

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**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 presentada por la Bachiller:

Cano Zamudio Felipa Magaly

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Obstetricia

Asesor:

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: 1350

AREQUIPA - PERÚ

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, de del 2019

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Magister Ricandina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Magister Ricandina Flores Flores
Dra. Lenhry Cardenas Nolasco
Magister Fabiola Meza Flores
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"ESTUDIO COMPARATIVO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y
ACTITUDES SOBRE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN
OBSTETRIZAS QUE LABORAN EN LOS CENTROS DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ Y AMPLIACIÓN PAUCARPATA AREQUIPA
ENERO - MAYO 2019"

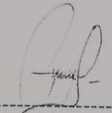
PRESENTADO POR:

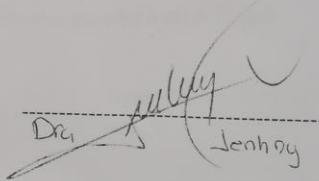
Bach. Felipa Magaly Cano Zamudio

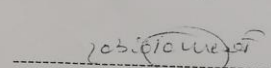
Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

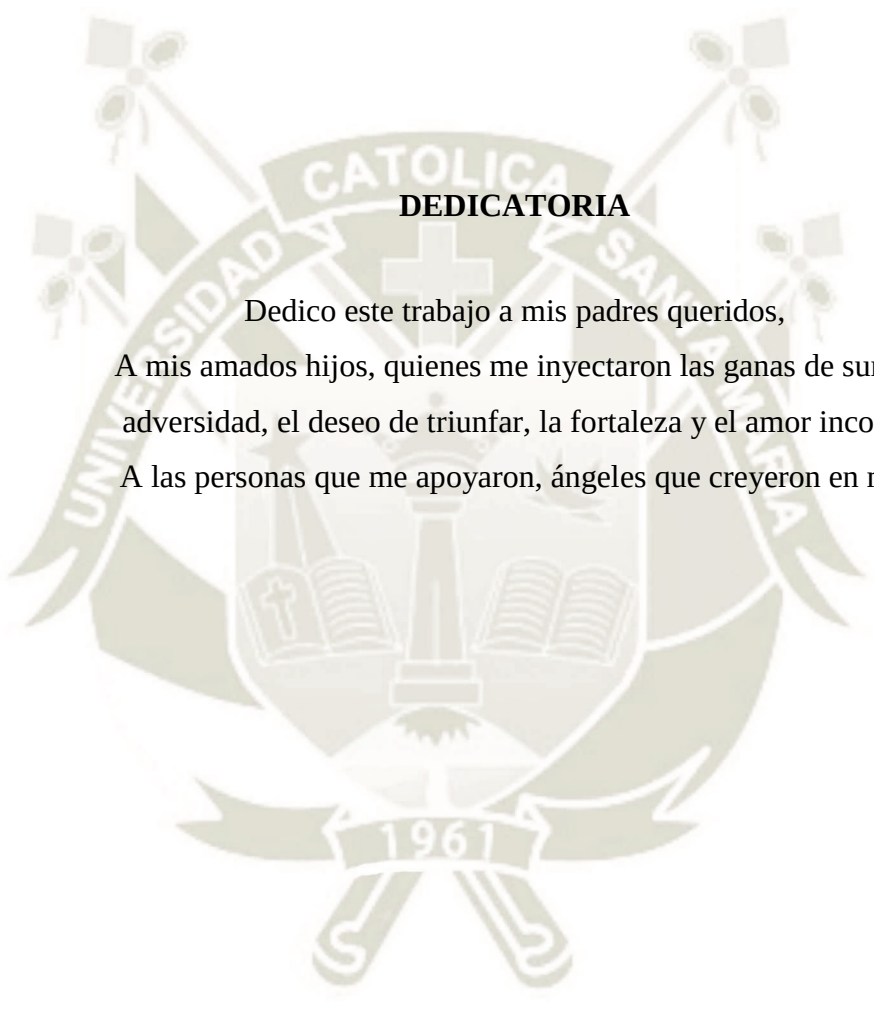
Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentamente.


Magister Ricandina Flores F.

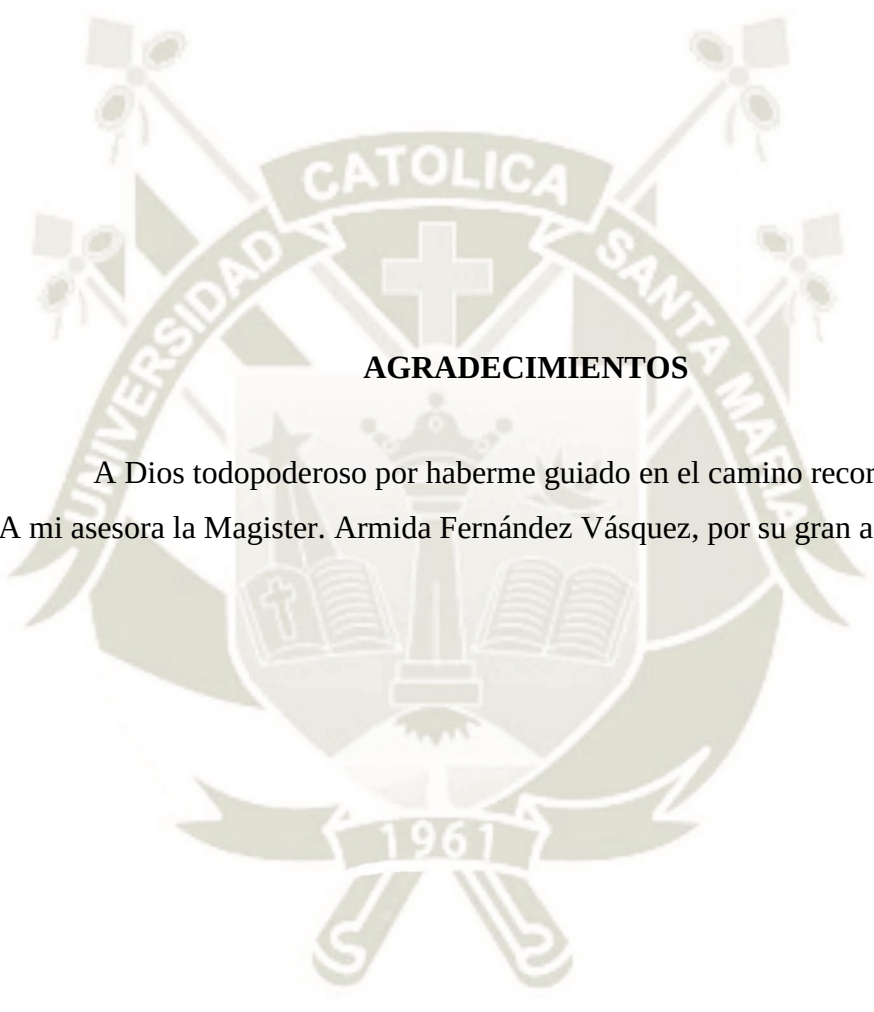

Dra. Lenhry Cardenas


Magister Fabiola Meza F.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres queridos,
A mis amados hijos, quienes me inyectaron las ganas de surgir ante la
adversidad, el deseo de triunfar, la fortaleza y el amor incondicional.
A las personas que me apoyaron, ángeles que creyeron en mí.



AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso por haberme guiado en el camino recorrido.

A mi asesora la Magister. Armida Fernández Vásquez, por su gran ayuda y guía.

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.

METODOLOGIA: 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%.

CONCLUSION: 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.

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the level of knowledge and attitudes about gender-based violence of the Obstetricians who work in the Health Center, Paucarpata Extension and Maritza Campos Díaz from January to May 2018.

METHODOLOGY: Field study, with descriptive and comparative cross-sectional design. The sample consisted of 16 obstetricians from the first level of care who work in the Health Center, Paucarpata Extension and Maritza Campos Díaz from January to May 2018.

RESULTS: Most obstetricians are between 40 and 54 years old in 62.5%, female sex 100%, marital status married 56.25%, working time 11 to 20 years 37.5% in Maritza Campos Díaz and 11 to 20 years old 50% increase in Paucarpata, the level of knowledge of obstetricians on gender-based violence is high by 61.1%, attitudes on gender-based violence among obstetricians were favorable by 93.5%.

CONCLUSION: The Obstetricians of the first level of care working in the Maritza Campos Díaz and Ampliación Paucarpata health centers have a high level of knowledge and a favorable attitude about gender-based violence.

KEY WORDS: Knowledge, Attitude, Gender-based violence.

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 1

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 2

1.1 Enunciado del problema 2

1.2 Descripción del problema 2

1.3 Justificación del problema 6

2. OBJETIVOS..... 8

3. MARCO TEÓRICO 9

3.1 Marco Conceptual 9

3.1.1 Violencia Basada en Género..... 9

3.1.2 Tipos de violencia basada en género..... 12

3.2 Actitud 35

3.3 Análisis de Antecedentes investigativos..... 39

4. HIPÓTESIS..... 43

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... 45

1.1 Técnicas 46

1.2 Instrumentos 47

1.3 Materiales de verificación..... 48

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN..... 48

2.1 Ubicación espacial 49

2.2 Ubicación Temporal 50

2.3 Unidades de estudio..... 50

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... 51

3.1 Organización..... 51

3.2 Recursos 53

CAPITULO III RESULTADOS.....	55
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	57
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES.....	68
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	71
ANEXOS.....	76



INTRODUCCION

La Violencia Basada en Género (VBG), es un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones. La Violencia Basada en Género (VBG), afecta por lo menos a la tercera parte de las mujeres en el mundo. Sus consecuencias en nuestra región son devastadoras a tal punto que constituye uno de los problemas más graves que enfrentan los países de América Latina y el Caribe implicando la ruptura de libertades y derechos en determinadas personas, así como un enorme gasto social además de estar asociado al origen de otras problemáticas sociales. (10)

En el Perú el problema es álgido. Según los resultados a nivel nacional de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) en el año 2016, el 68.2 % de las mujeres, fueron víctima de violencia psicológica y/o verbal; el 31.7 % declaró haber padecido violencia física y el 6.6 %, violencia sexual por parte del esposo o compañero. Las regiones con mayor proporción de mujeres víctimas de algún tipo de violencia fueron: Apurímac con 85.0 % y Arequipa con 82.6 %, en el 2016 se registraron 2700 agresiones, mientras que, en el 2017, 6600 víctimas de violencia familiar de las cuales 9 de cada 10 víctimas de violencia fueron mujeres, 74% de víctimas de feminicidio son madres. (4)

la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) si bien la cifra revela una disminución de 2.8 puntos porcentuales al compararlo con el 2016 y de 8.7 puntos porcentuales en los últimos cinco años, estos datos se deben tomar con pinzas, pues es sabido que muchos casos no son denunciados a la policía ni revelados por las mujeres cuando son encuestadas. De este total, las mujeres fueron víctimas, en mayor proporción, de violencia psicológica (61.5%), seguido de violencia física (30.6%) y violencia sexual (6.5%); en los tres casos se registraron reducciones que fluctuaron entre 2.7 y 0.1 puntos porcentuales. El 2017 ha sido marcado por

cifras alarmantes de feminicidios y violencia contra la mujer. Según estadísticas del Ministerio de la Mujer, se registró 330 casos entre tentativas y feminicidios. El 35.6% son mujeres entre 26 y 35 años y el 80 % de ellas son madres de familia. De enero a marzo del presente año se reportaron 32 casos de feminicidio y 82 tentativas. Esto quiere decir que hay un caso de feminicidio o un intento de feminicidio cada día en el país. La Defensoría del Pueblo proyectó que al finalizar el 2018 se registrarían 130 mil casos de violencia de género si continúa la creciente ola de ataques hacia las mujeres. Solo en los primeros cuatro meses de este año se reportaron más de 40 mil hechos de violencia contra la mujer. (22)

El (la) obstetra es dueña de un papel clave, desempeñando un rol importante en la solución de este problema de salud pública. La profesional de Obstetricia juega un papel importante en el empoderamiento de la mujer, persiguiendo el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, al asumir la responsabilidad de cuidar a la mujer también asumimos la enorme labor de velar por su integridad. En nuestra práctica clínica hemos objetivado que son pocas las (os) obstetras que cumplen su función de detección de casos de Violencia familiar y sexual y/o consejería al respecto, no sabiendo si ello se debe al desconocimiento de la norma o porque su actitud es indiferente, por ello el objetivo que buscó el proyecto es saber cuál es el conocimiento que tienen las profesionales de obstetricia que tratan tema y analizan la actitud que tienen frente a la violencia basada en género de las usuarias que acuden a los servicios donde dichas profesionales prestan atención, cabe indicar que el 50% de las mujeres no denuncia el maltrato del que son víctimas por parte de la pareja, simplemente por haber sido minimizadas, por desconfianza en las autoridades, vergüenza o simplemente ignoran la magnitud del problema. No existen cifras que las obstetras hayan denunciado los hechos en casos específicos.



CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1.- Enunciado.

“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.”

1.2.- Descripción del Problema.

a) Área del Conocimiento.

Campo: Ciencias de la salud

General: Obstetricia

Línea: Violencia basada en género.

b) Análisis u Operacionalización de Variables.

VARIABLES		INDICADORES	SUB INDICADORES
VARIABLES INDEPENDIENTES	1. Nivel de conocimientos	Conocimiento sobre conceptos de violencia basada en género.	• Muy Alto • Alto: • Medio: • Bajo: • Muy Bajo
		Conocimientos sobre tipos de violencia basada en género	
		Conocimientos sobre la etiología de la violencia basada en género.	
		Conocimientos sobre el marco normativo de la violencia basada en género.	
	2. Actitudes	Actitud cognitiva	• Favorable • Desfavorable
		Actitud conductual	

VARIABLES		INDICADORES	SUB INDICADORES
VARIABLE INTERVINIENTE	1.Características sociodemográficas de las obstetras	Edad	21 – 39 años 40 – 54 años 55 -65 años
		Sexo	Femenino Masculino
		Estado civil	Soltera(o) Casada(o) Conviviente Divorciada (o)
		Años de trabajo	3 – 10 años 11 – 20 años >=21 años

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre violencia basada en género de las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018?
- ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre violencia basada en género de las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de enero a mayo 2018?
- ¿Cuál es la actitud sobre la violencia basada en género que tienen las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018?
- ¿Cuál es la actitud sobre la violencia basada en género que tienen las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de enero a mayo 2018?
- ¿Cuál es la diferencia del nivel de conocimiento y las actitudes sobre la Violencia Basada en Género que tienen las profesionales Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018?

d) Tipo de Investigación.

