

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA CONDUCTA SANITARIA SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA MICRO RED AMPLIACIÓN PAUCARPATA AREQUIPA, JUNIO - JULIO 2019”

Tesis Presentada por la Bachiller:

Joachin Mendoza, Karen

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Mg. Fernández Vásquez, Armida

**Arequipa – Perú
2019**



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1356

AREQUIPA - PERU

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, de del 2019

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mg. T.S. GUARDINA FLORES, FIANES
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: SANNAT ESCOBAR VARGAS.....
NERONICA OVIEDO TAJADA.....
DARCOS HERRERA CÁRDENAS.....
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA CONDUCTA
SANITARIA SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN PROFESIONALES
DE LA SALUD DE LA RED AMPLIACIÓN PAUCARBATA AREQUIPA,
2019."

PRESENTADO POR:

KAREN ATACHIN PEÑALOZA.....
.....

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se dá el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.

..... 0955

.....

..... 2767



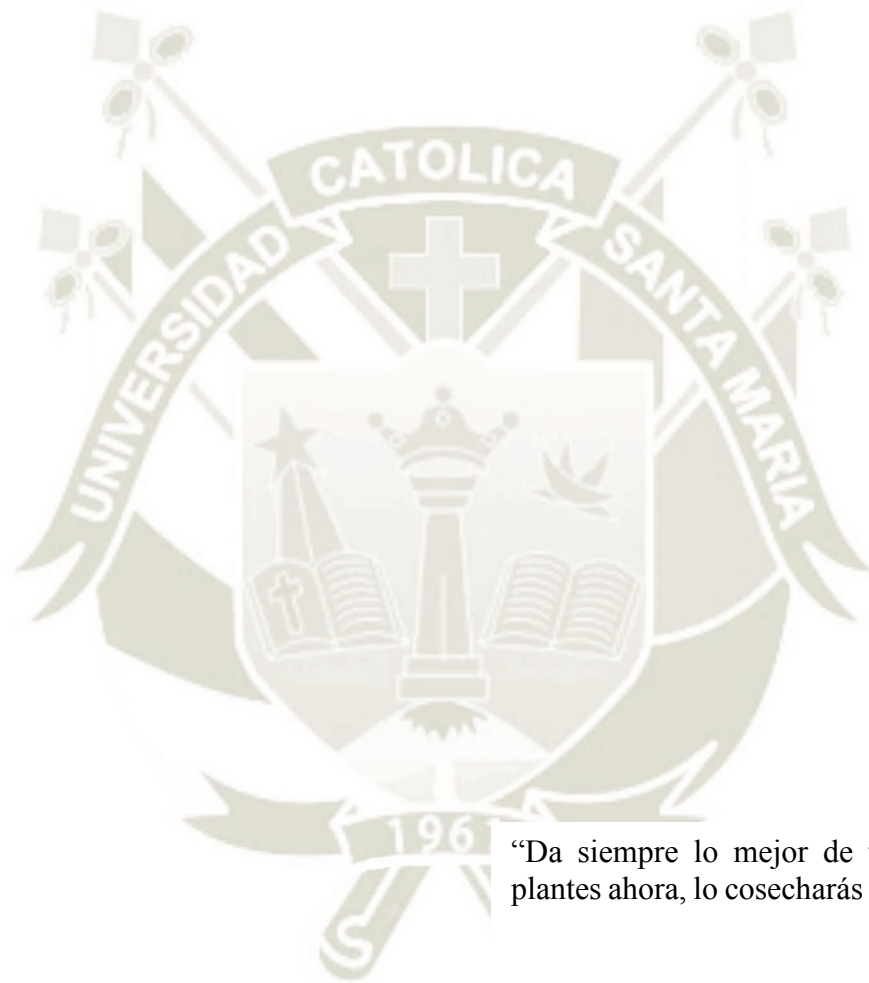
DEDICATORIA

Agradezco a Dios, el que siempre nos acompaña por protegernos y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda nuestra vida

A mis padres Italo y Marisela por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes

A mis abuelitos por todos esos consejos de sabiduría y atenciones que tuvieron conmigo y su apoyo incondicional

A mis maestros por todos esos conocimientos brindados y apoyo que me otorgaron en mi formación académica



“Da siempre lo mejor de ti. Lo que
plantes ahora, lo cosecharás más tarde”

Oc Mandino

INDICE

DEDICATORIA	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I.....	1
I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.1. ENUNCIADO	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2.1. Área de Conocimiento.....	2
1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables.....	3
1.2.3. Interrogantes Básicas.....	4
1.2.4. Tipo de Investigación.....	4
1.2.5. Nivel de Investigación.....	4
1.2.6. Justificación.....	4
2. OBJETIVOS	6
3. MARCO CONCEPTUAL	7
3.1. MARCO TEÓRICO	7
3.1.1 La violencia basada en género.....	7
3.1.2 Papel del profesional de salud en la prevención de violencia basada en género	22
3.1.3. Conducta frente a la violencia basada en género	30
3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	36
3.2.1 A Nivel Internacional.....	36
4. HIPÓTESIS	41
CAPÍTULO II	42
I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	43
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN...43	
1.1. TÉCNICA: Comunicación. Encuesta.....	43
1.2. INSTRUMENTOS: Cédula de preguntas (Anexo2).....	43
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	46
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.....	46

2.1.1. Precisión del lugar: ámbito general específico	46
2.1.2. Caracterización del lugar	46
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL	46
2.2.1. Cronología	46
2.2.2. Visión temporal	46
2.2.3. Corte Temporal	46
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO	46
2.3.1. Cualitativo.....	47
2.3.2. Cuantitativo.....	47
3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.1. ORGANIZACIÓN	47
3.1.1. Consideraciones éticas:.....	48
3.2. RECURSOS:	48
3.2.1. Humanos:.....	48
3.2.2. Físicos:.....	48
3.2.3. Financieros:.....	48
3.2.4. Institucionales:.....	48
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	48
4.1 Plan de procesamiento.....	48
4.2 Plan de análisis de datos.....	48
CAPITULO III: RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	68
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS.....	76
ANEXO N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
ANEXO N° 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	78
ANEXO N° 03: ESCALA DE CALIFICACIÓN:	82
ANEXO N° 04: VALIDACIÓN PRUEBA PILOTO.	83
ANEXO N° 05: DELIMITACIÓN DEL LUGAR.....	87
ANEXO N° 06: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN	88
ANEXO N° 07: AUTORIZACIÓN POR PARTE DE EL DIRECTOR EJEC.....	90

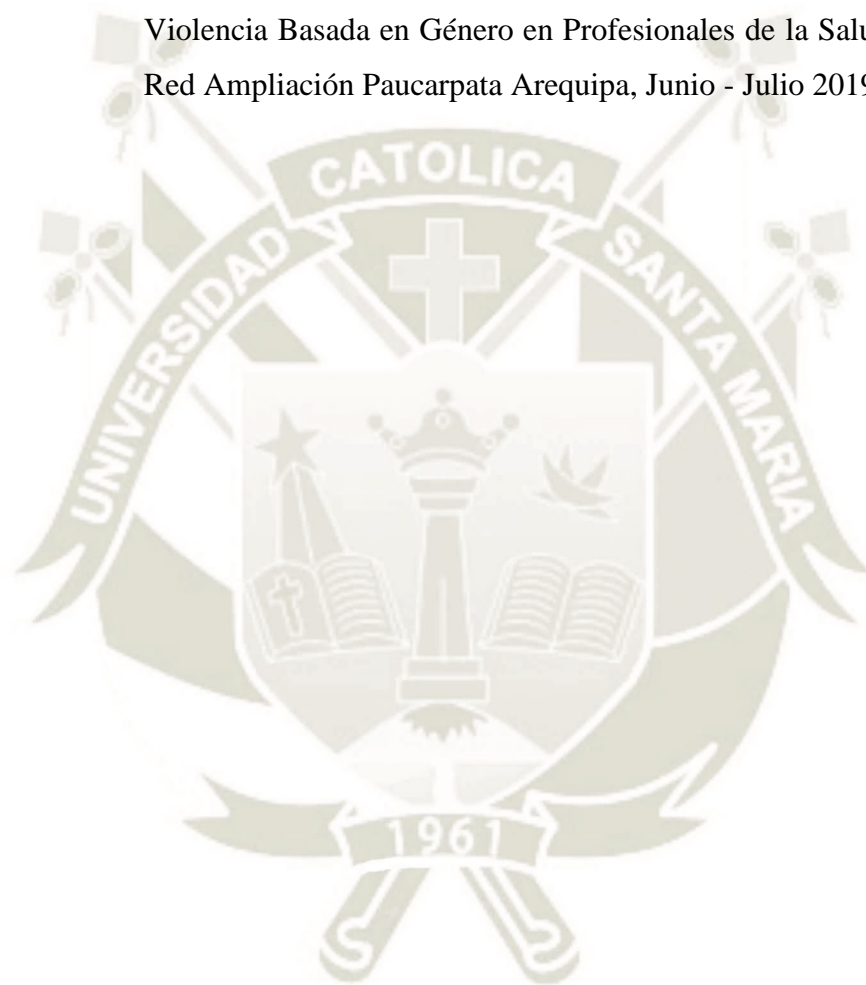
ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1:	Edad de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	50
TABLA N° 2:	Sexo de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	51
TABLA N° 3:	Estado Civil de los profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	52
TABLA N° 4:	Ocupación de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	53
TABLA N° 5:	Tiempo de Servicio de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	54
TABLA N° 6:	Establecimiento de salud donde Laboran los Profesional de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019..	55
TABLA N° 7:	Conocimiento en profesionales de salud de la Micro Red Ampliacion Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	56
TABLA N° 8:	Nivel de Conocimientos sobre violencia basada en género en profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	59
TABLA N° 9:	Orientación y consejería sobre el tema de Violencia basa en género en la Micro Red Ampliación Paucarpata	60
TABLA N° 10:	Diagnóstico de Violencia Basada en Género en la Micro Red Ampliación Paucarpata	61
TABLA N° 11:	Aplicación del protocolo de actuación de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019	62
TABLA N° 12:	Tamizaje de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019.....	63
TABLA N° 13:	Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019	64

TABLA N° 14: Seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019 65

TABLA N° 15: Conducta sanitaria frente a la Violencia Basada en Género por los Profesionales de la Salud en la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019 66

TABLA N° 16: Relación entre el nivel de conocimiento y la Conducta Sanitaria sobre Violencia Basada en Género en Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019. 67



ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1:	Edad de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	50
GRAFICO N° 2:	Sexo de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	51
GRAFICO N° 3:	Estado Civil de los profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	52
GRAFICO N° 4:	Ocupación de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	53
GRAFICO N° 5:	Tiempo de Servicio de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	54
GRAFICO N° 6:	Establecimiento de salud donde Laboran los Profesional de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019	55
GRAFICO N° 7:	Conocimiento de los profesionales sobre violencia basada en genero en Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	58
GRAFICO N° 8:	Nivel de Conocimientos sobre violencia basada en género en profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.....	59
GRAFICO N° 9:	Orientación y consejería sobre el tema de Violencia basa en género en la Micro Red Ampliación Paucarpata.....	60
GRAFICO N° 10:	Diagnóstico de Violencia Basada en Género en la Micro Red Ampliación Paucarpata	61
GRAFICO N° 11:	Aplicación del protocolo de actuación de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019.....	62
GRAFICO N° 12:	Tamizaje de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019	63
GRAFICO N° 13:	Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019.....	64

GRAFICO N° 14: Seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019..... 65

GRAFICO N° 15: Conducta sanitaria frente a la Violencia Basada en Género por los Profesionales de la Salud en la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019 66



RESUMEN

Objetivos: Conocer el nivel de conocimiento e identificar la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género en los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019 y establecer la relación entre ambos.

Material y Métodos: El estudio fue de campo, relacional, la población de estudio está conformado por 51 profesionales. El instrumento utilizado fue elaborado por Tatiana Vilma García Huánuco en un estudio del 2016, el cual se modificó en los tres últimos ítems de conocimientos, según el Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud, para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364. La validación para estimar la confiabilidad de consistencia interna sobre el nivel de conocimiento, fue mediante el coeficiente de Kunder – Richardson, obteniendo 0.836.

Resultados: El nivel de conocimientos de los profesionales en cuanto la violencia basada en género, en la mayoría es alto con un 68.6% del total encuestado; y la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género por parte de los Profesionales fue favorable en un 76,5%. La edad promedio de los profesionales de la Micro Red de Ampliación Paucarpata oscila entre 40 y 54 años en el 62.7%, el 86.3% son mujeres, 67.7 % son casados. Del total de profesionales que accedieron a participar en el estudio: el 33.3% fueron Obstetras y en la misma proporción Enfermeras seguido de Médicos en un 21.6 % y Odontólogos 11.8%, la mayoría de profesionales se encuentran laborando entre 16 a 20 años con un porcentaje de 49.0% del total. El 47.1% de los profesionales labora en la cabecera de Micro Red.

Conclusiones: Se encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento alto y las conductas sanitarias favorables en casos de violencia basada en género ($P < 0.05$).

Palabras Clave: Violencia, conducta

ABSTRACT

Objectives: To know the level of knowledge and identify health behavior in the face of gender-based violence in the Health Professionals of the Micro Network Enlargement Paucarpata Arequipa, June - July 2019 and establish the relationship between them.

Material and Methods: The study was field, relational, the study population is made up of 51 professionals. The instrument used was prepared by Tatiana Vilma García Huánuco in a 2016 study, which was modified in the last three items of knowledge, according to the Protocol of joint action between the Women's Emergency Centers - CEM and the Health Establishments, for the care of the victims of violence against women and the members of the family group, within the framework of Law No. 30364. The validation to estimate the reliability of internal consistency on the level of knowledge, was through the Kuder - Richardson coefficient, obtaining 0.836.

Results: The level of knowledge of professionals regarding gender-based violence is mostly high with 68.6% of the total surveyed; and health behavior in the face of gender-based violence by professionals was 76.5% favorable. The average age of the professionals of the Paucarpata Micro Expansion Network ranges from 40 to 54 years in 62.7%, 86.3% are women, 67.7% are married. Of the total of professionals who agreed to participate in the study: 33.3% were Obstetricians and in the same proportion Nurses followed by Doctors in 21.6% and Dentists 11.8%, the majority of professionals are working between 16 and 20 years with a percentage of 49.0% of the total. 47.1% of professionals work in the Micro Red header.

Conclusions: A significant statistical relationship was found between the high level of knowledge and favorable health behaviors in cases of gender-based violence ($P < 0.05$).

Keywords: Violence, behavior

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un fenómeno complejo de carácter social que tiene profundas raíces en el proceso de formación social de los géneros, su identidad y en las relaciones de poder que éstos establecen, en la que participan las instituciones y sociedad civil. Por lo tanto, la violencia es un problema social, de naturaleza multicausal (1).

Según la ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar; se establece que “la violencia contra las mujeres es cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado” (2).

Según las últimas estadísticas de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la violencia física contra la mujer, (porcentaje de las mujeres alguna vez unidas que sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero a lo largo de su vida) disminuyó en 11,5 puntos porcentuales en el año 2017 (65.4%) con relación al año 2009 (76,9%), sin embargo, esta encuesta no registra la violencia de género en su máxima expresión (feminicidio) (3). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables a través del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, presenta estadísticas actuales de esta problemática, refiriendo que, en el 2018, se registraron 149 casos de feminicidios y 304 casos de tentativa y hacia lo que va de enero a mayo del 2019, fueron 67 casos de feminicidio y 142 casos de tentativa, evidenciando así, otro problema de la salud pública, como es la deficiente salud mental a la que se está enfrentando la sociedad. Dicho lo anterior, se debe mencionar que de los casos atendidos a personas afectadas por hechos de violencia contra la mujer el año 2018 fueron 113.727, de los cuales 408 se atendieron en los centros de emergencia mujer establecidos en Centros de Salud (4).

Sabemos que el Personal de salud debe proporcionar la información y orientación a las personas usuarias afectadas por la violencia basada en género, debiendo referirlos, cuando se requiera, a otros consultorios o servicios internos, a establecimientos de mayor complejidad u otros servicios del Estado, organizaciones civiles locales, con el objetivo de garantizar un diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación, el debido apoyo legal, psicológico y emocional. Tomando como base lo establecido anteriormente, se considera que los profesionales de salud por mantener contacto directo y privilegiado en su mayoría

con mujeres victimizadas, deben tener conocimiento adecuado y actualizado del accionar, ante una posible víctima de violencia (5).

El conocimiento sanitario sobre el tema, es una exigencia necesaria dado el aumento preocupante de casos positivos de violencia intrafamiliar y como éstos repercuten en el normal desarrollo de la estructura social.

Por ello, el siguiente trabajo identificó el nivel de conocimiento sobre el tema, permitió conocer la conducta del profesional sanitario ante esta problemática independientemente de sus diferencias profesionales.





I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Relación entre el nivel de conocimiento y la conducta sanitaria sobre Violencia Basada en Género en Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de Conocimiento

- **Área General** : Ciencias de la Salud.
- **Área Específica** : Salud Sexual y Reproductiva.
- **Línea** : Violencia Basada en Género.

1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
INDEPENDIENTE Conocimiento sobre violencia basada en género	Violencia basada en género	Alto: 8 - 11 puntos Medio: 4- 7 puntos Bajo: 0 - 3 puntos
	Tipos de violencia basada en género	
	Etiología de la violencia basada en género.	
	Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE.SS.	
DEPENDIENTE Conducta sanitaria frente a la violencia basada en género	Orientación y consejería	Favorable 6 – 12 puntos Desfavorable 0 – 5 puntos
	Diagnóstico de Violencia Basada en Género	
	Aplicación del Protocolo de actuación de Violencia Basado de Género	
	Tamizaje de Violencia Basado en Género	
	Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Género	
Seguimiento adecuado tras la detección de un caso de Violencia Basada en Género		
INTERVINIENTE Características sociodemográficas del profesional sanitario	- Edad	21 – 39 años. 40 -54 años. 55- 65 años
	- Sexo	Femenino Masculino
	- Estado civil	Soltero Casado Conviviente Separado o viudo
	- Ocupación	Médico (a) Obstetra Odontólogo (a) Enfermero (a)
	- Tiempo de servicio	< o = 1 año 2 a 5 años 6 a 15 años 16 a 20 años > a 20 años

1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la violencia basada en género en Profesionales de la Salud de la Micro Red de Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019?
- ¿Cuál es la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género de los Profesionales de la Micro Red de Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género de los Profesionales de la Salud de la Micro Red de Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019?

1.2.4. Tipo de Investigación

De campo.

1.2.5. Nivel de Investigación

Relacional.

1.2.6. Justificación

- **Relevancia científica:**

Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS por el 2017 indican que alrededor de una de cada tres mujeres (35%) en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La violencia puede afectar negativamente la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y, en algunos entornos, puede aumentar el riesgo de contraer el VIH (6).

En nuestro país según los casos atendidos a personas afectadas por hechos de violencia contra la mujer en el año 2018 fueron 113.727, de las cuales solo el 64.3% realizaron la denuncia ante la Policía. El porcentaje más significativo según grupo etario se presentó entre los rangos de edad de 26 a 35 años en un 21.3%. En cuanto a Arequipa se pudo registrar que tuvo un 39.59% de casos en cuanto a la violencia

física, 70.3% en violencia psicológica o verbal, 10.92% casos de violencia sexual (4).

Por lo expuesto esto constituye un problema que debe ser considerado en los objetivos de prevención.

