

# Evaluación del conocimiento y manejo de la violencia basada en género desde la perspectiva de los ginecotocólogos y posgrados en la práctica clínica en Uruguay

Evaluation of Knowledge and Management of Gender-Based Violence from the Perspective of Gynecologists and Postgraduates in Clinical Practice in Uruguay

Avaliação do conhecimento e do gerenciamento da violência baseada em gênero sob a perspectiva de ginecologistas e pós-graduandos na prática clínica no Uruguai

Julieta Rijo<sup>1</sup>, Dahiana Sánchez<sup>2</sup>, Sebastián Ben<sup>3</sup>

## Resumen

**Introducción:** la violencia basada en género (VBG) es un grave problema de salud con cifras alarmantes. Las mujeres víctimas de VBG acuden a los centros de salud para ser atendidas por este y otros motivos, siendo en muchos casos el primer y único contacto de las mujeres con el sistema sanitario. El objetivo de este estudio es investigar acerca del nivel de formación, conocimientos, actuación y percepciones sobre la atención por parte de los ginecotocólogos y posgrados de Ginecotocología en casos de VBG en la práctica clínica diaria en nuestro medio.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal de una muestra por conveniencia. Se encuestaron 143 profesionales, comprendiendo ginecotocólogos y posgrados de Ginecotocología en el período comprendido entre el 1 y el 30 de septiembre de 2019.

**Resultados:** 9 de cada 10 de los profesionales refirieron no realizar o realizar pocas preguntas sobre VBG en la práctica clínica, y 80% no tiene claro sobre cuál es su rol en la detección de una víctima de VBG, siendo profesionales que asisten a un promedio de 20 a 60 mujeres semanalmente. Un tercio de los encuestados manifestaron tener menos de una hora de formación académica en VBG.

**Conclusión:** existe escasa formación académica en esta temática. Se mostró que entender el papel del profesional en la detección de casos de VBG y la capacidad para responder apropiadamente están íntimamente relacionados con la capacidad de identificar la VBG en la práctica clínica diaria.

1. Doctora en Ginecotocología Clínica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

2. Doctora en Ginecotocología Clínica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

3. Profesor Adjunto. Clínica Ginecotocológica A. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

Correspondencia: Dra. Julieta Rijo. Correo electrónico: julirijo@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

No se contó con financiamiento económico para la realización de este estudio.

Recibido: 24/9/23

Aprobado: 4/3/24

Creative Commons - Attribution 4.0 International - CC BY 4.0

### Palabras clave:

Violencia  
Género  
Ginecología  
Formación académica  
Práctica clínica

### Key words:

Violence  
Gender  
Gynecology  
Academic training  
Clinical practice

### Palavras chave:

Violência  
Gênero  
Gynecology  
Formação acadêmica  
Prática clínica

### Introducción

Se define violencia como el ejercicio de poder abusivo y sistemático con la finalidad de someter y controlar a otras/os, vulnerando sus derechos<sup>(1)</sup>. Existen diferentes formas de ejercer violencia contra la mujer, siendo la violencia basada en género (VBG) la más relevante por constituir una violación a los derechos humanos de la mujer y un grave problema de salud a nivel mundial con cifras alarmantes.

La VBG es la que se ejerce en base al sexo o género de una persona, en distintos ámbitos de la vida social y política, pero enraizada en las relaciones de género dominantes en una sociedad. Puede producirse en el ámbito doméstico, laboral, callejero, así como en espacios hospitalarios donde destacamos la violencia obstétrica. No es sinónimo de violencia doméstica, sino que abarca todas las formas de violencia que se ejercen desde la posición dominante masculina sobre representantes de las posiciones subordinadas, sean estas mujeres, menores, adultos mayores, personas discapacitadas, o integrantes de minorías (de diversidad sexual, racial, étnica o nacional)<sup>(2,3)</sup>.

Se entiende por VBG hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión en el ámbito público o privado, que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres<sup>(1)</sup>.

Según datos aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2018, de un análisis de prevalencia se encontró que en todo el mundo casi una de cada tres mujeres ha sido sometida a violencia física y/o sexual por parte de un compañero íntimo o violencia sexual de un no compañero, o ambos<sup>(4)</sup>.

Uruguay no es ajeno a esta situación y a la realidad mundial. En nuestro país, una de cada cinco mujeres vivió algún episodio de VBG en los últimos 12 meses por parte de algún integrante de la familia, y en el 87% de los casos hubo más de un episodio de violencia<sup>(3)</sup>.

La Encuesta Nacional de Violencia basada en Género y Generaciones (ENVBGG, Uruguay 2013) investigó la prevalencia de violencia de género que viven las mujeres de 15 años o más en nuestro medio. Este estudio evidenció que siete de cada diez mujeres han vivido algún tipo de VBG en algún momento de su vida, lo que representa aproximadamente 650.000 mujeres<sup>(5)</sup>.

Asimismo, el número de asesinatos de mujeres por parte de sus parejas y exparejas varones en Uruguay es alarmante. En el plan de acción 2016-2019, “Por una vida libre de violencia de género con mirada generacional”, se conceptualiza como femicidio el asesinato de mujeres por su mera condición de tales. Se trata de la manifestación más extrema y letal de la VBG, ya sea que tenga lugar dentro de la familia o en cualquier otro tipo de relación interpersonal, en la comunidad o por cualquier persona o grupo de personas, siendo hoy en día una situación de emergencia nacional<sup>(6)</sup>. Según datos del Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Uruguay es uno de los países que tiene mayor cantidad de muertes de mujeres ocasionadas por parejas o exparejas cada 100.000 mujeres<sup>(3,7)</sup>.

Datos nacionales aportados por el Ministerio del Interior en 2018 registraron que existieron 106 denuncias diarias de violencia doméstica, lo que implica una denuncia cada 13 minutos. Cada siete días se asesinó o se intentó asesinar a una mujer, registrando un total de 46 muertes por causas violentas, de las cuales en 58,7% la causa precipitante del homicidio fue la violencia doméstica. De éstas, el 63,6% no había radicado denuncias previas<sup>(8)</sup>.