De campo

e) Nivel de Investigación.

Descriptivo y Comparativo.

1.3.- Justificación del Problema.

Relevancia contemporánea: En nuestro país actualmente vemos que la Violencia Basada en Género (VBG) es un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos. Las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas, lamentablemente el desconocimiento ante el fenómeno de la violencia contra la mujer ha obstaculizado que las propias autoridades atiendan de manera pronta e integral este problema; contrario a ello, la impunidad prevaleciente fomenta su continuidad. Ante este alarmante contexto tenemos que seguir visibilizando la violencia de género como un problema social con un trasfondo sociocultural a combatir desde diferentes ámbitos. Es necesario romper el silencio e impulsar acciones para visibilizarla; es imprescindible que como sociedad nos hagamos conscientes de su gravedad y afectaciones.

La violencia basada en género, ocasiona graves problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva a corto y largo plazo y tiene un elevado costo social y económico para la mujer, su familia y la sociedad. La violencia puede tener consecuencias mortales, como el homicidio o el suicidio. Los niños que crecen en familias en las que hay violencia pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales. Estos trastornos pueden asociarse también a la comisión o el padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de su vida.

Relevancia profesional: Radica en la necesidad de indagar sobre el conocimiento y las actitudes que posee el (la) profesional de Obstetricia sobre violencia basada en género, en la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la mujer.

Factibilidad: Es factible por la disponibilidad de las unidades de estudio y el interés por realizar este tema, para poder sensibilizar y prevenir la Violencia basada en género.

Relevancia Personal: El interés de la investigadora es genuino y la curiosidad por el problema elegido es real. Puesto que la información es un factor muy importante para la protección ante cualquier problema, y especialmente para prevenir la violencia basada en género, por este motivo, se llevó a cabo esta investigación, para poder guiar actuaciones de prevención y sensibilizar a futuras

colegas identificando y detectando situaciones de violencia basada en género y así llevar a cabo estrategias que favorecen al problema, ya que lo vemos en nuestro día a día, en nuestros hogares, en nuestro centro de trabajo, en nuestra sociedad.



2.- OBJETIVOS.

- Determinar el nivel de conocimientos sobre violencia basada en género de las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018.
- Determinar el nivel de conocimientos sobre violencia basada en género de las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de enero a mayo 2018.
- Establecer la actitud sobre la violencia basada en género que tienen las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018.
- Establecer la actitud sobre la violencia basada en género que tienen las Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz de enero a mayo 2018.
- Identificar la diferencia del nivel de conocimiento y las actitudes entre Violencia Basada en Género las profesionales Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata de enero a mayo 2018.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco Conceptual. -

3.1.1. Violencia Basada en Género:

Diferencia terminológica entre violencia basada en género y violencia contra la mujer

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define en sus artículos 1 y 2:

“Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Dicha convención agrega además que se entenderá que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica

- a. Que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual.
- b. Que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- c. Que sea perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

A partir de esta definición, se tiende a identificar violencia contra la mujer con violencia de género, cuando en realidad no son sinónimos y más bien la violencia contra la mujer está incluida en la violencia de género, que además incluye, entre otros, a la violencia por prejuicio” (24).

Por lo tanto, necesitamos tener una idea clara de la violencia en nuestro medio con el fin de entender cómo es que la violencia basada en género se inserta dentro de la violencia familiar y sexual.

“La violencia de género como denominación, ha sido criticada por quienes afirman que es una ideología extranjera que en todo caso debe ser denominada violencia contra la mujer” (13).

Atendiendo a estos reparos es que se defiende otra forma de denominarla, como es “violencia contra las mujeres” o “violencia de los hombres contra las mujeres” para visibilizar precisamente que se trata de una violencia enraizada en relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que fuerza a las primeras a una situación de sumisión.

La ventaja del término “violencia de género” o más explícito aún, “violencia basada en género” pone en evidencia una violencia fundada en la ideología que sustenta el sistema de género, que claramente otorga cierta preeminencia a lo masculino sobre lo femenino (11).

A. Violencia Basada en Género según la Organización de Naciones Unidas. -

“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” (23).

B. Violencia Basada en Género(VBG) según la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas

La violencia Basada en Género (VBG) es uno de los problemas de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones. La VBG afecta por lo menos a la tercera parte de las mujeres en el mundo.

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 mal tratables. 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 (10).

Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2007 incluye una ficha de tamizaje y un cuestionario que se debería aplicar a las pacientes para detectar los casos de violencia basada en género, especialmente entre las gestantes y usuarias que acuden a planificación familiar, para lograr una mejor identificación de esas situaciones y así evitar que lleguen a convertirse en población vulnerable. Sin embargo, la aplicación de dicha ficha de tamizaje en los diferentes establecimientos de salud se viene dando muchas veces en un tiempo insuficiente para una verdadera detección y referencia oportuna de los casos de violencia basada en género, asimismo el tamizaje de violencia se realiza de forma rutinaria, dejando de lado la relación interpersonal con la mujer que acude a consulta (10).

Las estadísticas nacionales e internacionales reflejan una alta prevalencia de la violencia hacia las mujeres. Es por ello que la presente Guía Técnica, aunque pretende abordar la integralidad de la VBG pone especial énfasis en aquella violencia que es dirigida hacia la mujer en todas sus etapas de vida.

C. Definición de Violencia contra las mujeres según la ley LEY N° 30364

a. Artículo 5. Definición de violencia contra las mujeres

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.

Se entiende por violencia contra las mujeres:

- La que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer. Comprende, entre otros, violación, maltrato físico o psicológico y abuso sexual.

- La que tenga lugar en la comunidad, sea perpetrada por cualquier persona y comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar.
- La que sea perpetrada o tolerada por los agentes del Estado, donde quiera que ocurra (9).

Según el INEI en Arequipa se puede observar que en el año 2009 se registraron 45.3% caso de Violencia física contra la mujer ejercida alguna vez por parte del esposo o compañero, y para el año 2014 fue de 39,6 %. Se evidencia una disminución, sin embargo, los porcentajes aún son altos, siendo el departamento de Junín el que, al contrario de las estadísticas nombradas anteriormente, presentó un alza de sus niveles de violencia contra la mujer siendo que para el año 2009 representaba un 78.6%, aumentando la violencia contra la mujer para el 2014 en un 81.2%. En el primer semestre de este año, el 70.4 % de mujeres de 15 a 49 años de edad alguna vez unidas sufrió violencia psicológica, física y/o sexual por parte del esposo o compañero.

En cuanto la Violencia psicológica o verbal contra la mujer ejercida alguna vez por parte del esposo o compañero se pudo obtener que a nivel local el 74,7% de la población femenina Arequipeña es víctima de este tipo de violencia.