- **Relevancia contemporánea:**

La violencia basada en género es considerada actualmente un problema de salud pública y se considera que el sector salud es un espacio privilegiado para su detección, sobre todo los servicios dirigidos a las mujeres como los consultorios de planificación familiar y materno perinatal.

- **Relevancia profesional:**

Es necesario investigar y cuantificar el conocimiento que poseen los Profesionales de la Salud y la conducta que presentan frente a casos de violencia basada en género en las usuarias de salud. Existen datos que demuestran que las intervenciones que promueven la sensibilización y emancipación de la mujer, la prestación de orientación psicológica y las visitas domiciliarias podrían favorecer la prevención o la reducción de la violencia de pareja contra la mujer (6). Los Profesionales de la Salud tiene una particularidad especial: su línea humanística, compenetrándose con la comunidad, convirtiéndose en una figura familiar, tranquilizadora y de confianza; por lo tanto, tienen cierta influencia en la población. Utilizando esta oportunidad, se pueden diseñar estrategias dirigidas a la prevención de violencia basada en género.

- **Factibilidad:**

Hay disponibilidad de las unidades de estudios y actualmente no se realizaron estudios similares en nuestra localidad.

- **Relevancia Personal:**

El interés de las investigadora es real, considerando que durante el Internado se vieron muchos casos de violencia basada en género en usuarias que acudían a los establecimientos de salud donde

correspondía realizar las rotaciones, a pesar de que las víctimas evidenciaban las pruebas de la agresión, el personal de salud no lo tomaba en cuenta, surgiendo la interrogante y la posibilidad de que no se les esté capacitando debidamente con respecto a este tema, tan preocupante y que día a día viene cobrando víctimas mortales en nuestro país.

- **Contribución Académica:**

Se considera que, al realizar la presente investigación, también se logrará una importante contribución académica a la prevención y promoción de estilos de vida saludable y de una cultura de paz a las usuarias que acuden a los establecimientos de salud de nuestra localidad, a la vez, cumplir con la política de investigación de la Facultad de Obstetricia y Puericultura y la Universidad Católica de Santa María.

2. OBJETIVOS

- Conocer el nivel de conocimientos sobre la violencia basada en género en los Profesionales de la Micro Red de Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.
- Identificar la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género de los Profesionales de la Micro Red de Centro de Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la conducta sanitaria frente a la violencia basada en género de los Profesionales de la Salud de la Micro Red de Ampliación Paucarpata, Arequipa Junio – Julio 2019.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. MARCO TEÓRICO

3.1.1 La violencia basada en género.

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana esencialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer, 1995(7,8).

La primera referencia con carácter internacional que aborda la violencia contra la mujer aparece en la Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la mujer de las Naciones Unidas (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1993) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (China) en 1995 (9).

Actualmente, tras años de estudio e investigación se contempla que la violencia contra la mujer no se basa en la diferenciación biológica por sexo, sino que está basada en el género, es decir, en la posición social de desigualdad de las mujeres con respecto al hombre (10).

- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida (6).
- Las situaciones de conflicto, posconflicto y desplazamiento pueden agravar la violencia existente, como la infligida contra la mujer por su pareja y la violencia sexual fuera de la pareja, y dar lugar a nuevas formas de violencia contra la mujer (6).

A. Concepto de violencia basada en género.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada» (11).

La violencia ejercida contra la mujer es un problema que obedece a estructuras jerárquicas patriarcales que reproducen una cultura donde las mujeres son vistas como objetos desechables y maltratables. Prueba de ello es que las múltiples violaciones a los derechos de las mujeres se desarrollan tanto en tiempos de paz como en tiempos de conflicto armado; respondiendo a diferentes contextos, pero a imaginarios culturales similares que limitan y atentan contra la libertad femenina y el desarrollo de sus capacidades. Con ello se evidencia que las mujeres se enfrentan a la discriminación del Estado, de sus familias y de la comunidad en general (5).

B. Tipos de violencia basada en género.

- **Violencia Física:**

La violencia física es “la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hayan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación” (10).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables dentro del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual registraron que todos los casos de violencia basada en género en nuestro país, el 40% representa violencia física.

- **Violencia económica o patrimonial:**

Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:

- I. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;

II. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; III. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias; IV. La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo (12).

Dentro de todos los casos de violencia, la violencia de tipo económica representa un 0.4% dentro de los porcentajes (4), posiblemente esto es debido a que las víctimas desconocen esta modalidad.

- **Violencia Psicológica o Emocional:**

La violencia psicológica, que por lo general acompaña a las otras formas de violencia y que también tiene como base la desigualdad de género, es definida en la Ley N° 30364 como “la acción o conducta tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos. Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo” (12).

Además de dañar la autoestima y la identidad de la persona, este tipo de violencia se puede dar antes, después o durante de la violencia física. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica.

En relación a la violencia psicológica y/o verbal los departamentos que han registrado el mayor porcentaje de mujeres alguna vez unidas que sufrieron violencia, ejercida por el esposo o compañero fueron: Apurímac, Huancavelica, Pasco, Cusco y Puno. Los departamentos que han disminuido significativamente la tasa de violencia psicológica y/o

verbal registrada en el año 2017 con relación al año 2009 son Ucayali (disminuyó en 36,2%), Tacna (disminuyó en 26,6%), Ayacucho (disminuyó en 23,8%) y Lambayeque (disminuyó en 23,3%) (3).

- **Violencia por Abandono o Negligencia.**

Es toda acción u omisión donde uno o más miembros de la familia impiden la satisfacción de las necesidades básicas (biológicas, emocionales y sociales) de otro integrante de la familia en forma oportuna y adecuada (pudiendo hacerlo). Se presenta, por lo general, en caso de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados (12).

- **Violencia Sexual:**

La OMS lo define como cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (13).

Con relación a la violencia sexual los departamentos que han registrado el mayor porcentaje de mujeres alguna vez unidas que sufrieron violencia, ejercida por el esposo o compañero fueron: Apurímac; Cusco, Ayacucho, Junín y Puno. Los departamentos que han disminuido significativamente la tasa de violencia sexual registrada en el año 2017 con relación al año 2009 son Moquegua (disminuyo en 6,7%), Pasco (disminuyo en 6,6%), Loreto (disminuyo en 4,9%) y Apurímac (disminuyo en 4,9%) (3).

- **Hostigamiento sexual:**

Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por un acosador o acosadora. Es nocivo para la salud porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de la persona en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Generalmente el hostigamiento lo sufren las mujeres por parte de jefes o pares hombres. Se incluye

como una modalidad de la violencia sexual y ha sido regulada en nuestro país mediante Ley N° 27942- Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual, del 20 de abril de 2004 (5).

- **Abuso sexual:**

Es un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, uso de fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando ésta se utiliza para estimulación sexual del primero, o de otra persona (5).

- **Violación:**

Es un tipo de agresión sexual donde existe: una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (menores de 18 años o incapacitados(as) mentales), amenaza o uso real de fuerza y penetración. Se considera a la violación como una penetración sexual ilegal a la víctima por el acusado(a). También se debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de un objeto u objetos punzo-cortantes en las aberturas genital o anal de la víctima, sin requerir la emisión de semen (5).

C. Etiología de la violencia basada en género.

En las revisiones sistemáticas de la literatura se identifican algunos factores asociados comúnmente con la violencia conyugal, por ejemplo, la frecuencia de conflicto entre la pareja, el bajo estrato social, haber sido testigos de la violencia en su familia de origen y el consumo excesivo de alcohol (14).

Las mujeres que tienen un nivel de instrucción bajo, han estado expuestas a actos de violencia de pareja contra sus madres, han sido objeto de malos tratos durante la infancia, han vivido en entornos en los que se aceptaba la violencia, los privilegios masculinos y la condición de subordinación de la mujer corren un mayor riesgo de ser víctimas de la violencia de pareja (6).

Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables dentro del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual registraron que todos los casos de violencia basada en género en nuestro país, el 80.4% de casos se reportan en víctimas de raza mestiza, en segundo lugar, el grupo quechua en un 9.7%, sin embargo, podemos ver que la población afroperuana es la que menos casos de agresión registra con un 0.2%. (3,4).

La OMS señala que no hay ningún factor que por sí solo pueda explicar porque algunos individuos actúan con violencia o porque esta problemática tiene prevalencia en ciertas clases sociales. La violencia tiene como resultado una interacción compleja de un conjunto de factores que actúan en diferentes dimensiones como individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales (4).

El nivel individual está referido a factores biológicos y personales que influyen en el comportamiento de la persona, probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

El nivel relacional refiere a los amigos, pareja y familiares cuya cotidianidad condiciona a la presencia de actos violentos.

En el nivel social se observan los factores institucionales, sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y que contribuyen a mantener las brechas y tensiones en la sociedad o fuera de ella (4).

D. El ciclo de la violencia (4).

- Fase Uno: Etapa donde aumenta la tensión. Aquí ocurren sucesos de violencia menores que aumentan progresivamente.
- Fase Dos: Se caracteriza por una descarga de tensiones que se vienen acumulando en la fase anterior.
- Fase Tres: Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso del agresor después de haber perpetuado actos violentos. Trata de paliar su actitud, pero nuevamente regresa a la fase UNO y vuelve a repetir el ciclo (4).

E. La evolución de la violencia

- Etapa de INICIO, se producen amenazas, rotura de objetos, insultos, etc. La violencia dentro de la pareja no comienza con agresión por muy leve que sea.
- Etapa MODERADA, empiezan a resaltar las agresiones físicas. En más ocasiones de las esperadas en donde las víctimas no reconocen en los empujones señal de violencia.
- Etapa GRAVE, aquí las conductas llevadas a cabo por el agresor son abofetear, dar patadas, jalar el pelo. Morder, controlar, amenazar. Etc.
- Etapa MUY GRAVE, son agredir con objetos contundentes, violaciones, usos de armas, quemar, flagelar.
- Etapa FATAL, es aquella en donde se produce la muerte **(4)**.

F. Los factores relacionados con la violencia: Se pueden estudiar desde tres el Modelo Ecológico el cual lo estudia desde 4 ámbitos: individual, familiar, comunicativo y sociocultural; consiste en la interacción que se produce entre factores de distinto nivel. Aporta un modelo de niveles de causalidad, implicados en que no existe un solo factor causal sino más bien una interacción de factores que operan en distintos niveles y que pueden favorecer la violencia o proteger contra ellos (Multicausal). Así tenemos los siguientes factores **(13)**.

- Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia (lo que está asociado a que en el futuro los niños sean perpetradores de violencia mientras las niñas experimenten violencia contra ellas)
- Abuso de sustancias (incluyendo alcohol), asociado a una mayor incidencia de la violencia.
- Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos.
- Limitadas oportunidades económicas (factor agravante para la existencia hombres desempleados o subempleados, asociado con la perpetuación de la violencia; y es un factor de riesgo para mujeres y niñas, de abuso doméstico, matrimonios forzados, matrimonios precoces, la explotación sexual y trata).

- La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima
- Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio
- El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras.
- Control masculino en la toma de decisiones y respecto a los bienes.
- Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina (por ejemplo, la dote, pagos por la novia, matrimonio precoz).
- Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo.
- Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos.
- Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia.
- Falta de sanción (impunidad) para perpetradores de la violencia.
- Bajos niveles de concientización por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2006; Bott, et al., 2005) (13).

G. Normativa

G.1. Normativa Internacional

- La Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW, indica en su artículo 1: A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado

menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera Y el Art. 5. Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para: Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres. En este marco, se deben señalar las Conferencias Internacionales sobre la Mujer que nacen en 1975 cuando las Naciones Unidas lanzan el Año Internacional de la Mujer, con el eslogan “Igualdad, Desarrollo y Paz” (15,16).

- **I Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1975 (Ciudad de México)** La importancia de esta primera conferencia se basa tanto en la amplitud de los temas abordados, como en el abanico de aspectos surgidos en el desarrollo de la misma. Señala Alda Facio que esta conferencia, tuvo como principal resultado la adopción por parte de los Estados del “Plan de Acción de la Ciudad de México” que dio lugar a la proclamación por la Asamblea General de la ONU del “Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer” (17).

- **II Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1980 (Copenhague)**

Se evaluó el nivel de cumplimiento del Plan surgido de la I Conferencia mundial y se aprobó un nuevo Plan de Acción, centrado en las áreas de salud, educación y empleo. Sobre el tema específico de la violencia contra las mujeres, el Programa de Acción identificó como problema “las mujeres maltratadas y la violencia en la familia” y manifestó la necesidad de mejorar la salud física y mental de las mujeres mediante el desarrollo de programas y políticas “dirigidos a la eliminación de todas las

formas de violencia contra las mujeres y niños y la protección de mujeres de todas las edades del abuso mental y físico resultante de la violencia doméstica, el ataque sexual, la explotación sexual y cualquier otra forma de abuso” (17).

Es precisamente a partir de esta conferencia cuando se empieza a hablar de igualdad no solo desde un punto jurídico, sino también desde el punto de vista del ejercicio de los derechos de la propia participación de las mujeres(15, 17).

- **III Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1985 (Nairobi)**

Bajo el título “Para el examen y la evaluación de los logros del decenio de Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, desarrollo y paz”, se constata el retroceso sufrido en buena parte del mundo en desarrollo, con relación a la situación de las mujeres. También se alerta acerca del bajo nivel de cumplimiento de los Planes de Acción anteriormente acordados. Se concluye que los programas llevados a cabo por los Estados en materia de igualdad y de no discriminación eran insuficientes y que debería realizarse un cambio de enfoque en los estudios y en la intervención política: la perspectiva de género (17).

- **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995 (Beijing)**

Marco un punto de inflexión para la agenda mundial de igualdad de género. La declaración y Plataforma de acción de Beijing adoptada de forma unánime por 189 países, constituye un programa en favor del empoderamiento de la mujer. Establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de igualdad de género en 12 esferas cruciales (17).

- **Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993)**

En la Declaración y Programa de Acción de Viena se afirmó la universalidad de los derechos de la mujer como derechos humanos y se hizo un llamamiento a la eliminación de la violencia contra ellas. En efecto, se reconoce por primera vez a los derechos de las mujeres

y de las niñas como parte integrante de los derechos humanos: “Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales.” Además, la Declaración señala en su párrafo 18 que “La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexuales, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas” (17).

G.2. Normativa Nacional

- a) Constitución Política del Perú: Reconoce como derechos fundamentales; Derecho a la vida, identidad, integridad moral, psíquica y física y al libre desarrollo y bienestar, Derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole, Derecho a la libertad y seguridad personal y Derecho a no ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni sometido a tortura o a tratos crueles inhumanos o humillantes (18).
- b) La Ley N° 28983 establece la equidad de género como uno de los principios que impulsan la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. Con tal principio se promueve el destierro de prácticas, concepciones y lenguajes que justifiquen la superioridad de alguno de los sexos, así como todo tipo de discriminación y exclusión sexual o social. Otro principio es la prevalencia de los derechos humanos, en su concepción integral, resaltando los derechos de las mujeres a lo largo de su ciclo de vida (18).
- c) La Ley N° 30364- Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la nueva normativa contiene un nuevo esquema procesal para la protección y sanción de hechos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. En el título II se puede advertir el nuevo esquema planteado (19).

- Que, mediante Ley N° 30364, se aprueba la Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, que tiene por objeto prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad **(20)**.
 - Que, la citada norma establece los mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como reparación del daño causado; y dispone la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados con el fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia asegurando el ejercicio pleno de sus derechos **(19)**.
- d) Resolución Suprema N° 033-2016-PCM, se crea la Comisión Multisectorial, de naturaleza temporal, encargada de elaborar el informe que contenga la propuesta de Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.
 - e) Reglamento: El Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar **(20)**.
 - f) El Decreto Supremo N° 008-2016-MIMP “Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021”, es de aplicación en los tres niveles de gobierno y en los distintos sectores y entidades involucradas en la prevención, sanción y erradicación de la violencia de género. Los gobiernos regionales y locales alinean sus políticas al Plan Nacional y

reciben apoyo técnico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (21).

Hasta el año 2015, el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 era el documento de política pública nacional para la prevención, investigación, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres. Su culminación coincidió con la aprobación de la Ley N° 30364 Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, publicada el 23 de noviembre de 2015, la cual se constituye en el marco normativo de la política nacional en la materia. Dicha ley establece la creación del “Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar” como un sistema funcional y ello define el estatus que adopta este nuevo plan nacional, como Plan Especial Multisectorial. Este Plan Nacional reviste entonces un carácter especial; si bien tiene un ámbito de protección más amplio al de la Ley N° 30364, sin duda constituye un instrumento que recoge sus lineamientos y concreta las responsabilidades que tienen las diferentes entidades públicas respecto a su implementación. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, como ente rector en materia de violencia de género, tendrá con este Plan, un potente mecanismo para el seguimiento del Sistema Nacional (20).

- g) Código Penal: El estado peruano viene realizando un esfuerzo para reducir la tasa de violencia basada en género, de ahí que se realizó la modificación del Artículo 368; ley que busca frenar la violencia de género aumentado la pena: “Artículo 368.- Resistencia o desobediencia a la autoridad; El que desobedece o resiste la orden legalmente impartida por un funcionario público en el ejercicio de sus atribuciones, salvo que se trate de la propia detención, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de seis años. Cuando se desobedezca la orden de realizarse un análisis de sangre o de

otros fluidos corporales que tenga por finalidad determinar el nivel, porcentaje o ingesta de alcohol, drogas tóxicas estupefacientes, sustancias psicotrópicas o sintéticas, la pena privativa de libertad será no menor de cuatro ni mayor de siete años o prestación de servicios comunitarios de setenta a ciento cuarenta jornadas.

Cuando se desobedece o resiste una medida de protección dictada en un proceso originado por hechos que configuran violencia contra las mujeres o contra integrantes del grupo familiar será reprimido con pena privativa de libertad no menor de cinco ni mayor de ocho años” (22).

G.3. Normativa Institucional

- **Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género (MINSA – 2007) (5)**

* **Conocimientos sobre el protocolo de actuación.**

Dentro de las funciones del profesional de Obstetricia está considerado: Brindar cuidados integrales de salud dirigidas al adolescente y adulto con énfasis en la mujer en edad fértil, familia y comunidad. Con la finalidad de disminuir los riesgos, controlar los daños y promover estilos de vida saludables.

Para poder brindar una atención integral de la persona afectada por la Violencia Basada en Género debemos contar con:

- **Recursos humanos:**

- El personal de salud será capacitado para poder asumir los procesos de orientación y consejería en los establecimientos de salud.
- Todo el personal de salud será capacitado y sensibilizado y conocerá las preguntas de detección, las cuales se incluirán de forma rutinaria en la historia clínica.
- En los puestos y centros de salud se deberá contar con profesionales de salud o personal capacitado, quien se encargue de la consejería básica para la intervención, detección y la referencia oportuna a los

establecimientos de salud, asimismo como el seguimiento de los casos.

- En los Hospitales los procesos de consejería, atención, referencia y rehabilitación estarán a cargo del profesional especializado (5).

- **Espacios para la atención integral:**

La atención deberá realizarse en el espacio intramural, en uno de los ambientes del establecimiento de salud, debiendo de ser adaptado de manera que responda a las características de privacidad, confidencialidad y seguridad del paciente, y en el extramural en las diferentes acciones de promoción de la salud, en las visitas domiciliarias y las actividades educativas (5).