De estos datos se desprende por sí sola la magnitud de esta problemática, constituyendo un importante problema de salud, que genera altos costos e impactos sociales y económicos para las mujeres, familias y la sociedad en su conjunto, siendo obligación del Estado garantizar los derechos de las mujeres, ya que el respeto de estos es condición esencial para el desarrollo de un país y el pleno ejercicio de la ciudadanía de sus habitantes.

Lograr un abordaje correcto e integral en casos de VBG requiere comprender que se trata de un problema complejo, multifacético, multicausal y multidimensio-

nal, que exige que se promuevan cambios a nivel socio-cultural del modelo hegemónico de género, así como la construcción de relaciones basadas en la igualdad entre mujeres y varones<sup>(1)</sup>.

Es así como a lo largo de la historia en nuestro país se votaron leyes, donde gradualmente se contó con más y mejor apoyo judicial a las víctimas, logrando avances en la materia, si bien todavía falta para erradicarla. Desde 2017, contamos con la aprobación de la Ley N.º 19.580 denominada “Violencia hacia las mujeres basada en género”, que tiene por objeto garantizar el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia de género<sup>(9,10)</sup>.

Las mujeres víctimas de VBG frecuentemente acuden a los servicios de salud para ser atendidas por este y otros motivos, especialmente a los centros de atención primaria, que en muchos casos son el primer y único punto de contacto de las víctimas con el sistema sanitario. Asimismo, muchas veces son los profesionales de la salud en quienes más confían, desempeñando un rol importante para brindar atención integral a las mujeres víctimas de violencia y actuar como punto de entrada para derivarlas a otros servicios de apoyo que puedan necesitar<sup>(4)</sup>.

Existen planes de acción y protocolos en los centros asistenciales que se encuentran disponibles para los equipos de salud.

La OMS describe acciones para llevar a cabo desde los servicios de salud en relación con la VBG: estar alerta para detectar posibles signos y síntomas, prestar atención sanitaria, documentar las evidencias, informar sobre los recursos existentes, coordinarse con otros profesionales e instituciones para su derivación, y apoyo y seguimiento de los casos. Todo ello debe hacerse garantizando el consentimiento, confidencialidad y privacidad de las mujeres y su entorno. La realización sistemática de preguntas a todas las mujeres sobre situaciones de violencia, también llamada detección universal o indagación sistemática, es controvertida al no disponer de suficientes evidencias científicas que la avalen. La OMS recomienda realizar preguntas a aquellas mujeres que declaren haber sufrido actos de violencia, o en las que se sospeche que son víctimas de VBG<sup>(11)</sup>.

El primer nivel de atención tiene un papel preponderante en el abordaje de este problema, y sus profesionales están bien situados para detectar precozmente la VBG; sin embargo, la implicación de éstos en general es baja, y las razones encontradas en distintos estudios se repiten: insuficiente formación, falta de habilidades en el manejo, temor a las implicaciones legales, resistencias relacionadas con los valores o con el propio rol profesional ante la VBG, entre otras<sup>(8)</sup>.

El presente estudio tiene como objetivo investigar acerca del nivel de formación, conocimientos, actua-

ción y percepciones sobre la atención por parte de los ginecotocólogos y posgrados de Ginecotocología en casos de VBG en la práctica clínica diaria en nuestro medio.

## Material y método

Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal de una muestra por conveniencia.

Se encuestaron 143 profesionales de la salud de Uruguay, comprendiendo ginecotocólogos y posgrados de Ginecotocología pertenecientes a las clínicas ginecotológicas de la Facultad de Medicina, de servicios de salud tanto públicos como privados, y de diferentes áreas del país, en el período comprendido entre el 1 y el 30 de septiembre de 2019.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de una encuesta autoadministrada realizada en Google Forms por parte del equipo de investigación, la cual se envió vía correo electrónico y listas de difusión de redes sociales, como WhatsApp, integrados por ginecotocólogos y posgrados de Ginecotocología, así como también organizaciones de las distintas clínicas ginecotológicas de la Facultad de Medicina, y la Sociedad de Ginecología del Uruguay (SGU).

La encuesta en Google Forms es de carácter anónimo y de realización voluntaria. El número de participantes fue aquel que se obtuvo de las encuestas realizadas en el período de tiempo estipulado previamente.

Consta de 24 preguntas, diseñadas de acuerdo a los objetivos de la investigación y utilizando como referencia la versión validada y traducida al español del cuestionario Physician Readiness To Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS) (Anexo 1). Se trata de un cuestionario internacional para la valoración de la capacidad de respuesta de los profesionales frente a la VBG en la atención primaria de salud. Ha demostrado tener una buena validez interna, alta fiabilidad y capacidad predictiva de las prácticas autorreferidas por el personal de salud<sup>(12)</sup>.

En dicha encuesta se realizaron preguntas con opción múltiple, semiabiertas de respuesta corta, y cerradas, con un tiempo de realización promedio de aproximadamente 15 minutos.

El cuestionario consta de cuatro secciones: perfil del participante, conocimientos, opiniones y prácticas.

Luego de finalizado el trabajo de campo, los datos de las encuestas se registraron en una base de datos en Excel de Microsoft Office.

En primera instancia, se realizó un análisis descriptivo basado en frecuencias y porcentajes.

Para el estudio de las asociaciones se realizó un análisis bivariado mediante la prueba de chi cuadrado utilizando el Software SPSS v15.0. El nivel de significación

estadística utilizado fue  $p < 0,05$ .

Para analizar la relación entre las características de los profesionales y la actuación en casos de detección de VBG se aplicó una técnica multivariada denominada regresión logística con pasos hacia adelante *forward*, utilizando el Software SPSS v15.0. El nivel de significación estadística usado en los contrastes de hipótesis fue  $p < 0,05$ .

Nuestra variable dependiente fue acerca de si el profesional realiza o no preguntas sobre VBG, y se seleccionaron como variables independientes aquellas que se adecuaban al objetivo del estudio (figura 1).