Según los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del primer semestre del 2016, el 66.4 % de las mujeres de 15 a 49 años fue víctima de violencia psicológica y/ o verbal; el 32.4 % declaró haber padecido violencia física y el 6.8 %, violencia sexual por parte del esposo o compañero. Porcentaje con relación al año 2011 un 74,2%. Al primer semestre del 2016, los departamentos con mayor proporción de mujeres víctimas de algún tipo de violencia fueron: Apurímac 85.0 %, Arequipa 82.6 % (4).

3.1.2. Tipos de violencia basada en género. -

De acuerdo al artículo 10 de la Declaración de las Naciones Unidas para la erradicación de la violencia contra las mujeres , que fuera adoptada por la

Asamblea General en diciembre de 1993, se conceptualiza, este tipo de violencia, como “cualquier acto de violencia basada en género que produzca o pueda producir daño o sufrimientos físicos, sexuales, o mentales en la mujer; incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada”(12).

A. Según la Guía Técnica. -

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y Psicológica:

a. 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” (9).

Cuando una persona se encuentra en situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. La violencia física aumenta en frecuencia y severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona. Sus manifestaciones pueden incluir: empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento, heridas por armas, sujetar, amarrar, paralizar, abandono de personas en situación de peligro, negación de ayuda cuando la persona está enferma o herida, Cualquier acción que cause daño en el cuerpo de otra persona y que incluye otros que producen lesión o no producen lesión (10).

Según ENDES la violencia física está presente en un (32,0%) y es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, patadas, abofeteadas, entre otras (4).

Además, el mayor porcentaje ocurrió en mujeres de 45 a 49 años de edad, divorciados, separado o viudas, residentes en el área urbana, en la Sierra, y en las que viven en los hogares pertenecientes al quintil intermedio y segundo quintil de riqueza.

b. 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”.

Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad el desarrollo emocional de una persona. Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. 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 (9).

Según ENDES 2015 entre las formas de violencia, destaca la violencia psicológica y/o verbal (67,4%), que es la agresión a través de palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para minar su autoestima (4).

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 indagó sobre las situaciones de control que enfrentaba la mujer, como que el esposo o compañero se ponía celoso o molesto, si conversaba con otro hombre, le acusaba frecuentemente de ser infiel, impedía que visite o la visite sus amistades, limitaba las visitas o contactos con su familia, insistía siempre en saber todos los lugares donde ella iba o desconfiaba de ella con el dinero; asimismo, incluye Situaciones humillantes y amenazas con hacerle daño a ella o a alguien cercano o con irse de la casa, quitarles a las hijas (os) o la ayuda económica.

Además, el mayor porcentaje ocurrió en mujeres de 40 a 44 años de edad, con estado civil divorciadas, separadas o viudas, teniendo como grado de instrucción primaria, mayor mente residente en la Sierra de nuestro país y los departamentos de Apurímac y Arequipa tuvieron los mayores porcentajes de violencia psicológica.

c. 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 (9).

d. Violencia Sexual:

La violencia sexual sigue siendo una de las modalidades menos denunciadas y con más problemas de acceso a la justicia. Puede darse tanto en el espacio privado como en el público, en tiempos de paz o de conflicto armado y más aún puede constituirse en delito de la humanidad cuando es perpetrado de forma sistemática contra las mujeres de una nación o grupo étnico, como forma de humillar a los varones vencidos y dar una prueba de hegemonía (2).

Es todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo (10).

La OMS lo define como cualquier acto sexual, la tentativa de consumir 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 (22).

La violencia sexual se constituye en un verdadero indicador de las desigualdades de género en todos los ámbitos de la vida social, que limitan el ejercicio de derechos de las mujeres (23).

- **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. 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.

- **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 (10).

- **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 (4).

En el año 2015 ENDES registra que, las mujeres revelaron que fueron obligadas por su esposo o compañero a tener relaciones sexuales contra su voluntad 7,2% y a realizar actos sexuales que ella no aprobaba 3,6%.

B. Tipo de Violencia según La Ley N° 30364

Los tipos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar son:

- a. Violencia física.** Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal 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.

- b. Violencia psicológica.** Es 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.

c. Violencia sexual. Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación.

d. 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:

- la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- la pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- 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;
- 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 (9).

C. Tipos de Violencia Basada en Género según la ONU. -

La Teoría sobre la violencia, según Johan Galtung, el cual es considerado en el Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado, Galtung considera que la violencia son “afrentas evitables a las necesidades humanas básicas, y más globalmente contra la vida, que rebajan el nivel real de la satisfacción de las necesidades por debajo de lo que es potencialmente posible, las amenazas de violencia son también violencia” esta teoría propone un modelo triangular con el objetivo de plasmar los distintos tipos de violencia y como se relacionan entre sí, considera tres tipos:

a. Violencia Directa. - Es evidenciable por la familia y el entorno, choca directamente con sus derechos a la sobrevivencia, identidad, bienestar y de

libertad, se da a través de los casos de feminicidio, acoso, agresión física, psicológica y sexual.

b. Violencia Estructural. - Está vinculada al sentido económico, haciendo sentir a la mujer en una posición desigual ante el hombre, construida básicamente en una construcción cultural, es por este motivo que en nuestra sociedad lo vemos como normal, pero es considerada un tipo de violencia que no es evidente. Algunas de las expresiones más evidentes de la violencia estructural en las mujeres son (11):

- La desigualdad para el acceso a la propiedad.
- La diferente determinación de los salarios para hombres y mujeres a igual capacidad y experiencia (presente en la idea anterior).
- Las diferencias en el acceso a las posiciones de poder y toma de decisiones.
- La feminización de la pobreza.
- La división sexual del trabajo.

En el caso del Perú, es preciso señalar que son violencias que han recibido la herencia histórica del pasado colonial y de la desigualdad entre clases sociales y su correlato: el desprecio de los criollos de sectores altos y acomodados por las capas sociales más humildes de origen indígena o africano, herencia que también alcanza a las mujeres que provienen de esos estratos o clases y que, pese al tiempo transcurrido de vida republicana, aún se mantiene viva (11).

c. Violencia Cultural. - cumple la función de legitimar a las otras dos formas de violencia: la violencia directa y la violencia estructural. Aquí se encuentra lo que se ha construido respecto de la mayor cercanía de la mujer a la naturaleza debido a su papel reproductor, que la ha encasillado en el mundo familiar del cuidado, entendido en contraposición del mundo de la racionalidad, de la producción, de la creación transformadora y la cultura y lo que, por otro lado, se ha construido asociado a los varones, a quienes se reconoce capacidades para regirse en el mundo público de la ciencia, de la política y el arte, que además ostenta mayor prestigio y reconocimiento social (11).

Este tipo de violencia se caracteriza por ser simbólica y perdurar a través de los años, con ideas estereotipadas hacia la mujer, constituyendo una infinidad de representaciones evidentes, que marcan la estructura social y mentalizan a las futuras generaciones limitando la empoderación de la mujer.

“El efecto de la dominación simbólica (trátase de etnia, de sexo, de cultura, de lengua, entre otros) no se produce en la lógica pura de las conciencias conocedoras, sino a través de los esquemas de percepción, de apreciación y de acción que constituyen los hábitos y que sustentan, antes que las decisiones de la conciencia y los controles de la voluntad, una relación de conocimiento profundamente oscura para ella misma” (1).