- **Materiales e instrumentos:**

- El personal de salud deberá contar con: Guía técnica de Atención Integral de personas afectadas por la Violencia Basada en Género, el mismo que contiene la ficha de tamizaje y los flujogramas de Atención intra y extramural.
- Agenda de instituciones locales (para la información y derivación de los casos).
- Material informativo y educativo comunicacional (5).

- **Manejo de la Violencia Basada en Género**

En el caso de que la pesquisa sea negativa y no haya síntomas ni señales sospechosos, proceda a dar el tratamiento de rutina según el motivo de la consulta. En el caso de que la pesquisa sea negativa, pero haya síntomas o señales de sospecha de VBG ofrezca a la usuaria la disponibilidad de discutir al asunto en otra ocasión.

- En el caso de un diagnóstico positivo de VBG, seguir la siguiente ruta crítica:
- Propiciar un diálogo que permita hacer saber a la usuaria que cualquier decisión que tome será apoyada por el proveedor y que se respetará su autonomía.

- Demuéstrale su preocupación, dando mensajes positivos.
 - Brindarle apoyo emocional y levantarle la autoestima.
 - Desarrollar con ella un plan de intervención. Preguntarle lo que ella quiere hacer y mencionar la necesidad de tener un plan de emergencia.
 - Considerar con ella la necesidad de consejería, intervención en crisis, psicoterapia.
 - Dejar que ella tome sus propias decisiones.
 - Proporcionarle información sobre centros o instituciones de apoyo.
 - De ser necesario, referirla a otros servicios (psicología, servicio social, otra especialidad médica) o en otra institución (comisaria, médico legista, DEMUNA, etc).
 - Alentarle a que regrese al servicio y póngala en más relación con otros servicios de salud reproductiva (5).
- **Consejería para víctimas de violencia**

El principio básico de una consejería a personas en situación de violencia es reconocer en el personal la capacidad para resolver sus problemas, cuando se establece una relación de ayuda y se les brinda la oportunidad y el apoyo para hacerlo. Esta relación de ayuda brinda soporte emocional y aliento, fortalece a la persona; de ninguna manera significa asumir las responsabilidades y problemas como si fueran propios (5).

3.1.2 Papel del profesional de salud en la prevención de violencia basada en género

En 1996, la 49ª Asamblea Mundial de la Salud declaró a la violencia como un problema mayor de salud pública. En consecuencia, a partir de la obligación contraída por los Estados firmantes en relación al sector salud y la problemática de la violencia familiar, la implementación de medidas para sensibilizar y capacitar al personal en la temática se volvió urgente,

ya que los programas de educación médica de pre y posgrado no brindan entrenamiento formal sobre esta problemática. **(23,24,25)**.

Sobre la visión del profesional de salud en la atención de violencia basada en género, el personal de salud ve y trata (sabiéndolo o no) a muchas mujeres que son víctimas de violencia en sus relaciones personales, sobre todo, en las áreas de ginecología, planificación familiar y emergencia; sin embargo, apenas el 35% de establecimientos sanitarios cumple los protocolos para detectar **(26)**.

El personal de salud se encuentran en una posición única para identificar los casos de mujeres en riesgo, sobre todo los profesionales que se encargan de las estrategias de salud mental y los que trabajan en los servicios de salud sexual y reproductiva, tales como planificación familiar y materno perinatal, habría que decir también que, suelen mantener más contacto con las mujeres, adolescentes, jóvenes y adultas, conviene subrayar que estos profesionales tiene la oportunidad de identificar a las mujeres que son víctimas de violencia, no siempre por boca de la víctima, simplemente basta con ser observadores y tener conocimiento de las señales y signos que pueden brindar las mujeres, a partir de ello indagar, dado que, los profesionales mencionados se encuentran en una situación propicia para ayudar a las mujeres que sean víctimas de violencia a tomar conciencia sobre los riesgos y consecuencias a los que exponen.

Las y los profesionales de la salud pueden, sin notarlo, poner a la mujer en situación de riesgo si no están preparados o desconocen el tema. Dada la prevalencia de la violencia contra la mujer en la mayoría de los ámbitos del mundo, la mayoría de las y los proveedores que atienden a mujeres adultas, quizá han atendido sin saberlo a sobrevivientes de la violencia. Profesionales de la salud que violan la confidencialidad, que dan una respuesta insatisfactoria a una revelación de un acto de violencia, que culpan a la víctima o que no ofrecen una intervención en crisis, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer, su bienestar y hasta su vida **(27,28)**.

La capacitación de los profesionales de la salud en lo relativo a VBG aumentaría sus conocimientos sobre los efectos físicos y psicológicos que

ésta acarrea en las víctimas, les permitiría conocer los factores de riesgo, y facilitaría la revisión de los mitos y los prejuicios que obstaculizan sus intervenciones y prácticas de atención. De esta manera, también se estaría contribuyendo al reconocimiento del papel clave que estos profesionales cumplen en la detección del problema.

Brindando herramientas a los profesionales de la salud, para discutir el tema de la violencia con una víctima potencial y dar las respuestas adecuadas cuando la mujer confirme hechos de violencia. Las y los proveedores de salud se encuentran en una situación propicia para ayudar a las mujeres que sean víctimas de violencia a tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen. Algunos estudios sugieren que las víctimas indicaron que a menudo toman conciencia de que están siendo violentadas cuando les hacen ver que cumplen con las características de una víctima de agresión y esto abre paso hacia la búsqueda de ayuda.

Según la literatura especializada en la temática, las acciones de sensibilización y capacitación aumentan considerablemente la posibilidad de detección y, con ello, la asistencia adecuada. Los resultados expuestos resultan de suma importancia para la formación de recursos humanos en salud, por lo 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 (25).

3.1.2.1 Disposiciones para la actuación de los establecimientos de salud frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N°30364 (2).

- Actuación conjunta territorializada, basada en el presente protocolo de actuación conjunta interinstitucional y de acuerdo a la jurisdicción de los EE.SS.
- En el marco del presente Protocolo, los EE.SS. brindarán en forma gratuita la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Incluye un plan de atención individualizado que asegure la atención médica; exámenes de ayuda

diagnóstica (laboratorio, imagenología y otros); hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico; y cualquier otra prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud (2)

- Activación de las redes de apoyo familiar y comunitario para mejorar la seguridad de las víctimas y el grupo de familia, en todos los casos (2).
- Para la atención de víctimas de violación sexual, se tiene en cuenta la atención especializada que éstas requieren, de acuerdo a lo previsto en la Ley N° 30364, su Reglamento, lo establecido por el Ministerio de Salud y el presente documento (2).
- Los profesionales de la salud de los EE.SS. denunciarán los casos de violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar, que conozcan en el desempeño de su actividad. Para interponer una denuncia no es exigible presentar resultados de exámenes físicos, psicológicos, pericias de cualquier naturaleza o mostrar huellas visibles de violencia. Si cuenta con documentos que sirvan como medios probatorios, estos se reciben e incluyen en el informe de la Policía Nacional del Perú, del Ministerio Público o en el expediente del Poder Judicial (2).
- Respecto de las medidas de protección, el Juzgado de Familia dispone lo necesario para supervisar el cumplimiento de dichas medidas en coordinación con las entidades pertinentes. En los lugares donde no exista equipo multidisciplinario del Poder Judicial para realizar visitas periódicas e inopinadas a fin de supervisar el cumplimiento de la medida de protección brindada en los casos en que las víctimas sean niños, niñas, adolescentes, mujeres, personas adultas mayores o personas con discapacidad, el Juzgado de Familia puede disponer que la supervisión sea realizada por los centros de salud mental comunitarios u equipos interdisciplinarios especializados de hospitales (2).

- Los establecimientos de salud resguardan la adecuada obtención, conservación y documentación de la prueba de los hechos de violencia, en el marco de las prestaciones de salud que brinden (2).
- Los certificados e informes que expidan los médicos de los establecimientos de salud tienen valor probatorio acerca del estado de salud física y mental en los procesos por violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Asimismo, es gratuita la expedición de los certificados y la consulta médica que los origina, así como los exámenes o pruebas complementarios para emitir diagnósticos sobre los hechos de violencia. Asimismo, para otorgarle valor probatorio no se requiere la presencia de los profesionales de la salud para ratificar los certificados y evaluaciones que hayan emitido (2).
- Los servicios de salud aseguran la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de acuerdo con lo dispuesto por los juzgados de paz y/o las autoridades de las comunidades campesinas, comunidades nativas o rondas campesinas, de conformidad con lo establecido en el artículo 10, literal c), de la mencionada Ley N^o 30364 (2).

3.1.2.1.1 Disposiciones sobre la ruta de actuación cuando la persona usuaria es atendida primero por el EE.SS. y luego se deriva al CEM

De la aplicación de dichas fichas y la evaluación del comportamiento y examen físico se concluye que la víctima se encuentra en riesgo leve, riesgo moderado o riesgo grave/severo. En dichos casos, el personal de la salud ofrece tratamiento y recuperación e información oportuna sobre los CEM. Además, enlaza con el equipo del CEM del ámbito territorial (2).

- **Persona usuaria en situación de violencia con riesgo leve atendida por el EE.SS (2):**

<p>Si la usuaria no acepta la atención</p>	<p>El responsable del establecimiento de salud designa a una persona que enlace con el equipo CEM. Se informa al personal de enlace del CEM oportunamente, para lo cual utiliza la "Ficha de notificación del caso"⁵⁰ y envía copia de la ficha de valoración del riesgo que haya aplicado para no revictimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</p> <p>El personal de la salud designado por el EE.SS. informa al especialista de enlace del CEM que la usuaria no ha aceptado el tratamiento que le ofrece el establecimiento de salud. La asistente social del CEM visita a la usuaria en coordinación con el equipo de salud sectorista o encargado de la visita familiar integral del EE.SS. respectiva, a fin de motivarla a aceptar el tratamiento, y de conseguir cambio de decisión, consensuar una próxima visita domiciliaria. Realizan el acompañamiento cercano y no pierden el caso y gestionan su ingreso en redes de protección social, si así lo requiere.</p> <p>Tanto el responsable del EE.SS. como del CEM, de manera coordinada, realizarán acciones de seguimiento del caso.</p> <p>El personal de la salud ofrece asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres. Si no los hubiera en el territorio, propicia la implementación en su establecimiento o ámbito territorial, previo entrenamiento.</p>
<p>Si la usuaria acepta la atención</p>	<p>El personal responsable del EE.SS. designa a un profesional de la salud que realizará el seguimiento del caso. Asimismo, informa al especialista de enlace del CEM, para lo cual utiliza la "Ficha de notificación del Caso"⁵¹ y se envía la copia de la ficha de valoración del riesgo que haya aplicado para no re victimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</p> <p>El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace designado del CEM que la usuaria ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud.</p>

	<p>En ese contexto, la persona usuaria es atendida por el personal de la salud, en especial por un psicólogo o personal de la salud capacitado, quien brindará consejería a la usuaria o la prestación requerida.⁵² Cada EE.SS. asegura la presencia de psicólogos para dicho abordaje en número suficiente, según nivel de categorización y normatividad vigente</p>
--	--

- **Persona usuaria en situación de violencia con riesgo moderado o grave/severo (2):**

<p>Si la usuaria no acepta la atención</p>	<p>El personal de la salud del establecimiento de salud enlaza con el responsable del CEM, Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, adjuntando las evidencias, si las hubiera. Envía los certificados médicos elaborados acorde con los parámetros médico-legales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público que acreditan las lesiones sufridas o violencia sexual sufrida o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo y grado del daño o afectación.</p> <p>Para informar al CEM, el personal de la salud responsable utiliza la 'Ficha de notificación del caso'⁵³ y adjunta todos los documentos pertinentes.</p> <p>El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace del CEM, Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, si ha aplicado la ficha de valoración del riesgo. Si se hubiera aplicado, se envía una copia de la ficha para no revictimizar a la víctima.</p> <p>El personal de la salud responsable informa al especialista de enlace designado del CEM que la usuaria no ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud con el objetivo de articular con la asistente social del CEM y pueda visitar a la usuaria para motivarla a aceptar el tratamiento, darle información clave, así como gestionar su ingreso en redes de protección, si así lo requiere. Así, el responsable del EE.SS. como del CEM, de manera coordinada, realizan acciones de seguimiento cercano. Establecen enlace telefónico periódico y reuniones presenciales pertinentes, según la valoración de riesgo del caso.</p>
--	--

	<p>El personal de la salud ofrece asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres.</p> <p>El personal de la salud realiza una entrevista motivacional con la finalidad de que la usuaria acepte el tratamiento.</p>
<p>Si la usuaria acepta la atención</p>	<p>El personal de la salud informa al especialista de enlace del CEM (miembro del Comité intersectorial local CEM-EE.SS.), Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, adjunta las evidencias, si las hubiera. Envía los certificados médicos elaborados acorde con los parámetros medicolegales del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses del Ministerio Público o acorde a cualquier parámetro técnico que permita determinar el tipo o grado del daño o afectación.</p> <p>Para informar al CEM, el personal de la salud utiliza la "Ficha de notificación del caso" y adjunta todos los documentos pertinentes.</p> <p>El personal de la salud informa al especialista de enlace designado del CEM (miembro del Comité intersectorial local CEM-EE.SS.), Fiscalía de Familia o Mixta, o a la PNP, si ha aplicado la ficha de valoración del riesgo. Si se hubiera aplicado, se envía una copia de la ficha para no re victimizar a la víctima aplicándole nuevamente dicha ficha.</p> <p>El personal de la salud informa al especialista de enlace del CEM que la usuaria ha aceptado el tratamiento y recuperación que le ofrece el establecimiento de salud.</p> <p>El personal de la salud, realiza todas las gestiones para que la persona usuaria, de ser necesario, reciba atención por el equipo especializado de salud mental (por el CSMC o servicio especializado de salud mental del hospital, si no hubiere CSMC) o para la atención especializada que requiera por ginecología, cirugía, traumatología, pediatría, emergencia, medicina interna, entre otros, según necesidades y evaluación integral individualizada e interdisciplinaria.</p> <p>El equipo especializado de salud del centro de salud mental comunitario del ámbito territorial procede a realizar la intervención</p>

	<p>interdisciplinaria, desarrolla un plan de tratamiento y continuidad de cuidados personalizados. Este plan incluye las acciones relacionadas al servicio de protección e intervención a niñas, niños y adolescentes si hubiere; un plan de continuidad de cuidados si así lo amerita, y un plan de intervención para agresores, según sea el caso. Este plan se coordina también con el especialista de enlace del CEM y el responsable del EE.SS. Asimismo, debe considerar el enlace con el servicio de asesoría legal gratuita disponible de ser necesario, según el caso lo requiera.</p> <p>En caso de emergencia, el equipo interdisciplinario del EE.SS. brinda la atención inmediata, considera desde la acogida un trato cordial y empático. Asimismo, considera la atención interdisciplinaria y asegura la disponibilidad de camas hospitalarias de forma inmediata, así como asegura la cobertura de prestaciones e insumos requeridos necesarios para la atención integral de la víctima e integrantes del grupo familiar</p>
--	--

3.1.3. Conducta frente a la violencia basada en género

a) Conducta

La actitud se define como una predisposición aprendida a responder de una manera consistente favorable o desfavorablemente respecto a un objeto o situación dada. En lo que circunscribe a la salud, los profesionales de la salud, continuamente intentan mejorar las actitudes o fomenta la adquisición de aquellas que beneficjen a la salud (29).

El concepto de actitud se analiza en psicología social desde dos modelos fundamentales: El modelo tridimensional y el modelo unidimensional. Desde un punto de vista tridimensional (Rosenberg y Hovland, 1960) la actitud se entiende como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con una clase de respuesta, sea afectiva, cognitiva, o conductual. Es decir, según este planteamiento, la actitud tendría tres componentes (30):

- El componente cognitivo: incluye el modo en que se recibe el entorno, ideas, creencias y los pensamientos acerca del objeto de pueden ser positivas, negativas o neutras (dirección), favorables o desfavorables, en mayor o menor grado (intensidad).
- El componente conductual: es la tendencia, comportamiento o predisposición que se tiene en cuanto el objeto de actitud.
- El componente afectivo: Sentimientos, emociones y respuestas del sistema nervioso autónomo al objeto de actitud, los cuales pueden ser positivos o negativos.

La conducta puede ser favorable o desfavorable ante una situación. El hombre es un todo integrado. No existe un “hombre exterior” y un “hombre interior”; su personalidad es una unidad integrada, pero su patrón de conducta lo determina una mezcla compleja de fuerzas internas e influencias del exterior. El éxito que se integra al motivar al personal de la organización se determinara por el grado en que se logre influenciarlo para que reacciones con una conducta favorable a la misma (31).

b) Factores asociados a la conducta humana:

A diferencia de la ciencia que es una búsqueda sistemática de la verdad, que puede y debe ser mensurable, hay otros aspectos que no difícilmente mensurables y que no podrán ser sistematizados debido a que son individuales. La personalidad es uno de estos aspectos (32).

- **La personalidad**

Personalidad (L. persona, máscara usada por los actores en las obras de teatro grecorromanas). El término se extendió en tiempos de Cicerón para designar retórica y metafóricamente el rol de todo ser humano en la vida social. Con este vocablo se enfatiza la doble noción de la psique como receptáculo y reflejo del inconsciente colectivo. En medios no científicos, personalidad engloba las características de singularidad, individualidad, emociones, sentimientos y sensibilidad que otorgan identidad e imagen especiales a los integrantes de los diversos grupos sociales (32).

- **Factores biológicos**

Los factores biológicos que pudieran estar asociados a la conducta humana se encuentran los trastornos mentales, tales como, trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos asociados a consumo de sustancias y trastornos psicóticos (32).

- **Factores psicodinámicos**

Estos están en discusión ya que diferentes autores aun no encuentran un punto de convergencia, por considerarse uno de los menos entendidos. Las teorías más aceptadas postulan a la que cualquier formulación psicodinámica relacionada a la conducta humana está gobernada por fuerzas y las personas no son conscientes de estas.

c) **Conducta de los Profesionales de Salud**

Buscando que el personal de salud conserve una conducta y disposición (competencias, actitudes) de la mejor calidad, brindando atención a la víctima y la correspondiente eficacia terapéutica, el trato cálido, seguro, la capacidad de escucha, el diálogo respetuoso y receptivo favorece que la mujer en situación de violencia pueda expresarse y de ese modo permita la calma interna y relacional.

El personal de salud descarta o confirma la situación de sospecha de violencia a través de una entrevista, pudiendo utilizar preguntas claves para la detección mediante las herramientas brindadas por el ministerio de Salud. Es importante recalcar que el personal de la salud durante la entrevista debe mantener una conducta objetiva, evitar dar falsas esperanzas, emitir juicios y asumir la responsabilidad del cambio de la situación de la usuaria (33).

Sobre la aplicación de intervenciones para el cuidado integral; comprende un conjunto de intervenciones como la atención en primera línea, basada en la acogida y la escucha activa; la detección y el diagnóstico con un paquete de servicios integrados de tratamiento y recuperación fundamentado en la continuidad de cuidados y la

reinserción social; incluye también la mejora de la seguridad personal de las víctimas y el grupo familiar **(33)**.

Así, el cuidado integral es un proceso que asocia todas las dimensiones de la violencia: física, emocional, sexual, socioeconómica, legal, moral, espiritual y comunitaria; con un enfoque de continuidad de cuidados y protección de la autonomía y la seguridad de las víctimas. Este proceso exige incorporar estrategias y acciones articuladas de fomento del buen trato, prevención del riesgo, promoción de factores G. Rosell protectores y atención centrada en las personas víctimas **(2)**.