Como paso previo al análisis bivariado y multivariado, se transformó la variable dependiente en dicotómica mediante la recategorización de sus categorías originales. Asimismo, se recategorizaron algunas de las variables independientes (anexo 1).

## Resultados

Del análisis descriptivo se señala que el total de encuestados fue de 143 profesionales, de los cuales 81% eran mujeres, con una edad media de 34,6 años. El colectivo más numeroso fueron los ginecólogos con 57%. Casi el 70% de los encuestados atienden un promedio de entre 20 y 60 pacientes por semana (tabla 1).

Ocho de cada 10 encuestados siente que sabe poco sobre su rol en la detección de una víctima de VBG, siendo en el 54% ginecólogos titulados.

El 15% de los participantes refirieron no haber recibido ningún tipo de formación en VBG, y 18% tiene menos de una hora de formación en este rubro. Solo 9 encuestados (6,3%) tienen formación avanzada/especializada en VBG, todos ellos ginecólogos titulados.

Casi el 90% de los encuestados declararon no realizar o realizar pocas preguntas sobre VBG en la práctica clínica diaria.

El 16% de los profesionales se siente bastante preparado para responder de forma apropiada cuando una paciente refiere ser víctima de violencia.

El 68% de los entrevistados reconocen que existe un protocolo de actuación en caso de VBG en su centro, pero aproximadamente el 53% declaró no estar familiarizado con dicho protocolo ni con las políticas y programas de detección, y manejo de casos de VBG de su institución. El 78,3% de los participantes no tienen o no saben acerca de los recursos de referencia que existen en su lugar de trabajo para derivar pacientes víctimas de VBG (tabla 2).

Las acciones realizadas con más frecuencia por los

**Figura 1.** Secciones y preguntas del cuestionario PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey) analizadas en el estudio.

<b>Variables sociodemográficas</b>	Edad Género Categoría profesional Cantidad de pacientes que atiende por semana
<b>Nivel de formación y conocimientos en VBG</b>	¿Cuánta formación en VBG ha tenido usted? Número de horas de formación ¿Hay un protocolo de manejo de casos de VBG en su servicio? ¿Está familiarizado con las políticas y programas con respecto a la detección y el manejo de las víctimas de VBG de su institución?
<b>Opiniones / Percepciones</b>	¿Cuán preparado/a se siente para responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de VBG? ¿Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VBG dentro de su centro de atención? ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes con VBG en su comunidad? ¿Cuánto siente que sabe sobre su papel en la detección de casos de VBG?
<b>Prácticas / Acciones</b>	En los últimos 6 meses: ¿Cuál de las siguientes acciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VBG?
<b>Variable dependiente</b>	¿Cuánto sabe sobre qué preguntas hacer para identificar la violencia basada en género?

**Tabla 1.** Principales características sociodemográficas de los profesionales participantes en el estudio.

Género	N	%
Varón	27	18,88
Mujer	116	81,12
Otro	0	0
Total	143	100
<b>Edad</b>		
≤35	100	69,9
36-50	32	22,4
≥51	11	7,7
Total	143	100
<b>Categoría profesional</b>		
Ginecólogo/a	82	57,34
Residente de Ginecología	61	42,66
Total	143	100
<b>Número de pacientes por semana</b>		
< 20	12	8,4
20-39	58	40,5
40-59	40	28
≥60	33	23,1
Total	143	100

profesionales de la salud en la práctica clínica en los casos identificados de VBG fueron referir o derivar a otros servicios (27%), seguido del consejo individual sobre opciones con 26%, y con menor frecuencia se brinda ayuda en la elaboración de un plan de seguridad (5%) y valoración de riesgo de los hijos de la víctima (4%) (tabla 3).

Del análisis bivariado se destaca que la asociación entre las horas recibidas de formación en VBG y la realización de la pesquisa en la consulta es estadísticamente significativa, con un nivel de significación de 0,000; de este análisis surge que del total de encuestados que tienen menos de una hora de formación (26 profesionales), el 96% no realiza o realiza pocas preguntas sobre VBG y aquellos que tienen más de 20 horas de formación, el 60% no realiza o realiza pocas preguntas sobre VBG (tabla 4).

Dentro de los profesionales en ginecología que atienden una gran cantidad de pacientes semanalmente (60 pacientes o más), casi el 20% considera no tener formación en VBG, y casi el 50% ha recibido menos de cinco horas de algún tipo de formación durante su carrera de grado o posgrado.

De los participantes que reconocen que existe un protocolo de actuación en su servicio, no realizan tamizaje de VBG en el 85% de los casos, existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre estas variables (tabla 5).

**Tabla 2.** Resultados del análisis descriptivo de las variables en estudio.

Horas de formación	N	%
<1	26	18
1-19	90	63
≥20	27	19
Total	143	100
<b>Nivel de formación en VBG</b>		
Ninguna	21	14,7
Básica	113	79
Avanzada	9	6,3
Total	143	100
<b>Protocolo</b>		
No	46	32
Sí	97	68
Total	143	100
<b>Familiarizado con políticas y programas</b>		
Sí	67	47
No	76	53
Total	143	100
<b>Trabajo con víctimas VBG</b>		
Nada	11	7,7
Poco	109	76,2
Bastante	23	16,1
Total	143	100
<b>Siente que dispone de recursos apropiados de referencia</b>		
No	40	28
No sabe	49	34,2
Sí	54	37,8
Total	143	100
<b>Conocimiento sobre recursos de referencia</b>		
No	76	53,1
No sabe	36	25,2
Sí	31	21,7
Total	143	100
<b>Rol en detección de VBG</b>		
Nada	4	2,79
Poco	119	83,22
Bastante	20	13,99
Total	143	100
<b>Preguntas sobre VBG</b>		
Nada - Poco	127	88,8
Bastante - Mucho	16	11,2
Total	143	100

**Tabla 3.** Principales acciones en los casos de VBG por parte de los profesionales.

Acciones	N	%
Referencia a otros servicios	83	27
Consejo individual sobre opciones	80	26
Entrega de información	30	10
Valoración del riesgo de la víctima	56	18
Ayuda en plan de seguridad	15	5
Valoración del riesgo de los/las hijos/as de la víctima	13	4
No identificación en últimos 6 meses	33	11
Total	310	100

**Tabla 4.** Tabla cruzada Horas de formación / Preguntas sobre VBG.

Horas de formación	Pregunta sobre VBG		
	Bastante Mucho	Nada Poco	Total
Menor a 1 h	1	25	26
1-19 h	4	86	90
Mayor a 20 h	11	16	27
Total	16	127	143

Prueba de chi cuadrado de Pearson con nivel de significación de 0,000.

