLA III.**

**Datos demográficos de la población que respondió la encuesta sobre “conocimientos, prácticas y creencias del sector salud acerca de laVBG”**

Variable	Valor	Total	Porcentaje
Encuestados	Encuestados totales	<b>512</b>	<b>100%</b>
Sexo	Mujeres	<b>415</b>	<b>81,10%</b>
Edad	25 a 35	<b>102</b>	<b>20,00%</b>
	36 a 45	<b>189</b>	<b>37,10%</b>
	46 a 55	<b>161</b>	<b>31,60%</b>
	56 a 65	<b>1</b>	<b>0,20%</b>
	56 a 68	<b>57</b>	<b>11,20%</b>
	Promedio	<b>44 años</b>	
Profesiones	Medicina	<b>137</b>	<b>27,00%</b>
	Enfermería	<b>112</b>	<b>22,00%</b>
	Otros	<b>77</b>	<b>15,20%</b>
	Psicología	<b>72</b>	<b>14,20%</b>
	Trabajo social	<b>54</b>	<b>10,60%</b>
	Obstetricia	<b>39</b>	<b>7,70%</b>
	Odontología	<b>16</b>	<b>3,10%</b>
	Nutrición	<b>11</b>	<b>2,00%</b>
Antigüedad	7 o más años	<b>222</b>	<b>43,40%</b>
Nº de mujeres atendidas por semana	Más de 20 por semana	<b>273</b>	<b>53,50%</b>

**TABLA IV.****Conocimientos de la población encuestada acerca de la VBG**

ITEM	Valor	Total	%
CONOCIMIENTO GENERAL RESPECTO DEL TEMA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	Conocimiento poco o nada suficiente	254	49,70%
EXISTENCIA DE GRUPOS PARA MUJERES	No sabe	167	33,30%
EXISTENCIA DE PROGRAMAS DE PROTECCION A MENORES DE EDAD	No sabe	165	32,90%
EXISTENCIA DE ALBERGUES O REFUGIOS	No sabe	198	39,90%
EXISTENCIA DE ASESORÍA LEGAL, SOCIAL O PSICOLÓGICA	No sabe	82	16%
DISPOSICIÓN DE LOS DATOS NECESARIOS PARA DERIVACIONES	Ninguna, poca o algunas veces	245	48,60%
EXISTENCIA DE LEY SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR	NS o errónea	163	32,50%
OBLIGACIÓN LEGAL SI LA VICTIMA ES UN NIÑO	NS o errónea	110	22,30%
OBLIGACIÓN LEGAL SI LA VICTIMA ES UNA MUJER ADULTA	NS o errónea	193	79,30%
OBLIGACIÓN LEGAL SI LA VICTIMA ES UNA MUJER EMBARAZADA	NS o errónea	201	61,80%
OBLIGACIÓN LEGAL SI LA VICTIMA ES UN ANCIANO	NS o errónea	217	65,20%
OBLIGACIÓN LEGAL SI LA VÍCTIMA ES UNA PERSONA DISCAPACITADA	NS o errónea	154	32,90%

**TABLA V.****Autopercepción del nivel de capacitación**

ITEM	Valor	Total	%
<i>Capacitación en violencia basada en género para...</i>			
ELEVAR UN INFORME A UN JUZGADO	Medianamente o poco capacitado	445	88,60%
DETECTAR mujeres con historia de abuso sexual en la niñez	Medianamente o poco capacitado	445	87,40%
HABLAR sobre Violencia Familiar con las mujeres	Medianamente o poco capacitado	441	86,60%
ATENDER a mujeres víctimas de Violencia familiar	Medianamente o poco capacitado	438	86,20%
VALORAR EL NIVEL DE PELIGRO de las mujeres en situación de VBG	Medianamente o poco capacitado	433	84,90%
DETECTAR casos de VBG	Medianamente o poco capacitado	427	83,90%
DETALLAR EN LA HISTORIA CLÍNICA un caso de violencia	Medianamente o poco capacitado	413	82,60%
REALIZAR ACCIONES DE DERIVACIÓN para la mujer afectada	Medianamente o poco capacitado	416	81,70%