Para el desarrollo de la entrevista es indispensable crear un clima de confianza entre el/la entrevistador/a y la usuaria. Para ello, el personal de la salud debe considerar lo siguiente: **(33)**.

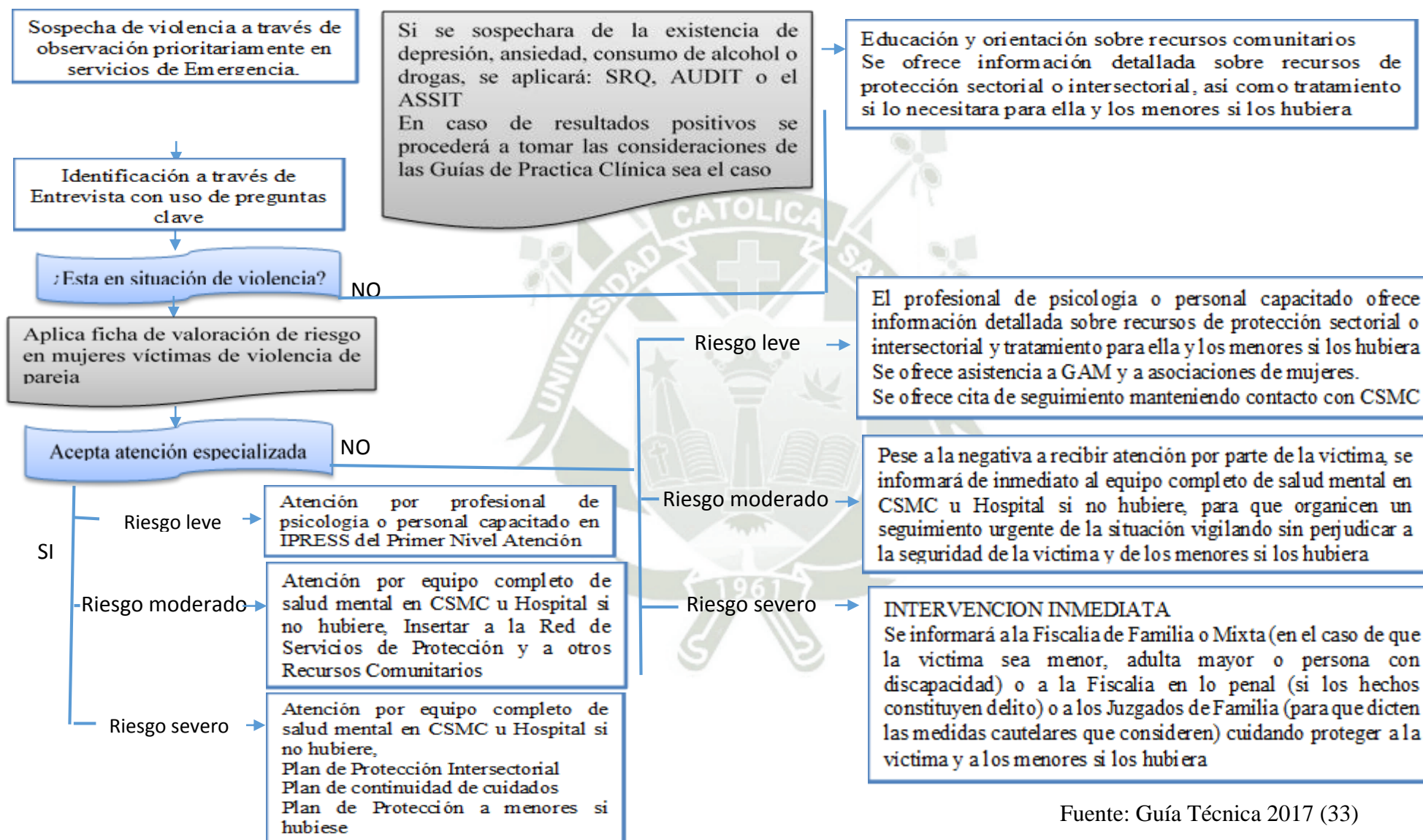
Pautas a tener en cuenta en la entrevista de identificación del caso:

- La primera entrevista se fundamente en una escucha activa.
- Evitar que la entrevista se convierta en interrogatorio.
- Iniciar la entrevista con preguntas facilitadoras: ¿cómo se siente?, ¿en qué la podemos ayudar? ¿Qué le ocurrió?
- Entrevistar a la mujer sola, asegurando la confidencialidad.
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista.
- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- La presencia de violencia o no en los vínculos familiares.
- Mantener una actitud empática que facilite la comunicación, con una escucha activa sin interrupciones.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia sufrida.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

- Abordar directamente el tema de la violencia, luego que se estableció el vínculo de confianza.
- Aceptar la información que brinda la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios a través de la comunicación verbal y no verbal, para no generar temor a la revelación del abuso.
- Alertar a la mujer de los riesgos de la violencia, respetando su decisión de aceptar o no la atención de salud.
- Brindarle la oportunidad de evaluar su situación de violencia, ordenar sus ideas y tomar decisiones.
- Al final de la sesión hacer un cierre, que facilite la toma de decisiones y la certeza de disponibilidad del servicio de atención y de continuidad de cuidados. Es importante señalar que el personal de la salud durante la entrevista debe evitar dar falsas esperanzas, emitir juicios y asumir la responsabilidad del cambio de la situación de la usuaria.

El personal de salud debe recordar que; las personas atendidas por situaciones de violencia son provistas de todo lo necesario para la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de forma gratuita en todos los EE.SS.; quienes son atendidas, así no cuenten con documento de identidad. Comprende la atención especializada, hospitalización, curaciones, medicinas, tratamiento psicológico y psiquiátrico, exámenes complementarios o prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud, según complejidad en todos los niveles de atención, así como la provisión oportuna de los kits para la atención de casos de violencia sexual, que incluyen la anticoncepción oral de emergencia, entre otros que reduzcan las consecuencias de la violación sexual (34).

Flujo de atención de mujeres en situación de violencia en las IPRESS



Fuente: Guía Técnica 2017 (33)

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 A Nivel Internacional

* **TÍTULO:** Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires

AUTOR: María Alemán, Diana Vernaz, Graciela Tilli, Viviana Mazur, Belén Rossi Sammartino, Agustina Marconi, Karina Pannia, Julián Antman (25).

FUENTE: Rev. Argent Salud Pública, Vol. 1 - N.º 5, diciembre 2010

OBJETIVO: El objetivo fue realizar un análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en relación a su capacidad de respuesta frente a la VBG.

METODOLOGÍA: El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal. Se realizó un análisis de situación para caracterizar, analizar e interpretar cada centro frente a la VGB. Se aplicaron dos encuestas. Los sujetos fueron todos aquellos profesionales que atienden a mujeres de 21 años y más en los Centros de Salud y Acción Comunitaria de la CABA.

RESULTADOS: Respondieron 512 participantes, 415 eran mujeres, edad promedio de 44 años. El 49,7% refirió tener conocimientos poco o nada suficientes en esta problemática. Entre el 81,7 % y el 88,6 % se reconoció como medianamente o poco capacitado en detección de VBG.

Dominio de prácticas: el 80,7% consideró que las situaciones de violencia contra la mujer ocurren con mucha o extrema frecuencia, predominantemente bajo la forma emocional (68,7%). El 88,6% evaluó como 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. Los profesionales encuestados señalaron como los más preocupantes los pocos recursos disponibles en la comunidad para realizar derivaciones (60,1%), la falta de capacitación en la temática (57,9%), y las limitaciones de tiempo en cada consulta (47,8%). Por otra

parte, la falta de apoyo del equipo de trabajo y el temor a las represalias por parte de los agresores o a involucrarse en acciones judiciales no fueron señalados como obstáculos.

CONCLUSIONES: los resultados indican la importancia de la capacitación de los profesionales de la salud para mejorar su práctica en la detección de la VBG.

3.2.2 A Nivel Nacional

* **TITULO:** Nivel de conocimientos y actitudes sobre la violencia basada en género en las obstetras del primer nivel de atención de la Red De Salud Huaral – Chancay 2017”

AUTORA: García Huánuco, Tatiana Vilma (35).

FUENTE: Universidad Privada Sergio Bernales. (tesis)

OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimiento y actitudes en las Obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay 2017. L

METODOLOGÍA: Fue de tipo descriptivo, correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra está conformada por 44 Obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay. Como instrumento se usó una encuesta con 23 preguntas, la cual se utilizó el Alfa de Cronbach para su confiabilidad, respecto a los conocimientos se obtuvo un coeficiente de 0.774 y en las actitudes 0.771, es decir una confiabilidad aceptable. Para los procesamientos de datos se utilizó el programa SPSS versión 21.0.

RESULTADOS: Las Obstetras tienen de 21 a 35 años (54,5%), sexo femenino (100%) y estado civil soltera (38,6%). El 95,5% de las Obstetras encuestados conocen el protocolo de atención primaria de la violencia basada en género. La mayoría conoce las clases sociales que más se asocian a la violencia (75%) y las consecuencias a la salud que pueden provocar (54,5%), sin embargo, no conocen sobre el tipo de violencia más frecuente (56,8%) y la definición de violencia de género (81,8%). Respecto a las actitudes, las Obstetras refieren que siempre

realizan el tamizaje de VBG (75,0%) y a veces (25,0%). El nivel de conocimiento de la violencia basada en género es de nivel medio (54,6%), alto (38,6%) y bajo (6,8%). El 79,5% tiene actitudes cognitivas favorables y el 20,5% desfavorables. El 86,4% tiene actitudes conductuales favorables y el 13,6% desfavorables

CONCLUSIÓN: Las Obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay 2017, presentan un nivel de conocimientos medio (54,6%), actitudes cognitivas favorables (79,5%) y actitudes conductuales favorables (86,4%).

* **TÍTULO:** Conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. Red. Rimac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V, 2016

AUTOR: Linda Arleny Sánchez Palacios (36).

FUENTE: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (tesis)

OBJETIVO: El objetivo del estudio fue determina el conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la Red Rímac-SMP-LO – DIRESA.

METODOLOGÍA: El estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 obstetras del primer nivel de atención que laboran en la Red Rímac-SMP-LO. Para el análisis cualitativo se emplearon frecuencias absolutas y relativas, el objetivo fue determinar el conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la Red Rímac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V en el año 2016.

RESULTADOS: Los obstetras tienen de 40 a 54 años (66.7%), sexo femenino (96.6%) y estado civil casado (56.7%). El 63.3% de los obstetras encuestados conocen el protocolo de atención primaria para la violencia basada en género. La mayoría conoce la definición (80%) y las consecuencias a la salud que pueden provocar la violencia basada en género (86.7%), sin embargo, no conocen sobre las clases sociales que se

asocian más a la violencia basada en género (90%) y quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes (90%). Respecto a las actitudes, los obstetras refieren que a veces aplican el protocolo de VBG en su trabajo (70%), a veces realizan el tamizaje de VBG (60%), y a veces mantienen una actitud expectante ante el diagnóstico de la violencia basada en género (46.7%). El nivel de conocimiento de la violencia basada en género es de Medio (86.7%) a Bajo (13.3%). El 53.3% tuvo actitudes favorables y el 46.7% desfavorables.

CONCLUSIÓN: Los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016, presentan un nivel de conocimientos medio (86.7%) y una actitud favorable (53.3%) sobre la violencia basada en género.

3.2.3 A Nivel Local

* **TÍTULO:** Violencia basada en género y características de la víctima gestante. Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, noviembre-diciembre 2015

AUTORAS: Choque Apaza, Flor Karla/Quispe Díaz, Yessenia Edith (37).

FUENTE: Universidad Católica de Santa María. (tesis)

OBJETIVO: Conocer la frecuencia y tipo de VBG en gestantes, del Centro de Salud Francisco Bolognesi. Especificar las características de las gestantes víctimas de violencia basada en género, del Centro de Salud Francisco Bolognesi.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio de campo, descriptivo de corte transversal, retrospectivo. La fuente de datos fue obtenida mediante una ficha de tamizaje del Ministerio de Salud (MINSA) a las gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi.

RESULTADOS: La muestra estuvo constituida por 165 gestantes, (75,2%) refirieron haber sufrido violencia en algún momento de su gestación o gestaciones anteriores. Se encontró que la prevalencia de violencia basada en género en gestantes atendidas en el Centro de Salud

Francisco Bolognesi es mayor en las edades de 16-25 años (41,9%), el tipo de violencia más frecuente que sufrieron fue el psicológico (55,6%).

CONCLUSIÓN: La existencia de violencia basada en género en gestantes atendidas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi es alta (75,2%). El tipo de violencia más frecuente que sufrieron las gestantes atendidas en el Centro de Salud Francisco Bolognesi fue el psicológico (55,6%). En las características demográficas, las gestantes sufren de violencia en todas las edades, se da con mayor frecuencia entre 16-25 años en un (41,9%); en cuanto al estado civil, las gestantes convivientes sufren de violencia en un (67,7%); la gestante primípara presenta más violencia con un (57,3%). En cuanto a las características sociales, las gestantes que no tienen empleo sufren de violencia en un (75,0%); de igual forma el (99,2%) cuenta con Seguro Integral de Salud (SIS) y el (0,8%) cuenta con seguro social ESSALUD, en ambos casos la violencia está presente. Las gestantes que estudiaron hasta el nivel secundario sufrieron de violencia en un (83,9%). Por último, el (92,7%) si contaban con apoyo familiar y el (7,3%) no contaban con apoyo familiar, se evidencia en ambos casos la presencia de VBG.

TITULO: Estudio comparativo del Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre la violencia basada en género en obstetras que laboran en los Centros de Salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata, Arequipa, Enero - Mayo 2018

AUTORA: Cano Zamudio Felipa Magaly (38)

FUENTE: Universidad Católica de Santa María (tesis)

RESUMEN OBJETIVO: Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre violencia basada en género de las Obstetras que laboran en los Centro de Salud, Ampliación Paucarpata y Maritza Campos Díaz de Enero a mayo 2018. **METODOLOGÍA:** Estudio de campo, con diseño descriptivo y comparativo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 16 obstetras del primer nivel de atención que laboran en los Centro de Salud, Ampliación Paucarpata y Maritza Campos Díaz de Enero a mayo 2018. **RESULTADOS:** La mayoría de las obstetras tienen

entre 40 a 54 años en un 62.5%, sexo femenino un 100%, estado civil casada 56.25%, tiempo laborando de 11 a 20 años 37.5% en Maritza Campos Díaz y de 11 a 20 años un 50% en ampliación Paucarpata, el nivel de conocimientos de las obstetras sobre violencia basada en género es alto en un 61.1%, las actitudes sobre violencia basada en género entre las obstetras fueron favorables en un 93.5%.

CONCLUSIÓN: Las Obstetras del primer nivel de atención que laboran en los centros de salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata tienen un nivel de conocimientos alto y una actitud favorable sobre la violencia basada en género.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Actitud, Violencia basada en género.

4. HIPÓTESIS

Dado que; actualmente el Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género y el protocolo de Ley 30364 el cual debe ser de conocimiento de todo el personal de salud, sobre todo de los profesionales que tienen una relación directa con las posibles víctimas.

Es probable que; los profesionales de la Micro Red Ampliación Paucarpata tengan un nivel de conocimientos alto y una conducta favorable para prestar ayuda a las víctimas de violencia basada en género.



I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA: Comunicación. Encuesta.

1.2. INSTRUMENTOS: Cédula de preguntas (Anexo2)

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Variable Independiente Conocimiento sobre violencia basada en genero	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto de VBG 	Técnica comunicación: cuestionario	Cédula de preguntas (Anexo 2)
	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de VBG 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre la etiología de la violencia basada en género. 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos sobre el protocolo de actuación. 		
Variable Dependiente Conducta frente a la violencia basada en género	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación y Consejería 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Violencia Basada en Género 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de actuación de Violencia Basada en Género 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Tamizaje en Violencia Basada en Género 		
	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Género 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento adecuado tras la detección de un caso de Violencia Basada en Género 		
<p>Variable Interviniente</p> <p>Características sociodemográficas del profesional sanitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Ocupación • Tiempo de servicio • Servicio 	Técnica comunicación: cuestionario	Cédula de preguntas (ver Anexo 2)

El instrumento consta de 17 interrogantes cerradas y abiertas. Consta de tres partes:

Primero: Se buscó indagar sobre los datos sociodemográficos y laborales del profesional de la salud.

Segundo: Con 11 ítems que evaluaron los conocimientos del profesional de la salud respecto a la Violencia Basada en Género.

Tercero: Con 6 ítems diseñados para analizar las conductas de los profesionales de salud frente a la Violencia Basada en Género.

Dicho instrumento fue elaborado en base al realizado por Tatiana Vilma García Huánuco (35). y Según el Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud (EE. SS) para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual (2). Este instrumento se sometió a una prueba piloto en 5 profesionales de la salud (2 médicos, 2 obstetras y una enfermera) de la Micro red Maritza Campos Días de Zamacola, el cual reúne las mismas características en cuanto al nivel de complejidad y categorización de la Micro red Ampliación Paucarpatá.

La finalidad del presente fue juzgar su eficacia y comprensión, para su perfeccionamiento, además de verificar el tiempo de administración al llevarlo a cabo, así mismo se realizó la validación para estimar la confiabilidad de consistencia interna sobre el nivel de conocimiento, mediante el coeficiente de Kunder – Richardson, dicho instrumento resulto confiable para su aplicación obteniendo 0.836, en su escala de medida. (Anexo 3)

Para la calificación del instrumento en cuanto al conocimiento sobre Violencia Basada en Género se utilizó lo siguiente por niveles:

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PUNTAJE
Alto	8 -11 Puntos
Medio	4- 7 Puntos
Bajo	0 - 3 Puntos

- **Respuesta Correcta** 1 Punto
- **Respuesta Incorrecta** 0 Punto

Para conducta, se consideró la siguiente categoría mediante escala de Likert:

NUMERO DE VECES QUE EJECUTA	PUNTAJE
Siempre	2 Puntos
A veces	1 Puntos
Nunca	0 Puntos

Según la sumatoria del puntaje la conducta se evaluó de la siguiente manera.

- **Conducta favorable:** Puntaje de 6 a 12.
- **Conducta desfavorable:** Puntaje de 0 a 5.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

2.1.1. Precisión del lugar: ámbito general específico

La investigación se realizó en la ciudad de Arequipa en la Micro Red de Ampliación Paucarpata ubicado en Av. Kennedy 2101, Distrito de Paucarpata, Provincia y Departamento de Arequipa, Perú. (Anexo3)

2.1.2. Caracterización del lugar

La Micro Red de Ampliación Paucarpata corresponde al ámbito institucional del Ministerio de Salud, perteneciente a la Red Arequipa-Caylloma, (Puesto de Salud Campo Marte, Puesto de Salud Manuel Prado, Puesto de Salud Nueva Alborada) Brinda los servicios de consultorios externos por especialidades, atención de partos y emergencias, su nivel de atención es I-4 por lo que atiende las 24 horas de lunes a Domingo.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

2.2.1. Cronología

El estudio se realizó durante el mes de Junio – Julio 2019

2.2.2. Visión temporal

Prospectivo

2.2.3. Corte Temporal

Transversal

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Universo

Las unidades de estudio para esta investigación fueron los Profesionales de la salud que laboran en la Micro Red de Ampliación Paucarpata de la Provincia y Región Arequipa, los mismos que corresponden a la población.