**Tabla 5.** Tabla cruzada Protocolo / Preguntas sobre VBG.

Protocolo	Pregunta sobre VBG		
	Bastante Mucho	Nada Poco	Total
No	1	45	46
Sí	15	82	97
Total	16	127	143

Prueba de chi cuadrado de Pearson con nivel de significación de 0,019.

**Tabla 6.** Clasificación del modelo de regresión logística.

Valores observados	Valores predichos		
	Bastante Mucho	Nada Poco	Total
Bastante / Mucho	11	5	16
Nada / Poco	3	124	127
Total	14	129	143

Aciertos 135/143 = 94,4%. Errores 8/143 = 5,6%

Respecto a la regresión logística aplicada, el porcentaje de acierto global del modelo realizado fue de 94,4%, siendo la medición de aciertos en relación con la variable dependiente (si pregunta o no sobre VBG). El modelo logró predecir correctamente 135 casos sobre un total de 143 (tabla 6).

Las variables independientes seleccionadas final-

**Tabla 7.** Odds ratio de las variables seleccionadas para explicar si el profesional realiza preguntas sobre VBG y que son significativas al 5%.

Rol en detección de VBG	OR (IC95%)	Sig.
Nada*	1	-
Poco	-	0,999
Bastante	117,847 (12,456-1114,919)	0
Total	-	-

  

Trabajo con víctimas de VBG	OR (IC95%)	Sig.
Nada*	1	-
Poco	-	0,053
Bastante	0,043 (0,003-0,729)	0,029
Total	-	-

\* Categoría de referencia  
IC95% = intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratio; Sig: nivel de significancia.

mente por el modelo fueron el rol en la detección de VBG (cuánto siente que sabe el profesional sobre su papel en la detección de casos de VBG) y cómo se sienten preparados para responder apropiadamente cuando trabajan con víctimas de VBG (tabla 7).

Cuando el profesional siente que sabe bastante sobre su rol en la detección de casos de VBG, la probabilidad de realizar preguntas sobre VBG es 117 veces más grande respecto a aquellos que respondieron tener un rol nulo en la detección de VBG.

La probabilidad de indagar sobre VBG cuando el profesional ha trabajado bastante con víctimas de violencia es 0,043 veces más grande respecto a los profesionales que nunca lo han hecho (tabla 7).

## Discusión

Ninguno de los posgrados en Ginecología presentó formación avanzada en VBG, es por ello que entendemos que el entrenamiento directo y el reconocimiento de la VBG como un problema prevenible, inaceptable y grave de salud debe ser incorporado a la formación académica de los pregrados y posgrados, así como para los ginecólogos titulados mediante educación médica continua, siendo esta una recomendación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que nuclea a las sociedades miembros en todo el mundo<sup>(13)</sup>, fundamentalmente en la ginecología como especialidad que aborda a la mujer en todas sus etapas vitales<sup>(2)</sup>.

Nueve de cada 10 de los profesionales que participaron del estudio refirieron no realizar o realizar pocas preguntas sobre VBG en la práctica clínica, y el 80% no tiene claro cuál es su rol en la detección de una víctima de VBG, siendo profesionales que en su mayoría asisten a un promedio de 20 a 60 mujeres semanalmente.

Estos datos resultan alarmantes, dado que el apoyo de primera línea es quizás la acción más importante que se puede realizar en la consulta e incluso puede ser el único acercamiento de la mujer víctima de VBG a un profesional de la salud y, por tanto, la única oportunidad para poder actuar y prevenir la morbilidad y el feminicidio<sup>(2)</sup>. Cada consulta clínica es una oportunidad que no puede perderse y los ginecólogos deben estar formados para abordar estas situaciones.

Cuando se tienen en cuenta todas las variables analizadas, entender el rol que tienen los profesionales de la salud y responder apropiadamente cuando se trabaja con pacientes víctimas de violencia fueron las características de mayor importancia y peso estadístico en relación con la probabilidad de realizar preguntas e indagar sobre VBG en la práctica clínica diaria.

Por tanto, es importante continuar con el trabajo de concientización y sensibilización en este tema en todos los ámbitos, pero principalmente en los trabajadores de la salud, para lograr entender el lugar privilegiado que tienen al poder detectar situaciones de alto riesgo, diagnosticar, realizar un abordaje integral y encaminar las medidas preventivas y terapéuticas a las mujeres víctimas, y contribuir en alertar a la sociedad con respecto a tan grave problema de salud.

Resulta fundamental considerar, al momento de la consulta, que la VBG tiene su origen en la desigualdad de poder que existe entre los varones y las mujeres, por lo que debemos realizar una atención teniendo en cuenta las necesidades específicas de las mujeres, generando un ambiente de confianza y seguridad. Las mujeres pueden sentir miedo, sentirse culpables o estigmatizadas por ser víctimas de VBG, por lo cual no se explicita la situación abiertamente. Es común en las mujeres que viven situaciones de violencia las actitudes ambiguas, discursos contradictorios, fruto del miedo, la naturalización de la violencia, la pérdida de autoestima, la percepción de falta de sostén, así como los sentimientos de soledad e impotencia, la vergüenza y el estigma interiorizado. Es común ver en la consulta relatos contradictorios, actitudes ambiguas, que pueden provocar cierto malestar en el equipo, pero que son fruto de la naturalización de la violencia<sup>(3,14)</sup>.