**TABLA VI**  
**Prácticas de la población encuestada acerca de la VBG**

ITEM	Valor	Total	%
OCURRENCIA DE SITUACIONES DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	Mucha o extrema frecuencia	402	80,60%
IMPORTANCIA DE QUE EL EQUIPO DE SALUD TRABAJE EN EL TEMA	Muy o extremadamente importante	454	88,70%
LOS PROFESIONALES DEBEN PREGUNTAR RUTINARIAMENTE SOBRE SITUACIONES DE VIOLENCIA	Si	361	72,30%
SE HA PREGUNTADO A UNA MUJER SI FUE MALTRATADA O ABUSADA	Si, de forma directa, indirecta o ambas.	430	84,80%
Cuántas mujeres que atiende cree que fueron víctimas de VIOLENCIA FÍSICA	Muchas	255	50,00%
Cuántas mujeres que atiende cree que fueron víctimas de VIOLENCIA EMOCIONAL	Muchas	349	68,70%
Cuántas mujeres que atiende cree que fueron víctimas de VIOLENCIA SEXUAL	Muchas	146	28,90%
Cuántas mujeres que atiende cree que fueron víctimas de VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ	Muchas	106	21,30%
Referencia de una paciente de haber sido VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA	Si	457	90,00%
Referencia de una paciente de haber sido VÍCTIMA DE VIOLENCIA EMOCIONAL	Si	456	89,90%
Referencia en la consulta de VIOLENCIA SEXUAL	Si	363	72,50%
Referencia de una paciente de haber sido VÍCTIMA DE VIOLENCIA SEXUAL EN LA NIÑEZ	Si	346	68,90%

**TABLA VII.**  
**Obstáculos que se presentan en la práctica en salud acerca de la VBG**

ITEM	Valor	Total	%
LIMITACIONES DE TIEMPO.	Algunas veces	228	47,80%
POCA POSIBILIDAD DE HABLAR CON LA MUJER A SOLAS	Nunca	255	53,10%
POCOS RECURSOS EN LA COMUNIDAD PARA DERIVAR	Algunas veces	286	60,10%
SENTIR QUE UNO PUEDE HACER POCO PARA AYUDAR	Algunas veces	278	57,80%
TEMOR A OFENDER A LAS MUJERES CON PREGUNTAS DIRECTAS.	Nunca	244	50,70%
TEMOR A INVOLUCRARSE EN ACCIONES JUDICIALES.	Nunca	304	63,10%
TEMOR A GENERAR REPRESALIAS POR PARTE DEL AGRESOR	Nunca	273	56,90%
FALTA DE CAPACITACIÓN EN LA TEMÁTICA DE VBG	Algunas veces	279	57,90%
FALTA DE APOYO DEL EQUIPO DE TRABAJO	Nunca	272	56,60%