3.1.3. Fases de la violencia basada en Género. -

La violencia basada en género, que tiene un carácter generalizado, constante y múltiple, se presenta en distintos espacios de la vida social, por lo que requiere ser atendida desde un enfoque que permita visibilizar las múltiples conexiones entre las diferentes formas en que se presenta (11).

En cuanto al ciclo de la violencia según la guía técnica, el Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado, indica que según investigaciones la violencia sigue un patrón en el que han podido identificar 3 fases:

- a. Fase Uno:** Etapa de aumento de la tensión, en esta etapa ocurren incidentes de violencia menores que van progresivamente en aumento hasta desembocar en la siguiente fase.
- b. Fase Dos:** Incidente agudo de agresión, se caracteriza por una descarga Incontrolable de tensiones que se han venido acumulando en la fase anterior. Se distingue de la fase anterior por la falta de control y la gran destructividad que conlleva.
- c. Fase Tres:** Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso, el comportamiento del agresor después de acaecido el hecho violento se torna cariñoso, amable con muestras de aparente arrepentimiento. Trata de paliar su actitud, pero irremediablemente va cayendo en nuevas tensiones hasta ingresar a la fase uno y volver a repetir el ciclo (10).

3.1.4. Etiología de la Violencia Basada en Género

Para prevenir la violencia es necesario conocer cómo se origina. No existe una causa única o algunas causas únicas relacionadas a la violencia. Tal como señala la OMS ningún factor por si solo explica o puede explicar porque algunos individuos o colectivos actúan con violencia o porque esta tiene mayor prevalencia en algunas sociedades. La violencia basada en género, que tiene un carácter generalizado, constante y múltiple, se presenta en distintos espacios de la vida social, por lo que requiere ser atendida desde un enfoque que permita visibilizar las múltiples conexiones entre las diferentes formas en que se presenta. En cuanto al ciclo de la violencia el Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado, indica que según investigaciones la violencia hay dos aspectos que siempre está presente (11):

- El hombre se cree superior a su pareja y a la naturaleza.
- Al creerse superior, hace todo lo posible para imponer esta superioridad y la única forma que conoce de hacerlo es ejerciendo un control mediante la violencia.

3.1.5. Factores de riesgo de Violencia Basada en Género

Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo de ambas, violencia de pareja y violencia sexual, se encuentran los siguientes (22).

A. Desde el modelo ecológico según la Organización de Naciones Unidas:

El Modelo Ecológico estudia factores que actúan en 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:

- 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).

3.1.6. Marco Normativo de Violencia Basada en Género

A. El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017.- Es el instrumento de política a través del cual, el Estado en su conjunto debe promover y garantizar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Dicho documento contiene las medidas de política pública que se adoptarán para remover los obstáculos que impiden el pleno ejercicio del derecho a la igualdad. El Plan señala, además, entre sus objetivos estratégicos “Reducir la violencia de género en sus diferentes expresiones.” Se propone como resultados a alcanzar:

- La disminución de la violencia física sufrida por mujeres por parte de su pareja que puso en riesgo su vida.
- La reducción de la proporción de mujeres en edad fértil, unidas o alguna vez unidas, víctimas de violencia sexual por parte de su pareja
- La reducción de la trata de mujeres
- La disminución de los crímenes en razón de la orientación sexual de la víctima.
- La reducción de la violencia de género (11).

El (la) profesional de salud encargado de los procesos de atención debe considerar los siguientes aspectos: sus propias emociones, creencias y actitudes sobre la VBG, demostrar honestidad, conocer los derechos y mostrar una actitud de respeto, estar capacitado e informado para brindar orientación acerca de las redes de apoyo y atención a la VBG, garantizar un espacio físico privado y cómodo, tener a la mano los instrumentos necesarios de la VBG (guías, protocolos, fichas de tamizaje, etc.), contar con un listado de instituciones de apoyo, contar con material educativo, etc.

Sobre la visión del profesional de salud en la atención de VBG, 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 detectarla (24).

El profesional de salud debe apoyar a las víctimas de violencia, escuchando de manera empática absteniéndose de hacer juicios, preguntar sobre las necesidades y sus preocupaciones, las actitudes de prestar atención y mostrar a la víctima que se

le cree y sobre todo comprende es muy importante al igual, brindarle todas las facilidades para que se pueda poner en contacto con otros servicios.

B. Ley 30364 Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar

La presente ley 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.

Para tal efecto, establece 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.

C. Reglamento de la ley 30364

Artículo 1.- Objeto del Reglamento

El presente reglamento tiene por objeto regular los alcances de la Ley N° 30364 - Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar en adelante la Ley.

Artículo 2.- De las autoridades investidas por mandato constitucional

Todas las autoridades, incluyendo aquellas que pertenecen a la jurisdicción especial, y responsables sectoriales contemplados en la Ley, independientemente de su ámbito funcional, identidad étnica y cultural, o modalidad de acceso al cargo, tienen la responsabilidad de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y quienes integran el grupo familiar en el marco de sus competencias, en estricto cumplimiento del artículo 1 de la Constitución Política

del Perú que señala que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y el Estado.

Artículo 3.- De los sujetos de protección de la Ley.

Conforme al artículo 7 de la Ley, se entiende como sujetos de protección:

1. Las mujeres durante todo su ciclo de vida: niña, adolescente, joven, adulta y adulta mayor.
2. Las y los integrantes del grupo familiar. Entiéndase como tales a cónyuges, ex cónyuges, convivientes, ex convivientes, o quienes tengan hijas o hijos en común; las y los ascendientes o descendientes por consanguinidad, adopción o por afinidad; parientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad o adopción y segundo grado de afinidad; y quienes habiten en el mismo hogar siempre que no medien relaciones contractuales o laborales, al momento de producirse la violencia.

Artículo 4.- Definiciones

Para efectos de la aplicación de las disposiciones contenidas en el presente Reglamento se entiende por:

1. Víctima

Es la mujer o integrante del grupo familiar que ha sufrido daño ocasionado por cualquier acción u omisión identificada como violencia según los artículos 5, 6 y 8 de la Ley. Las niñas, niños y adolescentes, que hayan estado presentes en el momento de la comisión del delito, o que hayan sufrido daños por haber intervenido para prestar asistencia a la víctima o por cualquier otra circunstancia en el contexto de la violencia, son consideradas víctimas.

Se incluye, además, de acuerdo al caso particular, a la familia del entorno inmediato o a las personas que están a cargo de la víctima.

2. Personas en situación de vulnerabilidad

Son las personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas o culturales, se encuentren con especiales dificultades para ejercer con plenitud sus derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico. Pueden constituir causas de vulnerabilidad, entre otras, las siguientes: la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la migración y el desplazamiento interno, la pobreza, el género, la orientación sexual y la privación de libertad.