Varios estudios demuestran que el *screening* sistemático incrementa la tasa de detección de mujeres víctimas de VBG, sin haber demostrado mejoras en otros resultados de la salud de la mujer<sup>(2,11)</sup>. La tasa de detección demostrada en dichos trabajos es muy inferior a lo que muestran estudios de prevalencia<sup>(15)</sup>.

Es importante tener un alto índice de sospecha e identificar aquellas pacientes en las cuales investigar la VBG, tomando en cuenta que debido a la situación epidemiológica actual, el profesional debe pensar siempre en la posibilidad de que la paciente que está abordando sea víctima de violencia.

Un estudio realizado por Lozano y colaboradores<sup>(16)</sup> muestra que solo el 2% de las pacientes víctimas de VBG que acudieron al primer nivel de atención expresaron la VBG como motivo de consulta. Para constatar la violencia se debe pensar siempre en la posibilidad de que existan indicadores de VBG, inclusive que las pacientes relaten el padecimiento de ésta, dada la prevalencia analizada. El razonamiento inductivo es imprescindible en el abordaje de esta situación<sup>(3)</sup>.

A veces, las mujeres necesitan varias instancias en las que se va generando una relación habilitante y de confianza para poder relatar la VBG. En tal sentido, la OMS no recomienda que se aplique una herramienta específica o método de *screening* específico para identificar a las mujeres víctimas de VBG, sino que se recomienda abordar el tema conociendo la prevalencia y el riesgo en todas las mujeres y especialmente en aquellas con mayor riesgo o que presenten lesiones o trastornos que se vinculen clínicamente con la violencia<sup>(3)</sup>.

Esto claramente demuestra lo complicado del diagnóstico, donde no existe una herramienta específica, que se necesita tiempo, formación, experiencia y confianza y que muchas mujeres no quieren mencionarlo en su primera consulta.

Una vez que se realiza el diagnóstico de VBG, se debe actuar de forma adecuada; sin embargo, en nuestro estudio se demostró que solo 16% de los profesionales se sienten bastante preparados para responder de forma apropiada cuando una paciente refiere ser víctima de VBG. Es una falta grave de profesionalismo realizar una consulta ginecocológica sin saber cómo abordar la VBG. Para facilitar el manejo y abordaje de los casos, las instituciones de salud cuentan con protocolos de actuación, políticas y programas de detección de VBG, los cuales son un recurso muy valioso para unificar criterios y guiar las orientaciones y referencias para los equipos de salud; sin embargo, en nuestro estudio el 53% de los profesionales declararon no estar familiarizados con los mismos. De aquellos participantes que reconocen que existe un protocolo de actuación en su centro de trabajo, 8 de cada 10 igualmente no realizan tamizaje de VBG en su consulta médica. Es obligación del ginecólogo tener las habilidades y destrezas, así como conocer los procedimientos adecuados y protocolizados de cada institución en la que se desempeñan.

En Uruguay recientemente se incorporaron normativas y políticas para la prevención y el tratamiento de la violencia hacia la mujer ejercida por sus parejas o exparejas. Sin embargo, existen resistencias por parte del personal de salud a realizar un diagnóstico psicosocial y un abordaje integral de la situación. Las prácticas habituales son paliativas, enfocándose en el manejo puramente sintomático, con el efecto iatropatogénico de ocultar la problemática a través de la mera medicación de los estados de ánimo. Se perpetúa así la revictimización.

zación de la mujer, ya que se pierde la oportunidad de abordar la vulneración de los derechos humanos y disminuir su morbimortalidad<sup>(3,16)</sup>.

En nuestro estudio, el 78,3% de los participantes no tienen o no saben acerca de los recursos de referencia que existen en su lugar de trabajo para derivar pacientes víctimas de VBG, pero cuando se detecta un caso, la principal acción realizada es la derivación o referencia a otro servicio profesional. Es importante promover que todos los profesionales aborden esta problemática, evitando la derivación rutinaria. El apoyo y el trabajo en conjunto con los equipos específicos de atención a víctimas de VBG que existen en las instituciones de salud es fundamental para garantizar el proceso asistencial, procurando especialmente su continuidad, evaluar la necesidad de la intervención de especialistas o de más de un nivel de atención, así como planificar en conjunto estrategias de abordaje<sup>(17)</sup>.

En cuanto a las limitaciones, son las propias de un estudio transversal. La información se obtuvo de una muestra de profesionales seleccionados por conveniencia, que, si bien provienen de diferentes centros de atención del país, no podemos asegurar la representatividad de la muestra ni extrapolar los resultados a todo el territorio. Otra posible limitación es el empleo de la encuesta como herramienta de autoevaluación en un tema de alta sensibilidad, donde puede existir un posible sesgo de deseabilidad social, y tender a creer que se aborda la temática más de lo que realmente ocurre, que tal vez esté contrarrestado por el anonimato de los participantes.

El entrenamiento y la educación médica continua en VBG es una práctica recomendada por la FIGO para todos los ginecólogos<sup>(13)</sup>. En este contexto, consideramos importante incorporar y brindarle la importancia pertinente a este grave problema de salud, prevenible e inaceptable, debiendo ser considerado como una prioridad en la formación curricular de pregrados y posgrados.

## Conclusión

Existe escasa formación académica en esta temática. Se mostró que entender el papel del profesional en la detección de casos de VBG y la capacidad para responder apropiadamente están íntimamente relacionados con la capacidad de identificar la VBG en la práctica clínica diaria.

Esto muestra la limitada capacidad de los profesionales en el abordaje de este grave problema de salud, por lo que es necesario fortalecer y mejorar la formación profesional, teniendo un rol activo en el abordaje de estas pacientes. En este tema surge con claridad que se persiste con ser parte del problema o se es parte de la solución.