2.3.1. Cualitativo.

Criterio de Inclusión

- Profesional de la salud que laboran en la Micro Red de Ampliación Paucarpata
- Profesionales de la Salud que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

Criterio de Exclusión

- Profesionales de vacaciones
- Profesionales que no accedan participar

2.3.2. Cuantitativo.

- **Muestra**

Médicos:	15
Obstetras	17
Enfermeras	22
Odontólogos	10
Total	64

3. ESTRATEGIA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

- Se solicitó la autorización por medio de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura al Sr. jefe de la Micro Red de Ampliación Paucarpata para realizar el trabajo de investigación.
- Se informó al sujeto de estudio sobre el objetivo de la investigación y la importancia de que brinde su colaboración con respecto a la información que podrá brindarnos y se recogerá los cuestionarios firmados.
- Se procedió a aplicar el instrumento, la recolección de datos previa lectura y firma del consentimiento informado su duración fue de 15 a 20 minutos.

3.1.1. Consideraciones éticas:

Para elaborar la presente investigación se otorgó a los Profesionales de salud el consentimiento informado (ANEXO 1) ya que consta con los principios de la ética.

3.2. RECURSOS:

3.2.1. Humanos:

- **Investigadora:** Bachiller: Joachin Mendoza, Karen.
- **Asesor/a de investigación:** Mgter. Fernández Vásquez, Armida

3.2.2. Físicos: Instalaciones del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.2.3. Financieros: Recursos propios de la investigadora, además se utilizó materiales (de escritorio, impresos y fotográficos), Servicios (movilidad, fotocopias, anillados, equipamiento de computo, oficina),

3.2.4. Institucionales: Micro Red de Ampliación Paucarpata

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de procesamiento.

- **Tipo de procesamiento:** Se realizó un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

4.2 Plan de análisis de datos.

- **Tipo de Análisis:** Se realizó la tabulación manual de los datos; luego, se creó una base de datos usando Microsoft Excel 2013. Se utilizaron tablas estadísticas de distribución de frecuencia y porcentajes, los cuales también fueron expresados en gráficos. Se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Para el estudio de la relación de variable se usó la prueba Chi cuadrado ($P < 0.05$).



**CAPITULO III:
RESULTADOS**

TABLA N° 1:

**Edad de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**

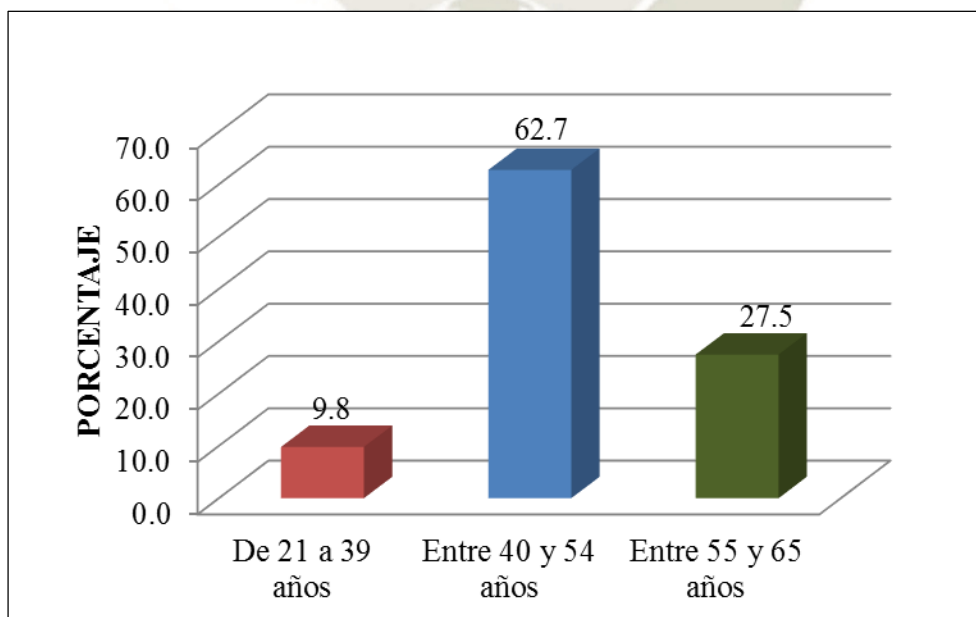
Edad de los profesionales	N°	Porcentaje
De 21 a 39 años	5	9.8
Entre 40 y 54 años	32	62.7
Entre 55 y 65 años	14	27.5
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 1 se puede observar que la edad promedio de los profesionales encuestados oscila entre 40 y 54 años en el 62.7% del total.

GRAFICO N° 1:

**Edad de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 2:

**Sexo de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**

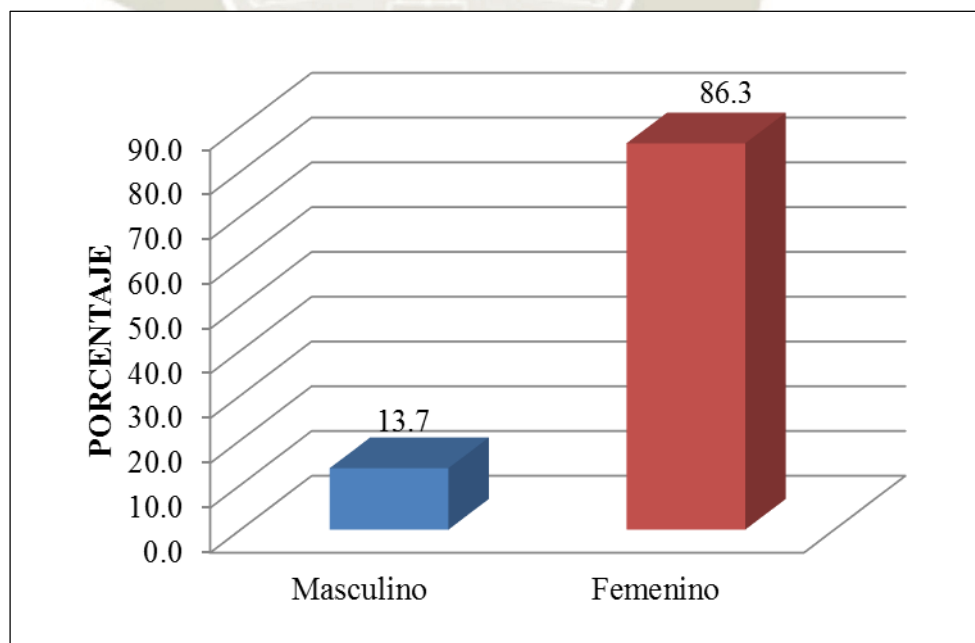
Sexo de los profesionales	N°	Porcentaje
Masculino	7	13.7
Femenino	44	86.3
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 2 se observa que el sexo predominante en la Micro red Ampliación Paucarpata es Femenino con un 86.3% del total.

GRAFICO N° 2:

**Sexo de los profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 3:

**Estado Civil de los profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**

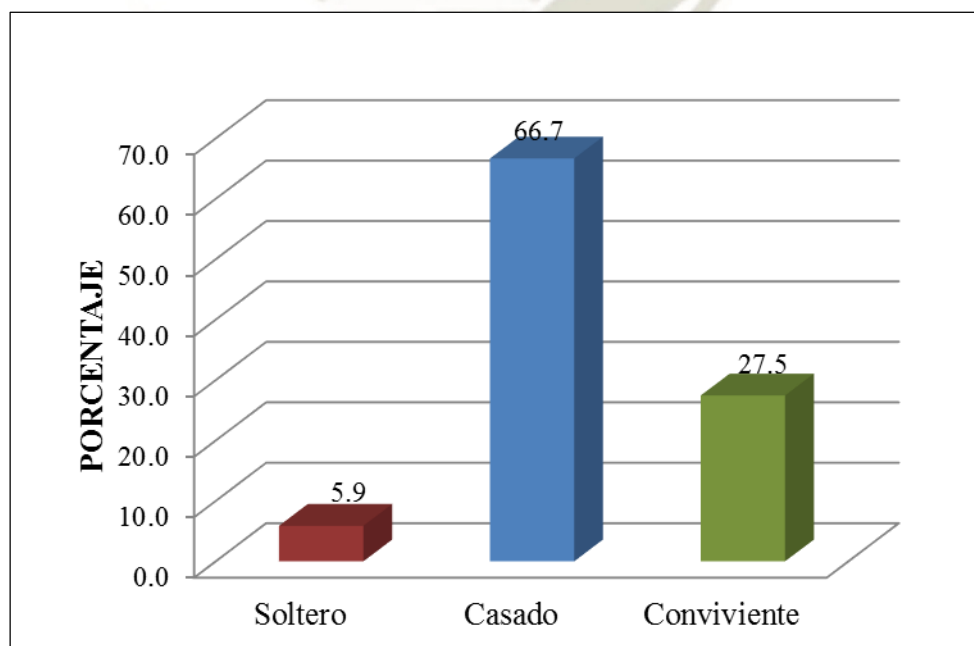
Estado Civil de los profesionales	N°	Porcentaje
Soltero	3	5.9
Casado	34	66.7
Conviviente	14	27.5
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 3 se puede evidenciar el estado civil de los profesionales de la salud encuestados donde los casados tiene un porcentaje 66.7% seguido de los convivientes con un 27.5% en menor cantidad los solteros con un 5.9%.

GRAFICO N° 3:

**Estado Civil de los profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 4:

**Ocupación de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**

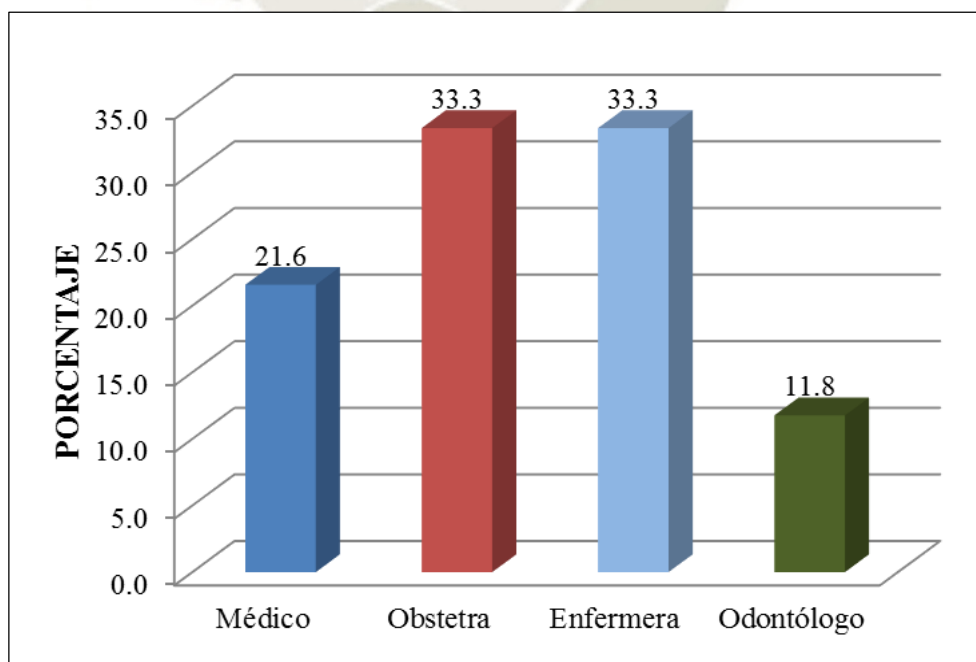
Ocupación de los Profesionales	N°	Porcentaje
Médico	11	21.6
Obstetra	17	33.3
Enfermera	17	33.3
Odontólogo	6	11.8
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 4 se puede encontrar una similar cantidad de encuestadas profesionales Obstetras y Enfermeras con un 33.3% cada una seguido de Médicos con un 21.6 % y en menor cantidad odontólogos con un 11.8%.

GRAFICO N° 4:

**Ocupación de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata
Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 5:

**Tiempo de Servicio de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación
Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019**

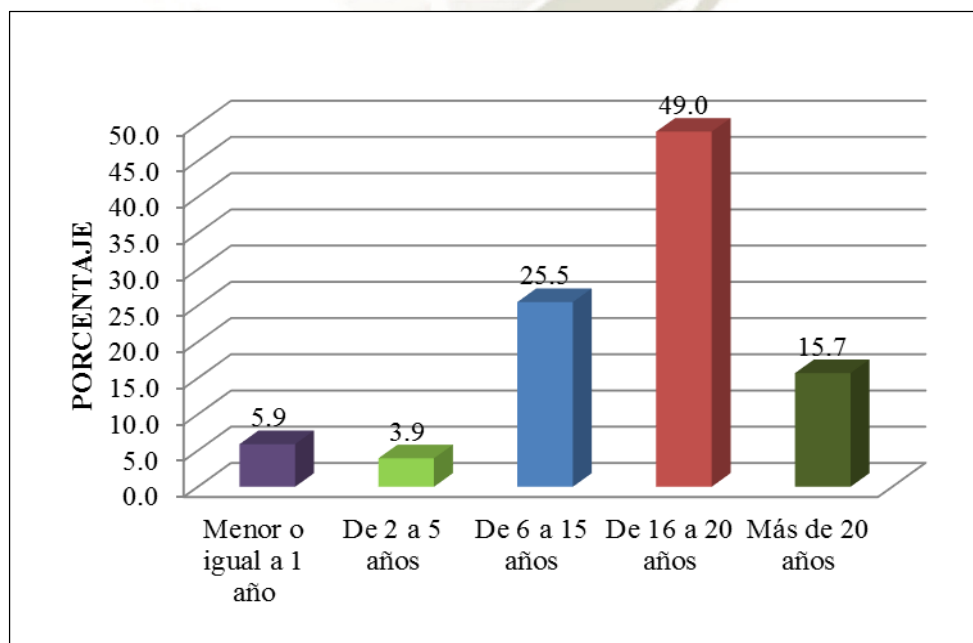
Tiempo de Servicio de los Profesionales	N°	Porcentaje
< o = a 1 año	3	5.9
2 a 5 años	2	3.9
6 a 15 años	13	25.5
16 a 20 años	25	49.0
> de 20 años	8	15.7
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 5 se puede observar que la mayoría de profesionales se encuentran laborando entre 16 a 20 años con un porcentaje de 49.0% del total, seguido de profesionales que laboran de 6 a 15 años con un 25.5%; y un 15.7 % se encuentran con más de 20 años de servicio y en menor cantidad se observa los profesionales con tiempo de labor de 2 a 5 años con un porcentaje de 3.9%.

GRAFICO N° 5:

**Tiempo de Servicio de los Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación
Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 6:

**Establecimiento de salud donde Laboran los Profesional de la Salud de la Micro Red
Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019**

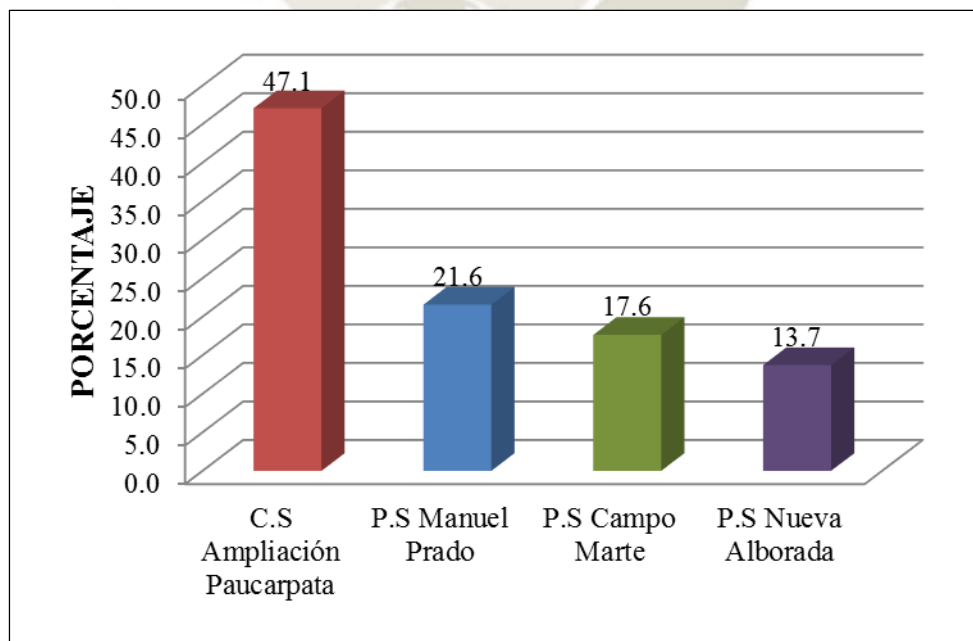
EESS donde Laboran los profesionales	N°	Porcentaje
C.S Ampliación Paucarpata	24	47.1
C.S Manuel Prado	11	21.6
C.S Campo Marte	9	17.6
C.S Nueva Alborada	7	13.7
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración Personal

En la Tabla N° 6 se encuentra que el 47.1% de los profesionales labora en la cabecera de Micro Red y en menor porcentaje en los establecimientos de Manuel Prado con un 21.6%, Campo Marte con 17.6% y Nueva Alborada con 13.7%.