3. La violencia contra la mujer por su condición de tal

Es la acción u omisión identificada como violencia según los artículos 5 y 8 de la Ley que se realiza en el contexto de violencia de género, entendida ésta como una manifestación de discriminación que inhibe gravemente la capacidad de las mujeres de gozar de derechos y libertades en pie de igualdad, a través de relaciones de dominio, de sometimiento y subordinación hacia las mujeres. Las operadoras y los operadores comprenden e investigan esta acción de modo contextual como un proceso continuo. Esto permite identificar los hechos típicos que inciden en la dinámica de relación entre la víctima y la persona denunciada, ofreciendo una perspectiva adecuada para la valoración del caso.

4. La violencia hacia un o una integrante del grupo familiar

Es la acción u omisión identificada como violencia según los artículos 6 y 8 de la Ley que se realiza en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder de parte de un o una integrante del grupo familiar hacia otro u otra.

5. Violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes

Es toda conducta con connotación sexual realizada por cualquier persona, aprovechando la situación de especial vulnerabilidad de las niñas, niños o adolescentes, afectando su indemnidad sexual, integridad física o emocional, así como la libertad sexual de acuerdo a lo establecido por el Código Penal y la jurisprudencia de la materia. No es necesario que medie violencia o amenaza para considerar la existencia de violencia sexual.

6. Revictimización

Se entiende como las acciones u omisiones inadecuadas que incrementan el daño sufrido por la víctima como consecuencia de su contacto con las entidades encargadas de la atención, protección, sanción y recuperación de la violencia. Las instituciones que integran el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar adoptan las medidas adecuadas para erradicar la revictimización considerando la especial situación de la víctima.

7. Violencia económica o patrimonial

La violencia económica o patrimonial es la acción u omisión que ocasiona daño o sufrimiento a través de menoscabar los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres por su condición de tales o contra cualquier integrante del grupo familiar, en el marco de relaciones de poder, responsabilidad, confianza o poder, en especial contra las niñas, niños, adultos mayores o personas con discapacidad.

8. Ficha de Valoración del Riesgo (FVR)

Es un instrumento que aplican quienes operan las instituciones de la administración de justicia y tiene como finalidad detectar y medir los riesgos a los que está expuesta una víctima respecto de la persona denunciada. Su aplicación y valoración está orientada a otorgar medidas de protección con la finalidad de prevenir nuevos actos de violencia, entre ellos, el feminicidio.

Artículo 5.- Atención especializada en casos de violencia

5.1. Las personas que intervienen en la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, tienen conocimientos especializados en la temática de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar o han participado en programas, talleres o capacitaciones sobre el tema.

5.2. Las instituciones que integran el Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo

Familiar, aseguran la capacitación permanente y especialización de su personal en ese ámbito (9).

D. Código Penal “Artículo 108-B.- Femicidio

Será reprimido con pena privativa de libertad no menor de quince años el que mata a una mujer por su condición de tal, en cualquiera de los siguientes contextos:

1. Violencia familiar;
2. Coacción, hostigamiento o acoso sexual;
3. Abuso de poder, confianza o de cualquier otra posición o relación que le confiera autoridad al agente;
4. Cualquier forma de discriminación contra la mujer, independientemente de que exista o haya existido una relación conyugal o de convivencia con el agente.

La pena privativa de libertad será no menor de veinticinco años, cuando concurra cualquiera de las siguientes circunstancias agravantes:

1. Si la víctima era menor de edad o adulta mayor.
2. Si la víctima se encontraba en estado de gestación.
3. Si la víctima se encontraba bajo cuidado o responsabilidad del agente.
4. Si la víctima fue sometida previamente a violación sexual o actos de mutilación.
5. Si al momento de cometerse el delito, la víctima tiene cualquier tipo de discapacidad.
6. Si la víctima fue sometida para fines de trata de personas o cualquier tipo de explotación humana.
7. Cuando hubiera concurrido cualquiera de las circunstancias agravantes establecidas en el artículo 108.
8. Cuando se comete a sabiendas de la presencia de las hijas o hijos de la víctima o de niños, niñas o adolescentes que se encuentren bajo su cuidado.

La pena será de cadena perpetua cuando concurren dos o más circunstancias agravantes. En todas las circunstancias previstas en el presente artículo, se impondrá la pena de inhabilitación conforme al artículo 36.”

3.1.7. Consecuencias de la Violencia Basada en Género. -

La violencia de pareja y la violencia sexual producen a las víctimas supervivientes y a sus hijos graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo, y tienen un elevado costo económico y social.

Consecuencias como el homicidio o suicidios. Las más frecuentes según la OMS el 42% de las mujeres víctimas de pareja refieren alguna lesión a consecuencia de dicha violencia.

La violencia sexual puede resultar en embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, e infecciones de transmisión sexual, también en contagios por VIH.

El análisis de 2013 reveló que las mujeres que han sufrido maltratos físicos o abusos sexuales a manos de su pareja tienen una probabilidad mayor de padecer infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH en algunas regiones, en comparación con las mujeres que no habían sufrido violencia de pareja. Por otra parte, también tienen el doble de probabilidades de sufrir abortos (15).

a. Consecuencias de los Modelos de violencia según Corsi J.-

Además de las múltiples consecuencias que la violencia de género tiene para la salud física, psicológica y social de las mujeres, existe un problema derivado al cual no se le presta atención. La gravedad del problema de la violencia en los contextos privados se ve acentuada por el elemento reproductor de violencia que contiene, ya que existe un amplio consenso, tanto entre los estudiosos del tema como entre las instituciones que trabajan con menores, de que es altísima la probabilidad de que los menores maltratados o testigos de violencia hacia sus madres, sean a su vez adultos maltratadores en el hogar y/o violentos en el medio social, ya que es el comportamiento que han interiorizado como natural en su proceso de socialización primaria. La hipótesis de la vinculación entre Violencia Social y Violencia Doméstica es sostenida por el enfoque del Banco Interamericano de Desarrollo, cuando afirma que la violencia es en gran parte una

conducta aprendida y una de las primeras oportunidades en las que un individuo observa y aprende la violencia es en el hogar.

Desde este punto de vista, uno de los factores de riesgo para los actos violentos en el espacio social lo constituye la existencia de Violencia Doméstica. En un documento publicado por el BID (“La Violencia en América Latina y el Caribe: Un Marco de Referencia para la Acción”) se sostiene que la violencia doméstica y la violencia social son parte de un todo integral, que se entrelazan de manera estrecha y se refuerzan mutuamente. Según investigaciones realizadas por la American Psychological Association, publicadas en 1993, a medida que crecen los niveles de violencia en la familia de origen, la probabilidad de que un niño también se involucre en comportamiento abusivo o violento cuando adulto también aumenta. Las conclusiones de esta hipótesis que vincula la violencia doméstica y la violencia social pueden resumirse en otro párrafo del mencionado documento del BID: Esta transmisión de violencia de una generación a la otra y del hogar a la calle, es la razón apremiante por la cual urge encontrar políticas que disminuyan la violencia doméstica, incluso cuando la meta final sea reducir la violencia social (18).