## Abstract

**Introduction:** Gender-based violence (GBV) is a serious health problem that accounts for alarming figures. Women victims of GBV come to health centers to be treated for this and other reasons, in many cases being this the first and only contact they have with the health system. The objective of this study is to find out the level of training, knowledge, actions, and perceptions regarding care by gynecologists and gynecology postgraduates in cases of gender-based violence seen during daily clinical practice in our setting.

**Method:** A descriptive observational study was conducted, with a cross-sectional design and convenience sample. A total of 143 professionals were surveyed, including gynecologists and gynecology postgraduates, between September 1st and September 30th, 2019.

**Results:** Nine out of ten professionals reported not asking or asking few questions about GBV in their clinical practice, and 80% were unclear about their role in detecting GBV victims, despite assisting an average of 20 to 60 women weekly. One-third of respondents reported having less than an hour of academic training in GBV.

**Conclusion:** There is limited academic training in this area. The study showed that understanding the professionals' role in detecting GBV cases and their ability to respond appropriately to it are closely related to the ability to identify GBV in daily clinical practice.

## Resumo

**Introdução:** a violência baseada em gênero (VBG) é um grave problema de saúde com números alarmantes. As mulheres vítimas de VBG procuram os centros de saúde para tratamento por esse e outros motivos e, em muitos casos, esse é o primeiro e único contato que as mulheres têm com o sistema de saúde. O objetivo deste estudo é pesquisar o nível de formação, conhecimento, desempenho e percepções do atendimento por tocoginecologistas e pós-graduandos em Tocoginecologia nos casos de VBG na prática clínica diária.

**Métodos:** foi realizado um estudo observacional descritivo de corte transversal com uma amostra de conveniência. Foram incluídos 143 profissionais, incluindo tocoginecologistas e pós-graduandos em Tocoginecologia no período entre 1º e 30 de setembro de 2019.

**Resultados:** 9 em cada 10 profissionais relataram não fazer nenhuma ou poucas perguntas sobre a VBG na prática clínica, e 80% não tinham clareza sobre seu papel na identificação de uma vítima de VBG em sua prática, sendo profissionais que atendem uma média de 20 a 60 mulheres por semana. Um terço dos entrevistados relatou ter menos de uma hora de formação acadêmica em VBG.

**Conclusão:** Há pouca formação acadêmica nessa área. A compreensão do papel do profissional na detecção de casos de VBG e a capacidade de responder adequadamente estão intimamente relacionadas à capacidade de identificar VBG na prática clínica diária.

## Bibliografía

- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social, INMUJERES. Protocolo de actuación en situaciones de violencia basada en género. 2019. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20situaciones%20de%20VBG\\_web\\_1.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20situaciones%20de%20VBG_web_1.pdf) [Consulta: 3 setiembre 2023].
- Red Uruguay contra la violencia doméstica y sexual. Violencia basada en género. Disponible en: <http://violenciadomestica.org.uy/repo/img/violenciabasadaengenero.pdf> [Consulta: 3 setiembre 2023].
- Briozzo L, ed. Integrando los derechos sexuales y reproductivos en la clínica desde el compromiso profesional de conciencia. Derechos sexuales en la práctica clínica. Montevideo: Montevideo: UNFPA, 2020. Disponible en: [https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrando\\_derechos\\_a\\_la\\_practica\\_clinica.pdf](https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrando_derechos_a_la_practica_clinica.pdf) [Consulta: 15 setiembre 2023].
- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social, INMUJERES. Instituto Nacional de Estadística, Observatorio sobre Violencia Basada en Género hacia las Mujeres, Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de violencia de género. Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia de Género y Generaciones. Montevideo, 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Segunda%20encuesta%20C2%A0naciona.pdf> [Consulta: 15 agosto 2023].
- Uruguay. Consejo Nacional Consultivo de Lucha Contra la Violencia Doméstica. Guidobono N, Andrea Macari A. Plan de acción 2016-2019: por una vida libre de violencia de género, con mirada generacional. Montevideo: CNCLVD, 2015. Disponible en: [https://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/15090/1/libro\\_pldeaccion\\_v2016\\_web-version-con-decreto.pdf](https://archivo.mides.gub.uy/innovaportal/file/15090/1/libro_pldeaccion_v2016_web-version-con-decreto.pdf) [Consulta: 3 setiembre 2023].
- Comisión Económica para América Latina. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. Femicidio. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/femicidio> [Consulta: 12 abril 2023].
- Uruguay. Ministerio del Interior. Presentación de cifras anuales de violencia de género, 2018.
- Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Trabajo Social. Gaitán P. Violencia de género en foco: políticas públicas frente a la violencia doméstica hacia la mujer. Tesis de grado, 2016. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21910/1/TTS\\_GaitanFagaldePatricia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/21910/1/TTS_GaitanFagaldePatricia.pdf) [Consulta: 5 mayo 2023].
- Ley N° 19580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. Montevideo, 09 de enero de 2017. Montevideo: IMPO, 2017. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017> [Consulta: 5 mayo 2023].
- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Uruguay. 14 enero 2019. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW2gWrFG-4YIq6Ud7ogcXQXJldSGMrDR27ycf2xoCQRfkqOKa1y-6GyMaZ%2FyDvZd%2BYnDRTJnuYSZIHlv8m7RYPgZo-3NinVggoPMDoSjBEpJMiaTzpTUTj7pThltIngch7gW6Q%-3D%3D> [Consulta: 9 julio 2023].
- Murillo P, San Sebastián M, Vives-Cases C, Goicolea I. Factores asociados a la respuesta a la violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud en España. Gac Sanit 2018; 32(5):433-8. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.03.003.
- Vives Cases C, Torrubiano Domínguez J, Carrasco Portiño M, Espinar-Ruiz E, Gil-González D, Goicolea I. Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). Rev Esp Salud Pública 2015; 89(2):173-90. doi: 10.4321/S1135-57272015000200006.
- Figo Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health International Federation of Gynecology and Obstetrics. Ethical guidance on healthcare professionals' responses to violence against women. Int J Gynaecol Obstet 2015; 128(01):87-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.004.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Atención de salud para mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. Uruguay 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Manual%20Clinico%20SNIS%20MSP%202018.pdf> [Consulta: 12 abril 2023].
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Área Programática de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Recomendaciones para el abordaje de la salud sexual y salud reproductiva de los varones entre 20 y 65 años en el primer nivel de atención. Montevideo: 2019. Disponible en: <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Guia%20SSYSR%20de%20Varon%20Final%2020%20de%20Enero%20de%202020.pdf> [Consulta: 5 mayo 2023].
- Salas F, Lozano F, Paullier A. Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático: análisis de la población atendida en una policlínica de atención primaria en Montevideo. Biomedicina 2011; 6(2):16-28.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. ASSE. Protocolo institucional de atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones. Montevideo, 2020. Disponible en: <https://www.asse.com.uy/contenido/Manual-Clinico-SNIS-MSP-Protocolo-Institucional-de-Atencion-a-Personas-en-situacion-de-Violencia-basada-en-Genero-y-Generaciones-y-Fichas-Tecnica-10322> [Consulta: 15 agosto 2023].