**TABLA VIII.****Acciones que deberían realizarse en la consulta asistencial en relación a la VBG**

<b>ITEM</b>	<b>Valor</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<i>Durante el último año, ante una mujer víctima de violencia, con qué frecuencia realizó las siguientes acciones...</i>			
- Identificar o sospechar que una paciente ha sufrido maltrato o abuso	Nunca o algunas veces	<b>363</b>	<b>75,80%</b>
- Escuchar y apoyar a una víctima de maltrato	Nunca o algunas veces	<b>273</b>	<b>54,80%</b>
- Registrar información acerca de un caso de maltrato	Nunca o algunas veces	<b>361</b>	<b>73,20%</b>
- Orientar a una paciente acerca de sus derechos relacionados con la violencia	Nunca o algunas veces	<b>287</b>	<b>58,60%</b>
- Informar a una paciente acerca de servicios de referencia de ASISTENCIA PSICOLOGICA	Nunca o algunas veces	<b>260</b>	<b>52,40%</b>
- Informar a una paciente acerca de servicios de referencia de ASISTENCIA LEGAL	Nunca o algunas veces	<b>329</b>	<b>66,20%</b>
- Informar a una paciente acerca de servicios de referencia de ASISTENCIA MÉDICA	Nunca o algunas veces	<b>296</b>	<b>59,60%</b>
- Informar a una paciente acerca de servicios de referencia de otros servicios de la comunidad (comisaría de la mujer, ONG'S, etc)	Nunca o algunas veces	<b>330</b>	<b>66,60%</b>
- Informar a una paciente acerca de las consecuencias para la salud del maltrato.	Nunca o algunas veces	<b>290</b>	<b>58,40%</b>
- Evaluar el nivel de peligro al que se enfrenta la mujer.	Nunca o algunas veces	<b>318</b>	<b>64,10%</b>
- Ayudar a una paciente en situación de peligro a elaborar un plan de emergencia para su protección	Nunca o algunas veces	<b>389</b>	<b>78,40%</b>
- Realizar una derivación formal a una institución que trabaje con la temática.	Nunca o algunas veces	<b>388</b>	<b>78,10%</b>

**TABLA IX.**  
**Prejuicios y creencias del sector salud acerca de la VBG**

ITEM	Valor	Total	%
<i>Se siente incómodo al preguntar a las mujeres sobre...</i>			
Violencia Familiar	Nunca	306	59,60%
Violación	Nunca	237	46,60%
Abuso sexual en la niñez	Nunca	231	45,40%
Las mujeres que sufren violencia doméstica usan el sistema de salud mas que aquellas que no la sufren	Si	254	50,90%
Las mujeres se sentirían ofendidas si les pregunto directamente sobre Violencia	En desacuerdo	292	57,10%
La Violencia Familiar (VF) es un asunto en el que los demás deben interferir	De acuerdo	270	53,30%
Es responsabilidad del equipo de salud preguntar acerca de las situaciones de VF	De acuerdo	259	51,00%
La mayoría de las víctimas negarán la violencia si se les pregunta	En desacuerdo	220	43,10%
El alcoholismo y las drogas son las causas del comportamiento violento	En desacuerdo	230	45,50%
Algunas mujeres, con su comportamiento inapropiado son las culpables de la situación de violencia.	En desacuerdo	441	86,50%
Las mujeres no abandonan a sus parejas violentas porque de alguna manera les gusta ser tratadas de esa manera.	En desacuerdo	434	84,80%
Las niñas y adolescentes que relatan haber sufrido abuso sexual en realidad solo lo fantasearon.	En desacuerdo	464	91,30%
Es la responsabilidad de los hombres controlar su propia conducta sexual	De acuerdo	181	36,40%
Las madres son las culpables del abuso sexual de sus hijas porque no las cuidan adecuadamente	En desacuerdo	399	79,30%
Los hombres cometen incesto porque sus esposas no los satisfacen sexualmente	En desacuerdo	477	93,50%
Los hombres que abusan de sus parejas son frecuentemente enfermos mentales	En desacuerdo	323	63,50%
El sexo forzado dentro del matrimonio es una violación	De acuerdo	254	94,50%
Los hijos/as pueden ser afectados muy seriamente por la Violencia Familiar, aun si no la han sufrido directamente	Muy de acuerdo	333	65,20%
La violencia dentro de la pareja tiende a disminuir a través del tiempo	En desacuerdo	448	87,80%
Las mujeres víctimas de violencia tienden más a hacer intentos de suicidio	No sabe	201	39,30%
Los hombres violentos dejan de maltratar a sus mujeres si están embarazadas.	En desacuerdo	469	92,00%
La mayoría de las violaciones a mujeres son perpetradas por desconocidos.	En desacuerdo	387	76,00%
Los niños/as expuestos a violencia familiar tienden a repetir estas conductas como adultos.	De acuerdo	327	64,00%
La mujer está finalmente fuera de peligro cuando ella deja a la pareja abusiva.	En desacuerdo	300	59,10%
El momento de mayor peligro es cuando el hombre advierte que la mujer planea dejarlo.	De acuerdo	253	49,40%