GRAFICO N° 6:

**Establecimiento de salud donde Laboran los Profesional de la Salud de la Micro Red
Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N° 7:

Conocimiento en profesionales de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019

Conocimiento						
Ítem	Correcta		Incorrecta		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
1 Definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica	44	86.3	7	13.7	51	100.0
2 Consecuencias que puede ocasionar la VBG	43	84.3	8	15.7	51	100.0
3 Tipos de VBG según guía técnica	39	76.5	12	23.5	51	100.0
4 Tipo de violencia basada en género más frecuente es	42	82.4	9	17.6	51	100.0
5 Clase social más afectada de la violencia de género	40	78.4	11	21.6	51	100.0
6 Acciones más frecuentes en la violencia psicológica contra la mujer	33	64.7	18	35.3	51	100.0
7 Factores que contribuyen más a la VBG en nuestro medio	41	80.4	10	19.6	51	100.0
8 Factores que no influyen en la VBG?	39	76.5	12	23.5	51	100.0
9 Conocimiento del acceso a la atención sanitaria del Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE. SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual	35	68.6	16	31.4	51	100.0
10 Conocimiento del procedimiento de la atención según el Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE. SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual.)	36	70.6	15	29.4	51	100.0
11 Conocimiento sobre el manejo de la ficha de valoración de riesgos en mujeres víctimas de violencia de pareja	29	56.9	22	43.1	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 7 se observa que se realizó 11 preguntas sobre conocimiento a los profesionales sobre Violencia Basada en Género obteniendo:

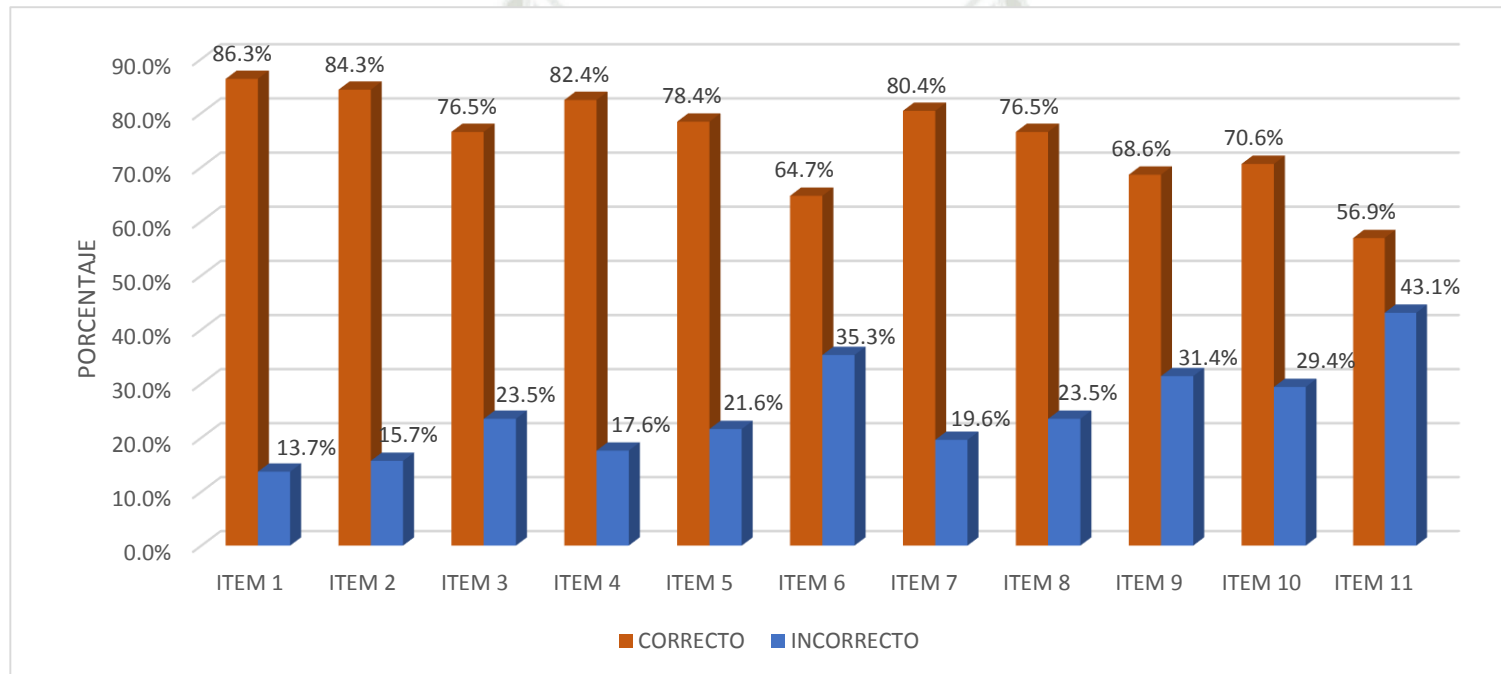
- ÍTEM 1 En cuanto la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica. Respondieron correctamente un 86.3% marcando como respuesta: Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer.
- ÍTEM 11 Sobre la ficha de valoración de riesgos en mujeres víctimas de violencia de pareja. Obtuvo el menor porcentaje de respuestas correctas con un 56.9% indicando que para la aplicación de la “ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja”, es necesaria la presencia de un personal del Centro de emergencia mujer.



GRAFICO N° 7:

Conocimiento de los profesionales sobre violencia basada en genero en Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata

Arequipa, Junio - Julio 2019



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 8:

Nivel de Conocimientos sobre violencia basada en género en profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019

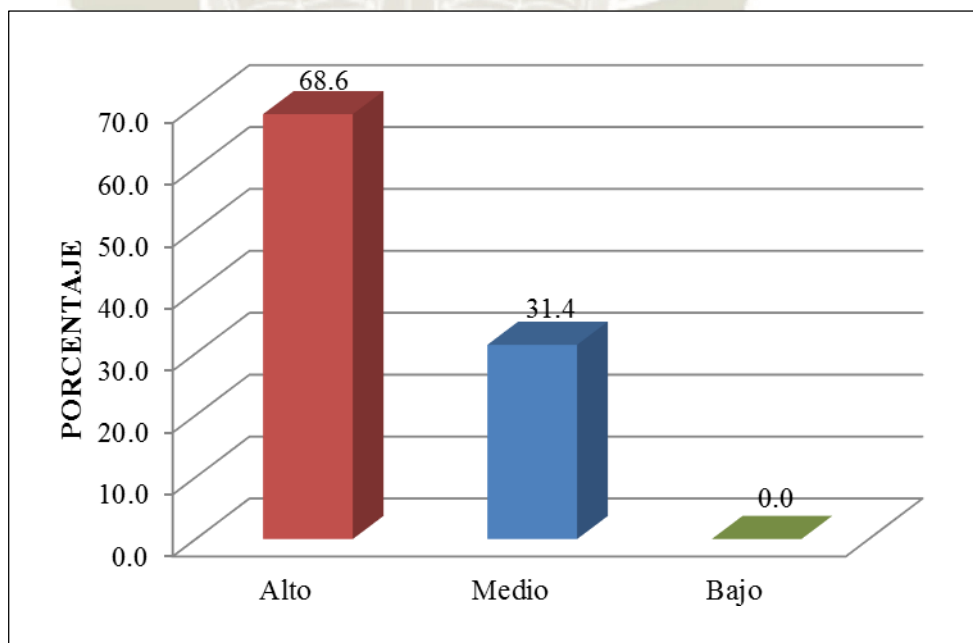
Nivel de Conocimientos sobre violencia basada en género	N°	Porcentaje
Alto	35	68.6
Medio	16	31.4
Bajo	0	0.0
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 8 se evidencia que el nivel de conocimientos de los profesionales en su mayoría es ALTO con un 68.6% del total encuestado.

GRAFICO N° 8:

Nivel de Conocimientos sobre violencia basada en género en profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 9:

**Orientación y consejería sobre el tema de Violencia basa en género en la Micro Red
Ampliación Paucarpata**

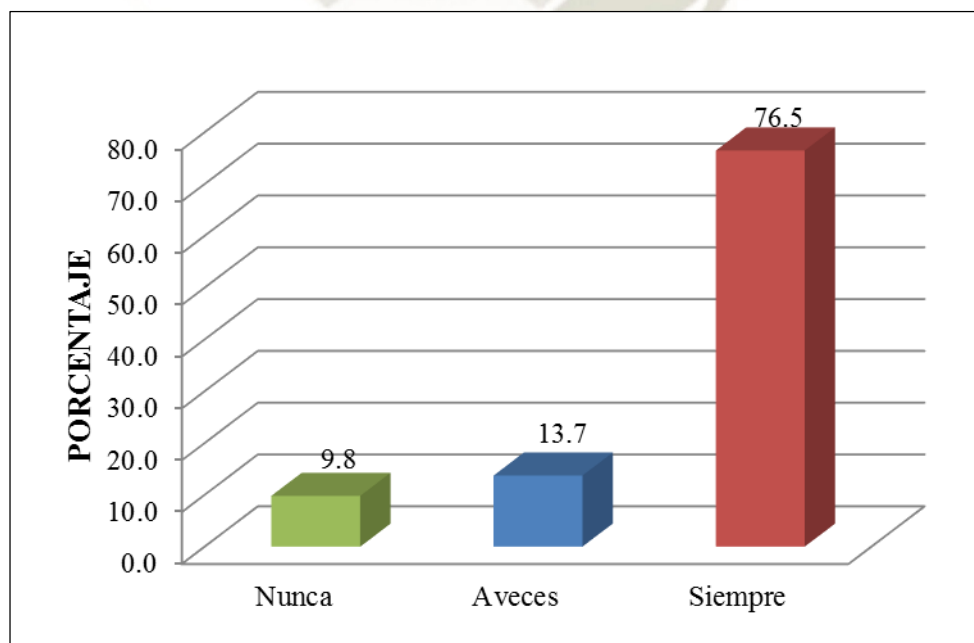
Orientación y consejería sobre el tema de Violencia Basada en Género.	N°	Porcentaje
Nunca	5	9.8
A veces	7	13.7
Siempre	39	76.5
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 9 se observa que los profesionales sanitarios brindan orientación y consejería sobre VBG el 76.5%, A veces un 13.7% y Nunca un 9.8%.

GRAFICO N° 9:

**Orientación y consejería sobre el tema de Violencia basa en género en la Micro Red
Ampliación Paucarpata**



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 10:

Diagnóstico de Violencia Basada en Género en la Micro Red Ampliación Paucarpata

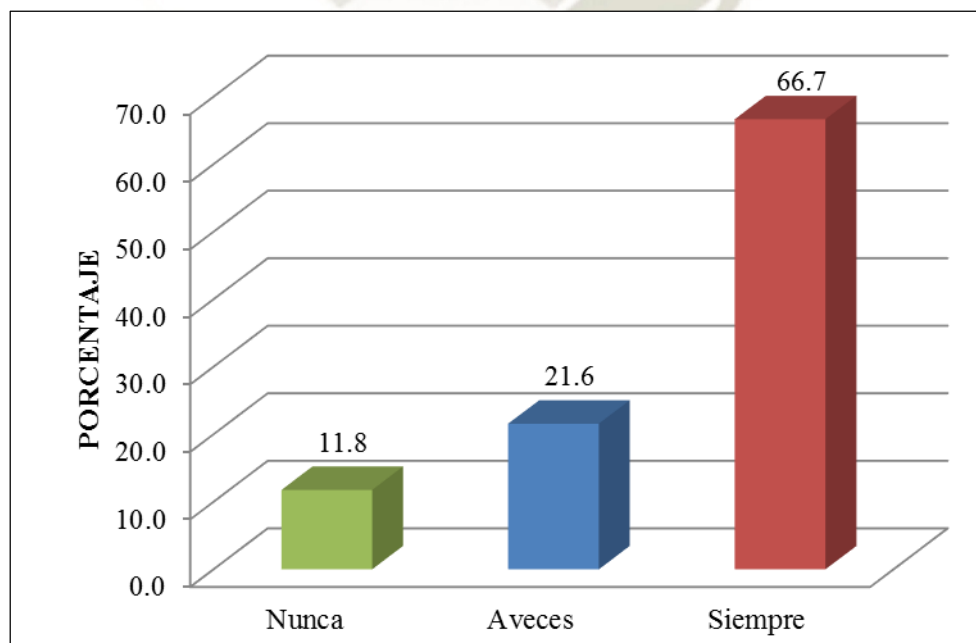
Diagnóstico de VBG, ante una paciente con signos de lesiones físicas.	N°	Porcentaje
Nunca	6	11.8
A veces	11	21.6
Siempre	34	66.7
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 10 se observa que en la pregunta “En su Establecimiento de Salud plantea usted un posible diagnóstico de VBG, ante una paciente con signos de lesiones físicas” respondieron Siempre un 66.7%, A veces un 21.6% y Nunca un 11.8%.

GRAFICO N° 10:

Diagnóstico de Violencia Basada en Género en la Micro Red Ampliación Paucarpata



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 11:

Aplicación del protocolo de actuación de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019

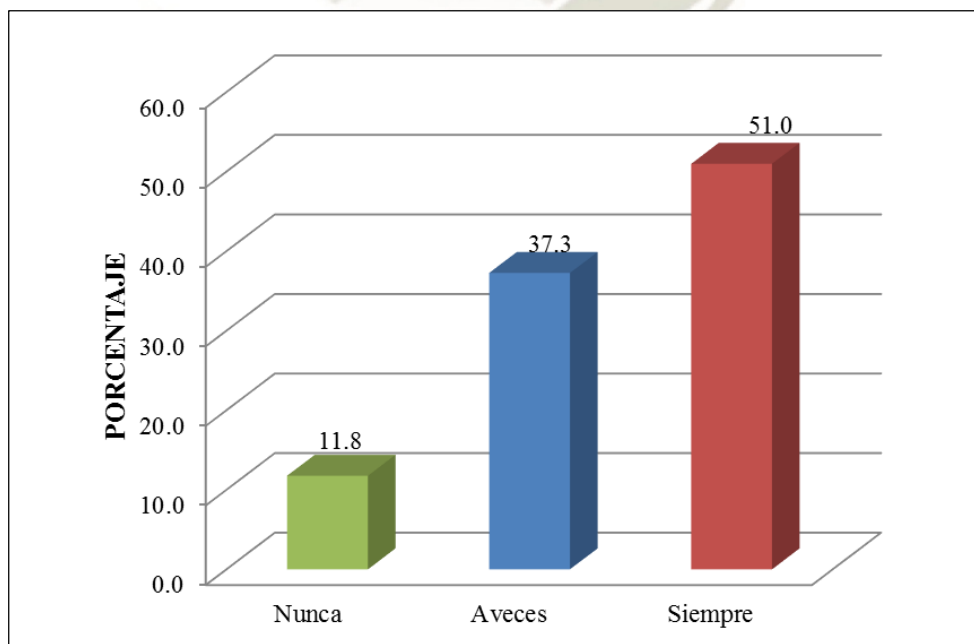
Aplicación del protocolo de actuación de VBG.	N°	Porcentaje
Nunca	6	11.8
A veces	19	37.3
Siempre	26	51.0
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 11 se observa que aplican el protocolo de actuación de VBG respondieron Siempre un 51.0%, a veces un 37.3% y nunca un 11.8%.

GRAFICO N° 11:

Aplicación del protocolo de actuación de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 12:

**Tamizaje de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro
Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019**

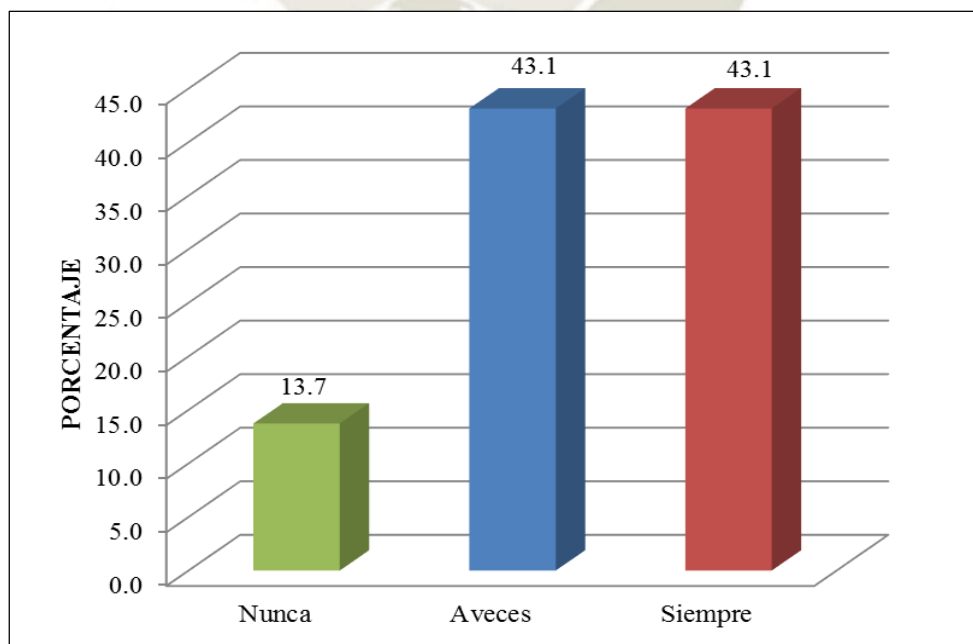
Tamizaje de VBG en sus pacientes.	N°	Porcentaje
Nunca	7	13.7
A veces	22	43.1
Siempre	22	43.1
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 12 realizan el tamizaje de VBG en sus pacientes siempre un 43.1%, al igual que los que a veces lo realizan y nunca un 13.7 %

GRAFICO N° 12:

**Tamizaje de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro
Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019**



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 13:

Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019

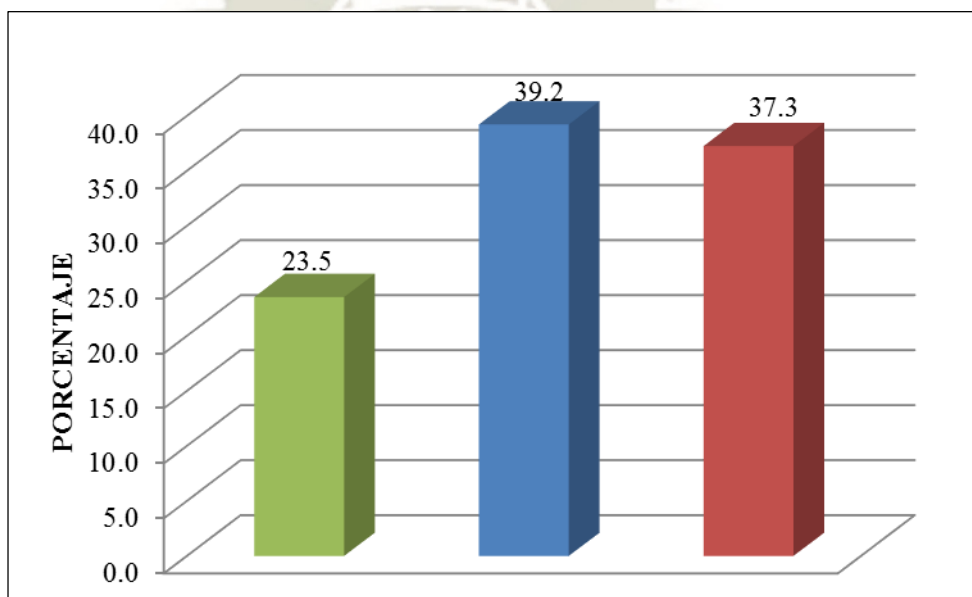
Conducta expectante ante el diagnóstico de VBG en el EESS.	N°	Porcentaje
Nunca	12	23.5
A veces	20	39.2
Siempre	19	37.3
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 13 se encuentra que el personal mantiene una conducta expectante ante el diagnóstico de VBG siempre sólo un 37.3% y a veces un 39.2%; mostrando también que el porcentaje de profesionales encuestados que nunca lo realizan es una cifra alta con un 23.5%.

GRAFICO N° 13:

Conducta expectante ante el diagnóstico de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 14:

Seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019

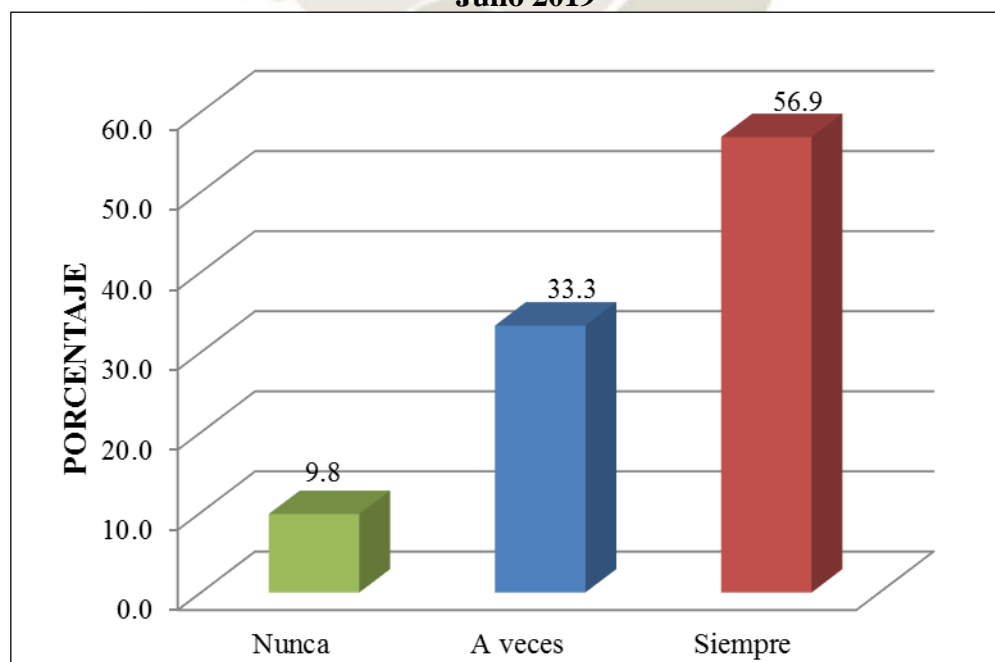
Seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de VBG.	N°	Porcentaje
Nunca	5	9.8
A veces	17	33.3
Siempre	29	56.9
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal

En la Tabla N° 14 se evidencia que más de la mitad de los profesionales encuestados (56.9%) realiza siempre el seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de VBG y nunca lo realizan un menor porcentaje 9.8%.