### Contribución de autores

Los autores participaron en igual medida en las distintas etapas de elaboración del artículo.

### ORCID

Julieta Rijo: 0000-0003-4173-2104  
 Dahiana Sánchez: 0000-0002-8006-8667  
 Sebastián Ben: 0000-0001-7664-4687

## Anexo 1

Versión validada y traducida al español del cuestionario PREMIS.

Sección I. Perfil de la persona participante

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Género : ( ) Hombre ( ) Mujer ( ) Otro
3. ¿A qué se dedica?  
( ) Ginecólogo/a  
( ) Residente de Ginecología
4. ¿Cuántos pacientes atiende por semana aproximadamente? (Marque una)  
( ) No veo pacientes  
( ) menos de 20  
( ) 20 - 39  
( ) 40 - 59  
( ) 60 o más

Sección II. Antecedentes

1. ¿Cuánta formación en temas de VGB ha tenido usted? (por favor marque todas las opciones pertinentes)  
( ) Ninguna  
( ) He leído el protocolo de actuación  
( ) He visto un video  
( ) He atendido una conferencia o sesión de sensibilización  
( ) He participado en un curso básico (20 horas)  
( ) He recibido formación durante la carrera-clases teóricas  
( ) He recibido formación durante la carrera-clase práctica  
( ) Formación durante la residencia o posgrado  
( ) Formación avanzada-especializada: formación de formadores, especialización  
( ) Otra formación en profundidad (más de 20 horas)  
( ) Otra (especificar): \_\_\_\_\_
2. Número estimado de horas de formación en VGB recibidas: \_\_\_\_\_
3. Por favor rodee el número que describe mejor cómo de preparado/a se siente para realizar las siguientes acciones (1=nada preparado/a, 2=mínimamente preparado/a, 3=algo preparado/a, 4=moderadamente preparado/a, 5=preparado/a, 6=bien preparado/a, 7=muy bien preparado/a)  
( ) Hacer preguntas apropiadas sobre VBG  
( ) Responder apropiadamente cuando una paciente refiere ser víctima de VBG  
( ) Identificar indicadores de VBG basándose en la historia clínica y el examen físico  
( ) Ayudar a una víctima de VBG a hacer una valoración del riesgo de letalidad que corre  
( ) Realizar una evaluación del riesgo de los hijos/as de las víctimas.  
( ) Ayudar a la víctima de VBG a crear un plan de seguridad  
( ) Documentar la historia de la VBG y los hallazgos del examen físico en la historia clínica.  
( ) Realizar referencias apropiadas en caso de VBG
4. ¿Cuánto se siente que sabe sobre?... Opciones: Nada, Muy poco, Un poco, Moderadamente, Una cantidad justa, Bastante, Mucho.  
( ) Sus obligaciones legales con respecto a la notificación de víctimas de VBG.  
( ) Signos y síntomas de VBG  
( ) Cómo registrar la VBG en la historia clínica.  
( ) Recursos para la referencia a víctimas de VBG.  
( ) Agresores de VBG.  
( ) Relación entre VBG y embarazo  
( ) Reconocer los efectos en los niños/as de ser testigos de la VBG  
( ) Qué preguntas hacer para identificar la VBG

- Por qué una víctima puede decidir no revelar la VBG
- Su papel en la detección de víctima de VBG
- Qué decir y no decir a una paciente que sufre violencia
- Determinar el peligro en una paciente que sufre violencia
- Desarrollar un plan de seguridad con una víctima de VBG
- Las etapas por las que las víctimas de VBG pasan para entender y cambiar su situación

### Sección III. Opiniones

5. Para cada uno de los enunciados siguientes, por favor indique su respuesta en una escala desde Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo.