Diversos organismos internacionales han enfatizado en los últimos 10 años la importancia de implementar políticas en relación al problema de la Violencia Familiar, en sus dos formas principales de manifestación: la Violencia hacia la Mujer y el Maltrato y Abuso de Niñas y Niños. En un reciente documento publicado por la Organización Panamericana de la Salud (P.O. N° 6, 2000) se señala que la respuesta de la sociedad a las distintas formas de violencia también varía: así como todos consideran unánimemente que la violencia callejera es un crimen y creen legítima la intervención del Estado, son muchos los gobiernos que dudan cuando se trata de actuar e incluso legislar contra la violencia doméstica. En diversos estudios realizados en diferentes países, se enfatiza la dimensión epidémica que ha adquirido la Violencia Familiar en sus distintas manifestaciones. Sin embargo, a la hora de elaborar una respuesta al problema, muy a menudo queda relegado ante otras problemáticas.

El mismo documento de OPS/OMS concluye: Las respuestas son fragmentadas y tienden a centrarse en la provisión de cuidados a quienes ya sufrieron violencia, más que en la búsqueda de estrategias de prevención eficaces. Además, hay que pasar de manifestar preocupación por la violencia doméstica, a la asignación concreta de los fondos necesarios para mejorar el conocimiento del problema, estudiar la efectividad y la reproducibilidad de las intervenciones y comenzar a enfrentarse al problema de manera realista y con una buena relación costo-efectividad (18).

3.1.8. Actitudes del profesional de salud frente a la violencia basada en género. -

La comunicación no es una herramienta más, ni mucho menos un instrumento menor, cuando estamos construyendo y/o consolidando políticas públicas para la protección y promoción de los derechos de niñas, adolescentes y mujeres. La comunicación y su complejo “ecosistema” son variables sine qua non de la ecuación que busca como resultado una sociedad en la cual las cuestiones de género y generaciones reciban la prioridad y la atención que necesitan y que están debidamente subrayadas en las Convenciones de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (5).

3.1.9. El sector salud en el tema de violencia basada en género

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia contra la mujer es un problema de salud pública muy grave que el Estado y las organizaciones de salud deben tratar con carácter urgente (14).

Sin embargo, y a pesar de que hay pruebas que indican que es un problema de salud pública generalizado en todo el mundo, la violencia basada en género es con frecuencia ignorada por el sector salud. Las y los profesionales de la salud a menudo desconocen las consecuencias que tiene la violencia basada en género sobre la salud de la mujer, y muchos siguen considerando que se trata de un problema social o cultural que no guarda relación con su labor profesional (20).

Razones por las cuales las organizaciones de salud deben tratar la violencia basada en género:

- La violencia basada en género es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres. Un cúmulo cada vez más importante de pruebas epidemiológicas indica que la violencia por parte de la pareja íntima es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo (8). La violencia basada en género tiene consecuencias profundas y negativas para la salud física y emocional. Las mismas van desde desórdenes emocionales, lesiones físicas y dolores crónicos hasta situaciones de muerte como el suicidio y el homicidio. También es un factor de riesgo para muchas enfermedades que afectan la salud física, mental y sexual.
- La violencia basada en género produce consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva de la mujer. La violencia física y sexual limita la posibilidad de la mujer de negociar con su pareja el uso de condones u otros métodos anticonceptivos (6), colocándolas así en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual, incluso del VIH-SIDA. El abuso sexual en la niñez se encuentra asociado con conductas de riesgo como el consumo indebido de drogas y alcohol, un mayor número de parejas sexuales y un bajo índice de uso de anticonceptivos (19). La violencia basada en género también se ha relacionado con un riesgo mayor de trastornos ginecológicos, de aborto en condiciones inseguras, de complicaciones durante el embarazo, del aborto espontáneo, del bajo peso al nacer y de la enfermedad de inflamación pélvica.
- Si los proveedores de salud no preguntan acerca de la violencia pueden realizar un diagnóstico errado de las víctimas o no ofrecerles atención adecuada. Por ejemplo, si se desconoce si una mujer tiene antecedentes de violencia, es difícil diagnosticar o tratar sus dolores crónicos o las infecciones de transmisión sexual recurrentes que sufra. Profesionales que no tienen en cuenta que la mujer puede estar experimentando situaciones de violencia no podrán suministrarle asesoramiento adecuado en aspectos relacionados con la planificación familiar, la

prevención de ITS o el VIH/SIDA. Por último, si proveedores de salud desatienden las necesidades más amplias de la víctima, no podrán ayudar a la mujer a evitar situaciones que pongan en peligro su vida.

- Los proveedores de salud se encuentran en una posición única para identificar los casos de mujeres en riesgo. Los programas de salud y salud mental especialmente los que suministran servicios de salud sexual y reproductiva suelen figurar entre las pocas instituciones que mantienen contacto permanente con la mayoría de las mujeres adultas en los países en desarrollo. Por lo tanto, las y los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para identificar a las mujeres que son víctimas de violencia basada en género. Sin embargo, muchas mujeres no revelan a sus proveedores las experiencias de violencia que han padecido, a menos que se les pregunte. Los programas de salud pueden contribuir para que esto sí suceda, suministrando a su personal las herramientas necesarias para discutir el tema de la violencia con su usuaria y proporcionar las respuestas adecuadas cuando la mujer revele un hecho 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. En efecto, las sobrevivientes indican a menudo que esta instancia es el primer paso hacia la búsqueda de ayuda.
- Los profesionales de la salud se encuentran en una posición excepcional con respecto a la posible modificación de las actitudes sociales hacia la violencia contra la mujer. desempeñan un papel importante a la hora de modificar las actitudes con respecto a la violencia, ya que tienen la posibilidad de enmarcar la violencia como un problema de salud, en vez de una simple costumbre social.
- La respuesta a la violencia basada en género puede mejorar la calidad de atención de manera más amplia.
- 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 (20).

3.1.10. Competencias de la obstetra

A. Según la Ley 27853 del Trabajo De La Obstetriz Decreto Supremo N° 008-2003-SA

Artículo 3° Ámbito de la profesión de la Obstetriz

La Obstetriz participa en la aplicación de políticas de salud y en la atención integral a la mujer en relación al embarazo, parto y puerperio, para lo cual desarrolla sus labores en las áreas asistencial, administrativa, docente, investigación y preventivo-promocional

▪ **Artículo 22°.** Corresponde al profesional Obstetriz las siguientes funciones:

a. Ejercer su profesión satisfaciendo directamente la demanda de la paciente, brindándole atención directa en la consulta preconcepcional, concepcional y postconcepcional, participando en la atención integral de la mujer.

▪ **Artículo 24°.** Son obligaciones de la Obstetriz:

a. Proteger la vida y la salud de las personas, especialmente de la madre gestante, del que está por nacer y del recién nacido en forma inmediata en el momento del parto.

B. Perfil profesional de la obstetra basada en Competencias

- **Competencia General.** - Participa en la atención integral de los niños a fin de promover en ellos comportamientos saludables y una cultura de salud basada en valores, deberes y derechos, demostrando compromiso en las actividades que realiza.