GRAFICO N° 14:

Seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de Violencia Basada en Genero de los Profesionales de la salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019



Fuente: Elaboración personal

TABLA N° 15:

Conducta sanitaria frente a la Violencia Basada en Género por los Profesionales de la Salud en la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019

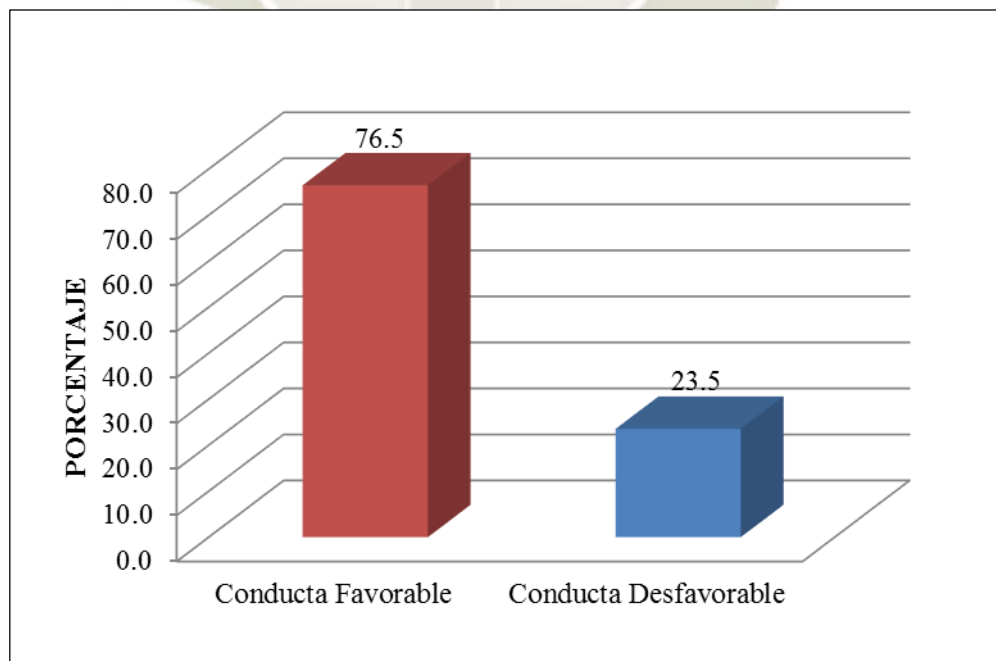
Conducta Sanitaria sobre Violencia Basada en Género	N°	Porcentaje
Conducta Favorable	39	76.5
Conducta Desfavorable	12	23.5
TOTAL	51	100.0

Fuente: Elaboración personal.

En la Tabla N° 15 se observa que la conducta sobre la violencia basada en género es mayormente favorable con un 76.5% dentro de los encuestados y un 23.5% presentan una conducta desfavorable.

GRAFICO N° 15:

Conducta sanitaria frente a la Violencia Basada en Género por los Profesionales de la Salud en la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio – Julio 2019



Fuente: Elaboración personal.

TABLA N° 16:

Relación entre el nivel de conocimiento y la Conducta Sanitaria sobre Violencia Basada en Género en Profesionales de la Salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata Arequipa, Junio - Julio 2019.

		Conducta sobre Violencia Basada en Género				TOTAL	
		Conducta Favorable		Conducta Desfavorable			
		N°	Porcentaje	N°	Porcentaje	N°	Porcentaje
Nivel de Conocimientos	ALTO	29	56.9	6	11.8	35	68.6
	MEDIO	10	19.6	6	11.8	16	31.4
	BAJO	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL		39	76.5	12	23.5	51	100.0

Fuente: Elaboración personal.

$$X^2=2.00 \quad P<0.05$$

En la Tabla N° 15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.00$) se observa que entre el Nivel de conocimiento y la Conducta sanitaria frente a la violencia basada en género existe relación estadística significativa ($P<0.05$).

DISCUSIÓN

Según las características sociodemográficas de los Profesionales de la salud de la Micro Red de Ampliación Paucarpata, se pudo observar que la edad promedio oscila entre 40 y 54 años en el 62.7% del total, este dato concuerda con lo hallado por **Alemán y Col**, indica que la edad promedio de su estudio fue de 44 años y la mayoría eran mujeres (19). Los Profesionales de la Micro Red Ampliación Paucarpata en un 86.3% también son mujeres, el 67.7 % son casados, Obstetras participaron de igual proporción que las Enfermeras, seguido de Médicos con un 21.6 % y en menor cantidad Odontólogos con un 11.8%. La mayoría de profesionales se encuentran laborando entre 16 a 20 años con un porcentaje de 49.0% del total. Un 47.1% de los profesionales labora en la cabecera de Micro Red y en menor porcentaje en los establecimientos de Manuel Prado con un 21.6%, Campo Marte con 17.6% y Nueva Alborada con 13.7%.

Cano (29) realizó un estudio similar al presente, además de haber sido aplicado en parte de la misma jurisdicción, este estudio indicó que el nivel de conocimientos sobre violencia basada en género es alto en un 61.1%, encontrando concordancia con el estudio realizado en toda la Micro Red Ampliación Paucarpata evidenciando que el nivel de conocimientos de los profesionales en cuanto la violencia basada en género, en la mayoría es alto con un 68.6% del total encuestado; donde el porcentaje más significativo en cuanto a respuestas correctas se encontró en el ítem 1 respondieron correctamente un 86.3% , se encontró concordancia con **Sánchez (27)** donde indica el 80% conoce la definición de violencia basada en género, sin embargo **García (26)** encontró que el 81.8% no conoce la definición de violencia de género.

En cuanto al ítem con mayores errores fue el N°11 la cual indaga sobre la ficha de valoración de riesgos en mujeres víctimas de violencia de pareja este ítem es el de menor porcentaje de respuestas correctas con un 56.9% indicando que para la aplicación de la “Ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja”, es necesaria la presencia de un personal del Centro de emergencia mujer.

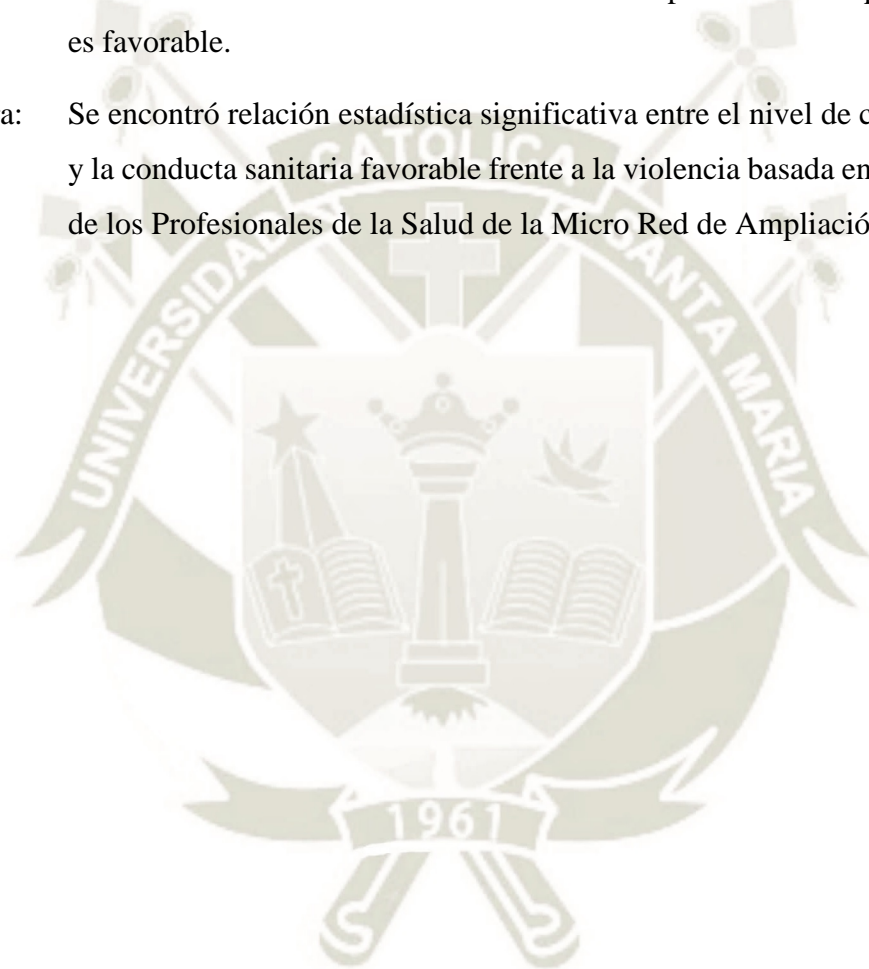
En cuanto a la conducta sanitaria de los profesionales que laboran en la micro red Ampliación Paucarpata se observó que si brindan orientación y consejería sobre VBG respondieron que siempre lo hacen el 76.5%, a veces un 13.7% y nunca un 9.8%, a la pregunta “En su EE.SS plantea usted un posible diagnóstico de VBG, ante una paciente con

signos de lesiones físicas” respondieron siempre un 66.7%, a veces un 21.6% y nunca un 11.8%. sobre la aplicación del protocolo de actuación de VBG respondieron que siempre lo realizan en un 51.0%, el 43.1% refirió que siempre realiza a sus pacientes el tamizaje de violencia en género, lo que no coincide con **García (26)** ya que indica que en un 75% siempre lo realizan; en un 37.3% siempre mantiene una conducta expectante ante el diagnóstico de VBG, siendo el 56.9% siempre el seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de VBG se encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento alto y las conductas sanitarias favorable en cuanto a los casos de violencia basada en género, en un sentido de prevención



CONCLUSIONES

- Primera: Lo profesionales de salud que laboran en la Micro Red de Ampliación Paucarpata tienen un nivel de conocimientos sobre violencia basada en género en un porcentaje alto (68.6%).
- Segunda: La conducta sanitaria frente a la violencia basada en género por parte de los Profesionales de la Micro Red de Centro de Ampliación Paucarpata, en un 76.5% es favorable.
- Tercera: Se encontró relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento alto y la conducta sanitaria favorable frente a la violencia basada en género por parte de los Profesionales de la Salud de la Micro Red de Ampliación Paucarpata.



RECOMENDACIONES

1. A la Micro Red Ampliación Paucarpata, establecer, ejecutar y supervisar planes de acción multisectoriales para abordar la violencia contra la mujer.
2. A los profesionales de la salud involucrarse en el tema haciendo conocer las normas y protocolos de detección y atención para las personas víctimas de violencia de género, para garantizar la protección integral y la restitución de derechos de las personas, así como la sanción para los responsables de abusos y maltratos.
3. A las obstetras sentirse involucradas, iniciando campañas de prevención de violencia basada en género y fomentando un ámbito de respeto con estrategias de socialización y sensibilización.
4. A la facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María incorporar un plan curricular cursos sobre violencia basada en género siguiendo las normas y protocolos actualizados.
5. Se recomienda a las egresadas y alumnas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María realizar estudios sobre el tema de Violencia basada en género con el fin de seguir apoyando a nuestra sociedad por medio de nuestra carrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

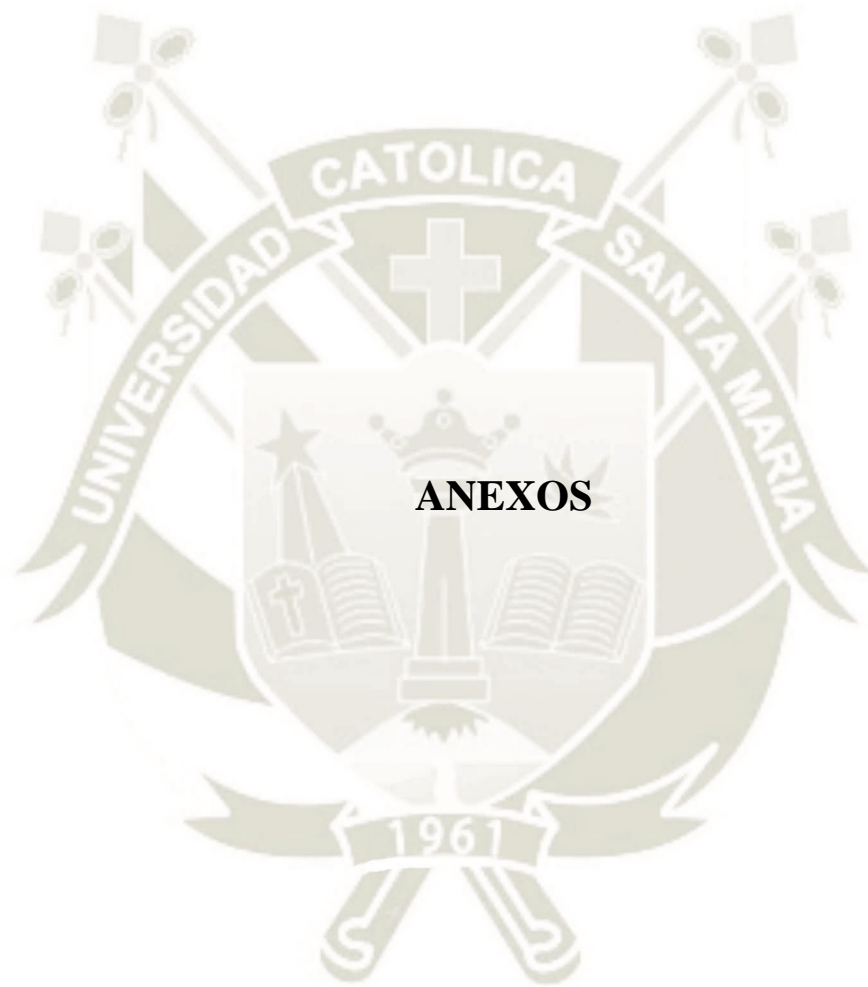
1. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, Lima: MIMP; 2016.
2. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°. 008-2019-SA: Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley n o 30364 y personas afectadas por violencia sexual. Lima: MINSA;2019
3. Observatorio Nacional de la Violencia Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Indicadores de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2009 – 2007 [Internet]. 2017 [fecha de consulta 20 de abril del 2019]; Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/datos-inei-2017-2/>
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. IMP [Internet]. 2019 [fecha de consulta 12 de mayo del 2019]; Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo/articulos.php?codigo=33>
5. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. R.M. N° 141-2007/ MINSA.Lima: MINSA; 2009.
6. Organización Mundial de la Salud 2017. Violencia contra la mujer [Internet]. 2017 [fecha de consulta 1 de mayo del 2019]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. Chávez G, Chávez H, Parra R, Espinosa M. Violencia de género. Percepción estudiantil en la Unidad Académica del Norte del Estado de Nayarit. Rev. Educateconciencia. 2019; 21, (22): 36-53
8. Sobrino.G. La protección laboral de la violencia de género: Déficit y ventajas. CAP II. [Internet].2013 [Fecha de acceso 5 de julio del 2019]; Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r31015.pdf>
9. LLOrens. A. Cultura, familia y violencia de género: La perpetuación de la violencia contra las mujeres. [tesis – post grado] ; Universidad JAUME, 2014
10. Garrido F. Análisis y detección de la violencia de género y los procesos de atención a

mujeres en situaciones de violencia. SSCE0212.1Ed. Málaga: IC Editorial; 2019.

11. Organización Mundial de la Salud: Violencia contra la mujer [Internet].2019 [Fecha de acceso 5 de mayo del 2019]; Disponible en: https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/
12. Congreso de la República del Perú. Ley Nro. 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Congreso de la República; 2015. artículo 8, inciso a y b.
13. Centro Virtual de Conocimiento Para Poner Fin a la Violencia contra las Mujeres y Niñas. Causas, factores de riesgo y de protección. [en línea] 2016. [Fecha de acceso 17 de febrero 2019] Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>
14. Klevens. J. Violencia física contra la mujer en Santa Fe de Bogotá: prevalencia y factores asociados. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001; 9(2): 78 -83
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa nacional para la prevención y atención integral de mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia basada en género, doméstica e intrafamiliar. 2010-2015. Asunción: OPS; 2010
16. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM-PERÚ. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: 25 años de su vigencia en el Perú. 1Ed.Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-07429; 2007
17. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género: marco conceptual públicas y la acción del este al para las políticas ado públicas y la acción del estado. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-14497; 2016
18. Constitución política del Perú; 1993.
19. El peruano: Decreto Legislativo. N° 1386.[internet] [fecha de consulta 21 de julio del 2019]Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-modifica-la-ley-n-30364-ley-para-p-decreto-legislativo-n-1386-1687393-4/>
20. El peruano: Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 30364, Ley

- para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. DECRETO SUPREMO N° 009-2016-MIMP. LIMA. [internet] [fecha de consulta 21 de julio del 2019] Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30364-decreto-supremo-n-009-2016-mimp-1409577-10/>
21. Congreso de la República del Perú. El peruano. Plan nacional contra la violencia de género 2016 – 2021 [Internet]. Martes 26 de julio de 2016 [fecha de consulta 15 de mayo del 2019]; Disponible en: http://www.flora.org.pe/observatorio/Norm_Nacio/PNCVHM_2009%20-%202015.pdf
 22. Castillo J L, Urquiza J, Dlaechea D, Caro C, San Martin C, Código Penal Comentado. 1 Ed. Lima: Editorial Gaceta Jurídica;1991
 23. Ferreira G. La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de la violencia doméstica. Editorial Sudamericana. Buenos Aires; 1989.
 24. Centers of Disease Control and Prevention (CDC). Violence education in family practice residency programs, United States, 1989. MMWR, 1991; 40:428-430.
 25. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi B, Marconi A, K Pannia, Antman J. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires. Rev. Argent Salud Pública.2010; 1 (5):22-27.
 26. Oaxaca F, Cantú P, Hernández U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de Unidades de Primer Nivel de Atención de un Programa Universitario de Salud. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición [Internet]. 2005 [Acceso el 09 de marzo del 2016]; 6(1). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vi/1/articulos/violencia.htm>
 27. Bott S, Guedes A, Claramunt Mc, Guezmes A. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. 2010;248. [Acceso el 4 de marzo del 2017]. Disponible en: www.ippfwhr.org
 28. Guevara D. Propuesta de guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3

- del policlínico XX Aniversario. [tesis] [Santa Clara]; Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, 2016
29. Morales J. F. Psicología Social, 1 Ed. Madrid: Mc Graw-Hill;1994
 30. Ferrer Pérez, VA, Bosch Fiol, E. Violencia de género y misoginia: reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. Papeles del Psicólogo [En línea].2000 [Fecha de acceso 09 de abril del 2019];(75):13-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807503>
 31. Mercado S. Administracion aplicada/ Applied Management. 2Ed. Mexico: Limusa S.A; 2002.
 32. Sarabia Arce Silvana Virginia. La enseñanza de la ética y la conducta humana. Rev Med Hered. 2001; 12(1): 23-31.
 33. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la atención de salud mental a mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja. 1 Ed. Lima: SINCO: 2017
 34. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA. que aprueba la Directiva Sanitaria 083-MINSN2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual".
 35. García T. Nivel de conocimientos y actitudes sobre la violencia basada en género en las obstetras del primer nivel de atención de la Red De Salud Huaral – Chancay 2017” [Tesis]. [Chancay]: Universidad Privada Sergio Bernales; 2017
 36. Sánchez L. Conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. Red Rímac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V, 2016 [tesis] [Lima]; Universidad Mayor de San Marcos, 2016.
 37. Choque Apaza, Flor Karla/Quispe Díaz, Yessenia Edith. Violencia basada en género y características de la víctima gestante. Centro de Salud Francisco Bolognesi. [tesis] [Arequipa]; Universidad Católica de Santa María, 2016
 38. Cano Zamudio, Felipa Magaly. Estudio comparativo del Nivel de Conocimiento y Actitudes sobre la violencia basada en género en obstetras que laboran en los Centros de Salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata. Arequipa, Enero - Mayo 2018. [tesis] [Arequipa]; Universidad Católica Santa María, 2019



ANEXO N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - Garcia (35).