- Si una víctima de VBG no reconoce la situación, es muy poco probable lo que puedo hacer para ayudar
- Pregunto a cada nueva paciente sobre la posibilidad de VBG en sus relaciones
- El ambiente en mi trabajo me anima a responder a la VBG
- Puedo hacer referencias adecuadas a servicios en la comunidad para las víctimas de VBG
- Soy capaz de identificar la VBG sin necesidad de preguntar a la paciente sobre ello
- No tengo la suficiente preparación para ayudar a las pacientes a afrontar situaciones de VBG
- Pacientes que abusan del alcohol u otras drogas es probable que tengan antecedente de VBG
- Las víctimas de VBG tienen derecho a tomar sus propias decisiones sobre si el personal sanitario debe intervenir o no
- Me siento cómodo/a hablando de VBG con mis pacientes
- No tengo habilidades suficientes para hablar sobre abuso con una víctima de VBG
- Si una víctima de VBG permanece con su pareja después de episodios repetidos de violencia, debe aceptar la responsabilidad por esa violencia
- Conozco los requerimientos legales para reportar casos sospechosos de VBG
- El personal sanitario no tiene tiempo para apoyar a sus pacientes en relación a la VBG
- Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar historia de VBG como la causa subyacente de algunos malestares (ej. depresión, migrañas, etc.)
- Si la paciente se niega a hablar sobre el abuso, el personal sanitario lo único que puede hacer es tratar las lesiones físicas
- Las víctimas de VBG podrían dejar la relación si así lo quisieran
- Cumpló con el protocolo nacional sobre VBG
- El personal sanitario tiene la responsabilidad de preguntar a todas las pacientes sobre VBG
- Mi lugar de trabajo me permite dedicar el tiempo adecuado para responder a las víctimas de VBG
- He contactado servicios en la comunidad para establecer referencias de casos de VBG
- El abuso de alcohol es una causa principal de VBG
- La víctima de abuso a menudo tiene relaciones válidas para permanecer en la relación abusiva
- Estoy demasiado ocupado/a para participar en un equipo multidisciplinario para manejar casos de VBG
- Hacer screening / tamizaje de VBG probablemente ofenderá a las personas a quienes se pregunta
- Tengo a mi disposición un espacio privado adecuado para dar atención a víctimas de VBG
- Soy capaz de recoger la información necesaria para identificar a la VBG como la causa subyacente de algunas lesiones (ej. hematomas, fracturas)
- Las mujeres que deciden alejarse de los roles tradicionales son una causa principal de VBG
- El personal sanitario no tiene el conocimiento para ayudar a las pacientes en relación a la VBG
- Entiendo por qué las víctimas de VBG no siempre cumplen las recomendaciones del personal sanitario
- El uso de alcohol y otras drogas está relacionado con la victimización de VBG

### Sección IV. Prácticas

6. ¿Cuántos diagnósticos nuevos (un caso agudo de violencia continuada, paciente que revela una historia pasada de violencia) de VBG ha realizado en los últimos 6 meses?

- Ninguno
- 1-5
- 6-10
- Más de 10

7. De las situaciones abajo, ¿en cuáles de ellas indaga/hace screening sobre VBG? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- No pregunto
- Pregunto a todos los nuevos y las nuevas pacientes
- Pregunto a todas las nuevas pacientes mujeres
- Pregunto a todas las pacientes con indicadores de abuso en la historia o el examen físico
- Pregunto a todas las pacientes mujeres una vez al año
- Pregunto a todas las embarazadas en momentos específicos durante el embarazo
- Pregunto a todos y todas las pacientes periódicamente
- Pregunto a todas las pacientes mujeres periódicamente

8. ¿Con qué frecuencia durante los últimos seis meses ha indagado sobre la posibilidad de VBG cuando ha visto pacientes con los siguientes problemas? Opciones: Nunca, Rara vez, Algunas veces, Casi siempre, Siempre.

- Lesiones (Ej. heridas, hematomas, quemaduras, fracturas, etc.)
- Dolor pélvico crónico
- Síndrome de colon irritable
- Dolores de cabeza
- Depresión / ansiedad
- Hipertensión
- Trastornos alimentarios

9. En los últimos seis meses, ¿cuál de las siguientes acciones ha realizado cuando ha identificado un caso de VBG? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- No he identificado VBG en los últimos seis meses
- Entregué información (números de teléfono, folletos, otra información) a la paciente
- Aconsejé a la paciente sobre las opciones que podría tener
- Hice una valoración de riesgo de la víctima
- Hice una valoración de riesgo de los hijos/as de la víctima
- Ayudé a que la paciente hiciera un plan de seguridad
- Referí a la paciente a interconsulta con otras disciplinas

10. ¿Hay un protocolo de manejo de casos de VBG en su servicio? (marque una opción)

- Sí, y es ampliamente usado
- Sí, y se usa hasta cierto punto
- Sí, pero no se usa
- No
- No estoy segura/o
- No estoy haciendo práctica clínica

11. ¿Está familiarizado/a con las políticas y programas con respecto a la detección y manejo de víctimas de VBG de su institución?

- Sí
- No
- No aplicable

12. ¿Brinda usted a sus pacientes víctimas de violencia materiales educativos y sobre recursos? (marque una opción)

- Sí, casi siempre
- Sí, cuando es seguro para la paciente
- Sí, pero solo cuando la paciente lo pide
- No, ya que no hay recursos adecuados en mi centro
- No, porque creo que estos materiales no son útiles en general
- No
- No estoy haciendo práctica clínica

13. ¿Siente que tiene recursos apropiados de referencia de casos de VBG dentro de su centro de atención?

- Sí
- No
- No estoy segura/o
- No estoy haciendo práctica clínica

14. ¿Siente que tiene conocimiento adecuado sobre recursos para referencia de pacientes víctimas VBG en su comunidad?

- Sí
- No
- No estoy segura/o
- No estoy haciendo práctica clínica

15. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante para ser víctima de VBG?

- Edad (menor de 30 años)
- Pareja abusa de alcohol/drogas
- Género-ser mujer
- Historia familiar de violencia
- No sabe/No contesta

16. ¿Cuál de las siguientes es generalmente cierta sobre los abusadores?

- Tienen problemas controlando su ira
- Utilizan la violencia para controlar a sus parejas
- Son violentos porque beben o usan drogas
- Se pelean con cualquiera

17. ¿Cuáles de los siguientes son signos de que una paciente puede haber sufrido violencia por su pareja? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- Dolor crónico sin causa aparente
- Ansiedad
- Abuso de sustancias
- Lesiones frecuentes
- Depresión

18. ¿Cuáles de las siguientes son razones por las que una víctima de VBG puede no ser capaz de dejar una relación violenta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- Miedo a las represalias
- Depende económicamente del maltratador
- Creencias religiosas
- Amor hacia la pareja
- Aislamiento

19. ¿Cuál de las siguientes es la forma más apropiada de preguntar sobre VBG? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

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

20. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es generalmente cierta? (marque todos los ítems que considere pertinentes)

- Muchas pacientes que sufren maltrato no presentan heridas
- Hay patrones de lesiones que están comúnmente asociados con VBG
- Lesiones en diferentes estadios de curación pueden indicar abuso.