INVESTIGADORA: Bachiller. Joachin Mendoza, Karen.

LUGAR: Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa.

PROPÓSITO DE ESTUDIO:

- Conocer el nivel de conocimientos sobre a la violencia basada en genero por el profesional de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019.
- Identificar la conducta sanitaria frente a la violencia basada en genero por el profesional de salud de la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y la conducta sanitaria frente a la violencia basada en genero por el profesional de salud en la Micro Red Ampliación Paucarpata, Arequipa, Junio - Julio 2019.

PROCEDIMIENTO: Si Ud. Acepta participar, la investigadora le explicará los pasos a seguir para continuar con la entrevista, la duración es de 15 a 20 minutos aproximadamente.

Entendí la información proporcionada, también he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me aclararon las dudas que tenía al respecto. Entiendo que mi participación consistirá en permitir que se me aplique un instrumento (ficha de recolección de datos), con el objetivo de recabar información para lograr los fines del estudio y así la investigadora pueda obtener los resultados, los cuales se manejaran de manera confidencial, respetando mi privacidad, por lo tanto.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación.

Firma y sello _____

Huella digital _____

ANEXO N° 02: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

INVENTARIO DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Sanchez-2016)

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:

- 21-39 años
- 40-54 años
- 55-65 años

2. Sexo:

- Hombre
- Mujer

3. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Conviviente
- Separado o Viudo

4. OCUPACIÓN:

5. TIEMPO DE SERVICIO

- < de 1 año
- 2 a 5 años
- 6 a 15 años
- 16 a 20 años
- > a 20 años

6. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

- C.S. Ampliación Paucarpata
- C.S. Manuel Prado
- C.S. Campo Marte
- C.S. Nueva Alborada

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental
- (5) Todas las anteriores

3. ¿Cuáles son los tipos de VBG según guía técnica?

- (1) Violencia física, sexual y psicológica
- (2) Violencia física y psicológica
- (3) Violencia sexual, física y abandono o negligencia
- (4) Violencia física, psicológica, abandono o negligencia y sexual
- (5) Abuso sexual, hostigamiento y violación

4. Tipo de violencia basada en género más frecuente es:

- (1) Violencia física
- (2) Violencia psicológica o Emocional
- (3) Violencia sexual
- (4) Violencia por abandono o negligencia.
- (5) Hostigamiento sexual.

5. ¿Cuáles son los tipos de clases más asociadas a la violencia de género?

- (1) Clase baja
- (2) Clase media
- (3) Clase alta
- (4) Todas las clases

6. ¿Cuál de las siguientes acciones son las más frecuentes en la violencia psicológica ejercida contra la mujer?

- (1) Gritos e insultos
- (2) La aísla de su familia y amigos
- (3) Celos
- (4) Humillación
- (5) Manipularla, controlarla, amenazarla

7. ¿Cuál de estos factores contribuye más a la VBG en nuestro medio?

- (1) Clase socioeconómica baja
- (2) Problemas de pareja, separaciones y divorcios.
- (3) Nivel sociocultural bajo.

8. ¿Cuáles son los factores que no influyen en la VBG?

- (1) Antecedentes de violencia
- (2) Formalización conyugal
- (3) Celos y presiones económicas
- (4) Drogadicción y alcoholismo
- (5) Nivel educativo bajo

9. Según el Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE. SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual. Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

1. Las personas atendidas por situaciones de violencia son provistas de todo lo necesario para la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física, mental de forma gratuita en todos los EESS; quienes son atendidas, así no cuenten con documento de identidad. ()

2. En caso la usuaria no acepte la atención; el personal de salud responsable, no tendrá obligación de informar al especialista del enlace del CEM, fiscalía de familia o mixta, o a la PNP. ()

3. En caso la usuaria no acepte la atención; el personal de salud ofrece asistencia a través de Grupos de Ayuda Mutua (GAM) y asociaciones de mujeres. Si no los hubiera en el territorio, propicia la implementación en su establecimiento o ámbito territorial, previo entrenamiento. ()

- a) VVV b)VFV c) FVF

10. Según el Protocolo de actuación conjunta entre los centros emergencia mujer - CEM y los establecimientos de salud EE. SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual. Marque la alternativa incorrecta

a) En caso de emergencia, el equipo interdisciplinario del EE. SS brinda la atención inmediata, considera desde la acogida un trato cordial y empático.

b) Es necesario aplicar la ficha de valoración de riesgo por lo menos dos veces para estar seguro de no haber omitido alguna información, esto con el fin de no revictimizar a la paciente.

c) Tanto el responsable del EE. SS como el CEM, de manera coordinada, realizarán acciones de seguimiento el caso.

11. Sobre la ficha de valoración de riesgos en mujeres víctimas de violencia de pareja

- a) El personal de la salud valora el riesgo en el que se encuentra la persona usuaria, tomando el tiempo que sea necesario, a través de un trato cálido. Aplica la “ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja”
- b) Para la aplicación de la “ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja”, es necesaria la presencia de un personal del CEM.
- c) De ser positiva el resultado de la “ficha de valoración de riesgo en víctimas de violencia de pareja” el personal de salud deberá ofrecer tratamiento y recuperación e información oportuna sobre los CEM. Además, enlaza con el equipo del CEM del ámbito territorial.

C. CONDUCTAS SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Ítems	Nunca	A veces	Siempre
1. Brindas orientación y consejería sobre el tema de VBG.			
2. En su establecimiento de salud plantea usted un posible diagnóstico de VBG, ante una paciente con signos de lesiones físicas.			
3. En su establecimiento de salud, usted aplica el protocolo de actuación de VBG.			
4. Usted en su establecimiento de salud, realiza el tamizaje de VBG en sus pacientes.			
5. Mantiene usted una conducta expectante ante el diagnóstico de VBG en su establecimiento de salud.			
6. Realiza usted el seguimiento adecuado, tras la detección de un caso de VBG.			

Gracias por su tiempo.

ANEXO N° 03: ESCALA DE CALIFICACIÓN:

Para conocimiento sobre Violencia basada en género se utilizó la siguiente clasificación por niveles:

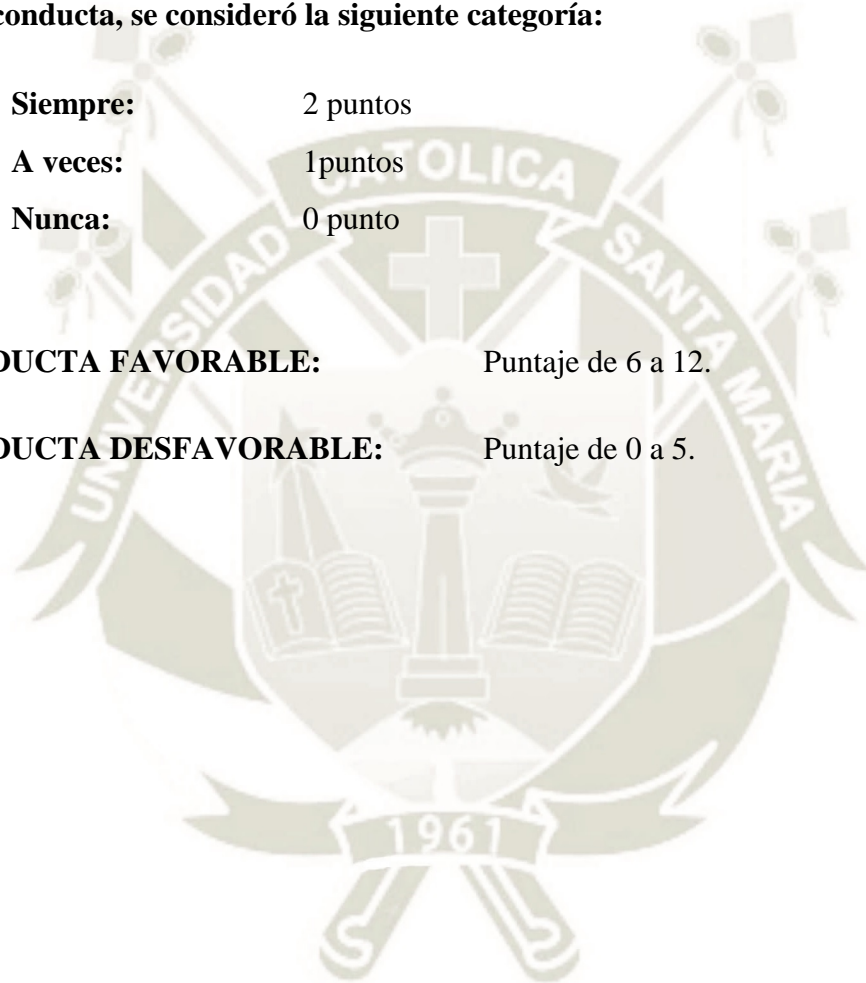
- **Alto:** 8 -11 Puntos
- **Medio:** 4- 7 Puntos
- **Bajo:** 0 - 3 Puntos

Para conducta, se consideró la siguiente categoría:

- **Siempre:** 2 puntos
- **A veces:** 1 puntos
- **Nunca:** 0 punto

CONDUCTA FAVORABLE: Puntaje de 6 a 12.

CONDUCTA DESFAVORABLE: Puntaje de 0 a 5.



ANEXO N° 04: Validación prueba piloto.

CONOCIMIENTO														
Coeficiente de Kuder – Richardson														
KR(20)	0.836													Puntaje Total (xi)
Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11			
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			11
E2	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1			10
E3	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1			7
E4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			11
E5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			11
P=	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.60	0.80	0.80	0.80	1.00	1.00	VT		3.00
q=(1-p)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.40	0.20	0.20	0.20	0.00	0.00			
p.q=	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.24	0.16	0.16	0.16	0.00	0.00	0.72		

Se consideró la siguiente categorización del coeficiente de confiabilidad:

0,8- 1	Elevado
0,6-0,8	Aceptable
0,4-0,6	Regular
0,2-0,4	Bajo
Menor de 0,2	Muy Bajo

Como se puede apreciar se obtuvieron puntajes dentro de los rangos de “aceptable para los ítems de conocimiento” y” elevado para prácticas” los cuales son buenos indicadores de confiabilidad y consistencia interna.

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental


L. Francisco Heredia Soto
-Médico Cirujano
C.O.P. 885722



56

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental


MICRO RED ZAMACOLA
J. Lourdes Pezo Flores
OBSTETRA
C.O.P. 4239

56

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental

Jeanette O. Chiquina Cejudo
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 37033

56

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental

Miryam Roxana Guerra Miranda
OBSTETRIZ
C.O.P. 11361

56

B. CONOCIMIENTO DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

1. ¿Cuál es la definición correcta de la violencia basada en género según la guía técnica?

- (1) Problema que afecta a toda la sociedad
- (2) Acción violenta ejercida hacia la mujer
- (3) Todo acto de violencia de género que tenga como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer
- (4) Acción de violencia física, sexual o psicológica en varones y mujeres
- (5) Manifestación de desigualdad que coloca a la mujer en una posición inferior al varón

2. ¿Cuáles son las consecuencias que puede ocasionar la VBG?

- (1) Infecciones de transmisión sexual y VIH
- (2) Embarazos no deseados y abortos
- (3) Depresión y suicidio
- (4) Problemas de salud mental

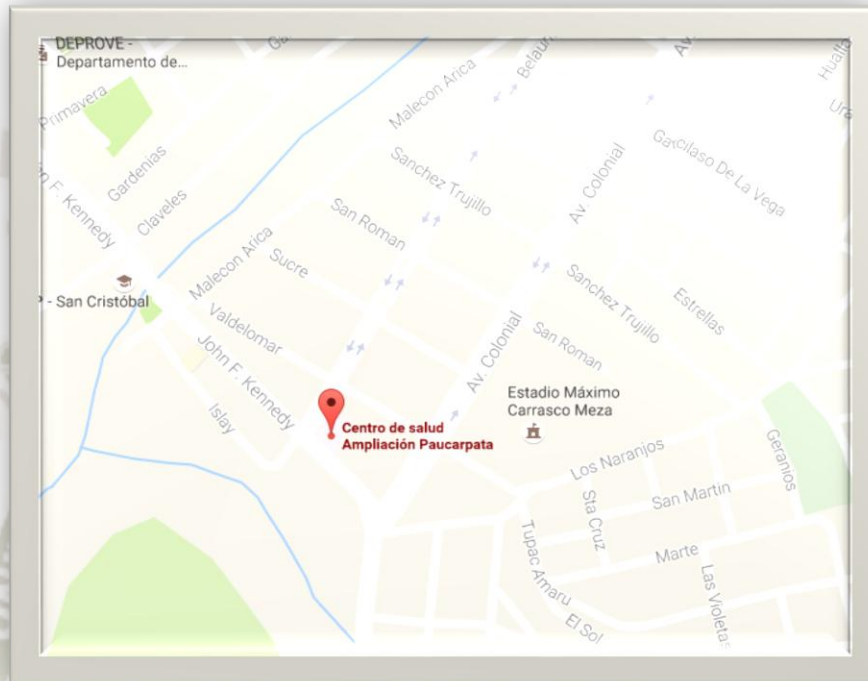

Carlos A. ...
MÉDICO - CIRUJANO
C.M.P. 086602

56



ANEXO N° 05: DELIMITACIÓN DEL LUGAR

Centro de Salud Ampliación Paucarpata





ANEXO N° 06: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	Ocupación	SERVICIO	EESS	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	CONOCIMIENTO	C01	C02	C03	C04	C05	C06	CONDUCTA
1	3	2	2	2	5	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	3	3	3	3	3	3	1
2	2	2	2	2	3	4	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	3	3	2	3	3	2	1
3	2	1	2	4	5	4	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2
4	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1
5	3	2	2	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	1
6	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1
7	1	2	3	3	3	4	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
8	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	3	3	1
9	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	1
10	3	2	2	3	5	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
11	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	2	3	1
12	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1
13	3	2	2	2	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1
14	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3	2	1
15	3	1	2	4	4	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2
16	3	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1
17	2	2	2	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	3	3	1
18	2	2	3	3	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	3	1	3	2	1	1	2
19	2	2	2	4	4	1	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2
20	2	2	3	2	4	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
21	3	2	2	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	1
22	2	2	3	2	4	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	2	3	1
23	2	2	3	2	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	3	3	2	1
24	3	2	2	1	5	4	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	3	2	2	1	3	1
25	2	2	2	2	4	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	2	3	3	3	3	1
26	2	2	3	2	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	2	3	2	3	3	1

27	2	2	2	2	4	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	3	3	2	1
28	2	2	3	1	4	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	3	2	3	3	3	1
29	2	2	2	1	4	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2	3	3	1
30	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	3	2	3	3	2	1
31	3	2	2	3	3	4	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	3	2	2	2	3	2	2
32	2	2	2	3	3	3	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1
33	3	2	3	3	4	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2
34	3	2	2	3	3	1	1	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	3	2	2	2	3	1
35	2	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	2	3	2	2	2	2
36	2	2	2	1	4	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	3	3	3	2	2	2	1
37	2	2	2	1	4	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	3	3	2	2	3	1
38	3	2	2	3	3	3	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1
39	2	2	3	3	4	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	3	1
40	2	2	3	3	3	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	3	3	2	3	2	1
41	2	2	2	1	5	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	3	3	3	2	2	2	1
42	3	2	2	3	3	3	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	3	2	2	3	2	2	2
43	2	2	3	3	4	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	3	2	1
44	2	2	2	1	4	1	1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	3	3	2	1
45	2	2	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2	2	3	1
46	3	2	2	3	4	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	3	3	3	2	1	3	1
47	2	2	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	2	2	1	3	1
48	2	1	2	4	4	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2
49	2	1	3	4	4	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2
50	2	2	2	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	2	3	3	1	3	1
51	2	1	2	4	4	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2

ANEXO N° 07: AUTORIZACIÓN POR PARTE DE EL DIRECTOR EJECUTIVO


"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES"
"Año De La Lucha Contra La Corrupción y La Impunidad"



MEMORANDO N° 1696 -2019-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OA-D-PERS-CAP.

PARA : DRA. MERCEDES BENILDA VERA DE DELGADO
JEFE DE LA MICRORRED DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA

ASUNTO : Trabajo de Investigación

REFERENCIA : Documento N° 2298024, Exp. Registro N° 1527310

FECHA : Arequipa, 19 de Julio del 2019

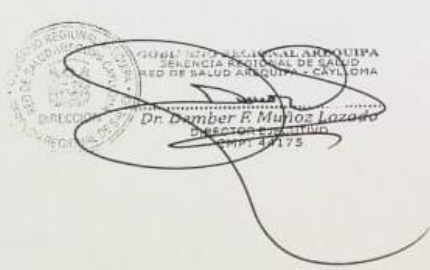
23 JUL 2019

Reg. N° 120 Folio 01

Inscripción: 08.00

Por intermedio del presente expreso mi saludo y a la vez me permito presentar a la alumna **JOACHIN MENDOZA KAREN**, egresada de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, quien está realizando un trabajo de investigación titulado **"RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y LA CONDUCTA SANITARIA SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GENERO EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LA MICRO RED AMPLIACION PAUCARPATA AREQUIPA, JUNIO- JULIO 2019"**, por ello requiere la aplicación de encuestas a profesionales de la Salud, en tal sentido se autoriza dicha actividad, por un periodo de 2 meses, debiendo coordinar con el responsable de Personal de la Microrred de Salud a su cargo, sobre los horarios para realización de las mismas.

Atentamente,



Dr. Damber F. Muñoz Lazo
DIRECTOR EJECUTIVO
CÓMP. 44175

ML/ANSC/DG/WR/cvc.
n copia CC : Archivo
adjunta : Pers. Cap.
GEDO Reg. Documento: 2019- 2309749
GEDO Reg. Expediente: 2019- 1527310
os : (01)

www.redperiferica.eqp.gob.pe

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes
 Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
 T 054-200823 - 206777 - 202279