- **Competencias específicas.** - Diseña, ejecuta, supervisa y evalúa programas especiales dirigidos a prevenir la violencia y el abuso sexual.
- **Competencia General.** - Realiza la atención integral de salud al adolescente promoviendo estilos de vida y comportamientos saludables con la participación de la familia y la comunidad, demostrando actitud positiva al trabajo multidisciplinario.
- **Competencias específicas.** - Realiza prevención de violencia familiar y de existir deriva a las instancias correspondientes.
- **Competencia General.** - Realiza la atención integral de salud a la mujer y al varón adulto respetando aspectos interculturales, éticos y humanísticos.
- **Competencias específicas.** - Diseña, ejecuta, supervisa y evalúa programas dirigidos a prevenir la violencia y el abuso sexual.

C. Según la Ley N°30364

▪ **Artículo 15. Denuncia.** - los profesionales de la salud y educación deben denunciar los casos de violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar que conozcan en el desempeño de su actividad. Cuando la Policía Nacional del Perú conozca de casos de violencia contra la mujer o los integrantes del grupo familiar, en cualquiera de sus comisarías del ámbito nacional, debe poner los hechos en conocimiento de los juzgados de familia o los que cumplan sus funciones dentro de las veinticuatro horas de conocido el hecho, remitiendo el atestado que resuma lo actuado (9).

3.1.11. Institución donde más acuden las mujeres. -

Las mujeres que han sufrido de violencia basada en género acuden por lo general a una persona cercana en un 40%, siendo la madre el primer contacto en un 34,5% y solo un 24.9% a una Institución, el 10.2 % a la fiscalía y en un porcentaje menor a otras instituciones como la Defensoría Municipal (DEMUNA) y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables MINDES (7).

3.2. ACTITUD

Se tienen diversas definiciones acerca de la actitud humana; es por ello que para tener un mejor conocimiento de la misma citamos algunas definiciones:

La actitud es una predisposición o tendencia aprendida a responder de un modo consistente, persistente y característico, por lo común positiva o negativamente (a favor o en contra), con referencia a una situación, idea, valor, objeto o clase de objetos materiales, o a una persona o grupo de personas (27- 28).

Aroldo Rodríguez define a la actitud como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente, pero sujetas a inferencias observables (29).

3.2.1. COMPONENTES DE LA ACTITUD Para Ángel Rodríguez K, reconocido doctor en Psicología, Las divide en tres componentes primordiales, los cuales son:

- **Componente cognoscitivo:** Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva de objeto que genera la actitud. Para la determinación de este componente tiene mucha participación el proceso perceptivo y creencias como mecanismo de categorización de los objetos-conceptos que entran en el campo cognitivo. En el caso que se hable de modelos actitudinales de expectativa por valor, los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; y cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- **Componente afectivo:** Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social, es decir se refiere a la corriente emocional o afectiva que vincula al individuo con el objeto de actitud. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí

radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones que se caracterizan por su componente cognoscitivo. El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto los cuales pueden ser positivos como de agrado, simpatía y hasta de amor por el objeto; o negativos es decir el tono será de desagrado, antipatía, y hasta odio.

- **Componente conductual:** Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud en base a las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto; es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es decir, que el componente reaccional nos indica la disposición a actuar y, de alguna manera, puede ser anticipada esa disposición por el conocimiento que se tenga de los otros dos componentes. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación. La relación entre actitud y conducta, se explicaría por la integración de un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual y que ha sido llamada Teoría de la Acción Razonada. La psicología social distingue el estudio de la estructura intra aptitudinal de la actitud, para identificar la estructura interna y buscar diferencias y similitudes entre mapas donde confluyen más actitudes (29).

3.2.2. TEORÍAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LAS ACTITUDES

Se pueden distinguir tres tipos de teorías sobre la formación de las actitudes, éstas son: la teoría del aprendizaje, la teoría de la consistencia cognitiva y la teoría de la disonancia cognitiva, las cuales se pasan a detallar:

A. Teoría del aprendizaje: Se basa en que las personas al aprender reciben nuevos conocimientos de los cuales intenta desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables.

B. Teoría de la consistencia cognitiva: Esta teoría se relaciona con el aprendizaje de nuevas actitudes, relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así la persona trata de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí.

C. Teoría de la disonancia cognitiva: Esta teoría consiste en hacer creer a las personas y sus conocimientos que algo no los perjudica, pero sabiendo en realidad lo que les puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud, tras haber realizado una prueba y fracasar en el intento. Esto puede provocar un conflicto, porque se toman dos actitudes incompatibles entre sí que la misma persona intenta evitar de manera refleja. Esto lo impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes (31).

3.2.3. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA FORMACIÓN DE ACTITUDES:

Con respecto a los factores que influyen de manera directa en la formación de las actitudes de cada individuo tenemos:

A. Factores Personales (Intrínsecos): referidos a los aspectos inherentes a las personas o partes de éstas. Ejemplo: la edad, la educación, la personalidad, las habilidades, la capacidad o aptitudes hacia algo.

B. Factores Institucionales (Extrínsecos): relacionados con el contexto social, cultural y político. Ejemplo: la familia, los padres, el ambiente en que desempeña sus labores, ya sea trabajo o estudio, la comunicación que puede ser formal o informal (32).

3.2.4. CLASIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES:

Las actitudes pueden ser clasificadas, medidas o valoradas de la siguiente manera:

A. Favorable: Consiste en “estar de acuerdo con lo que se realiza”, es decir el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente está unido con el sentimiento de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión (lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana).

B. Desfavorable: Es cuando el sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante (31).

C. Medianamente Favorable: Es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo



Análisis de Antecedentes Investigativos.

3.2.5. 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.

RESUMEN: la justificación del presente estudio se basa en la consideración de la violencia basada en género (VBG) como un problema de salud pública y del sector salud como un espacio privilegiado para su detección. La VBG es todo acto o amenaza de tal que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, 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, el método de estudio descriptivo de corte transversal. Se realizó un análisis de situación para caracterizar, analizar e interpretar cada centro frente a la VBG. 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.

METODOLOGIA: El diseño del estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, e incluyó la realización de un análisis de situación en dos etapas:

- 1) Descripción de la situación de cada Centros de Salud y Acción Comunitaria en relación a la problemática de la Violencia Basada en Género en la atención de mujeres de 21 años y más. Se administró una encuesta al jefe de cada centro a fin de obtener una comprensión preliminar del contexto institucional del Centros de Salud y Acción Comunitaria y su personal de salud en relación a la problemática.
 - 2) Descripción de los conocimientos, prácticas y creencias del equipo de salud de cada centro. Se administró una encuesta a sus profesionales para conocer su posicionamiento frente a la problemática de la Violencia Basada en Género
- Instrumento: para la realización del trabajo de campo se diseñaron dos encuestas:

1) Contexto institucional de la organización de salud: estructurada en ocho preguntas destinadas a conocer la capacidad de respuesta de cada Centros de Salud y Acción Comunitaria en relación con la Violencia Basada en Género.

2) Conocimientos, creencias y prácticas del equipo de salud en relación con la VBG: disponía de 19 preguntas, que abarcaban cinco dominios: conocimientos generales, relación paciente-equipo de salud, conocimientos acerca de la legislación vigente, prácticas y creencias. A fines operativos, los cinco dominios se analizaron reunidos en tres variables: conocimientos, prácticas y creencias.

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. El 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debe realizarse en forma sistemática.

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.

3.2.1 A nivel Nacional

TITULO: 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

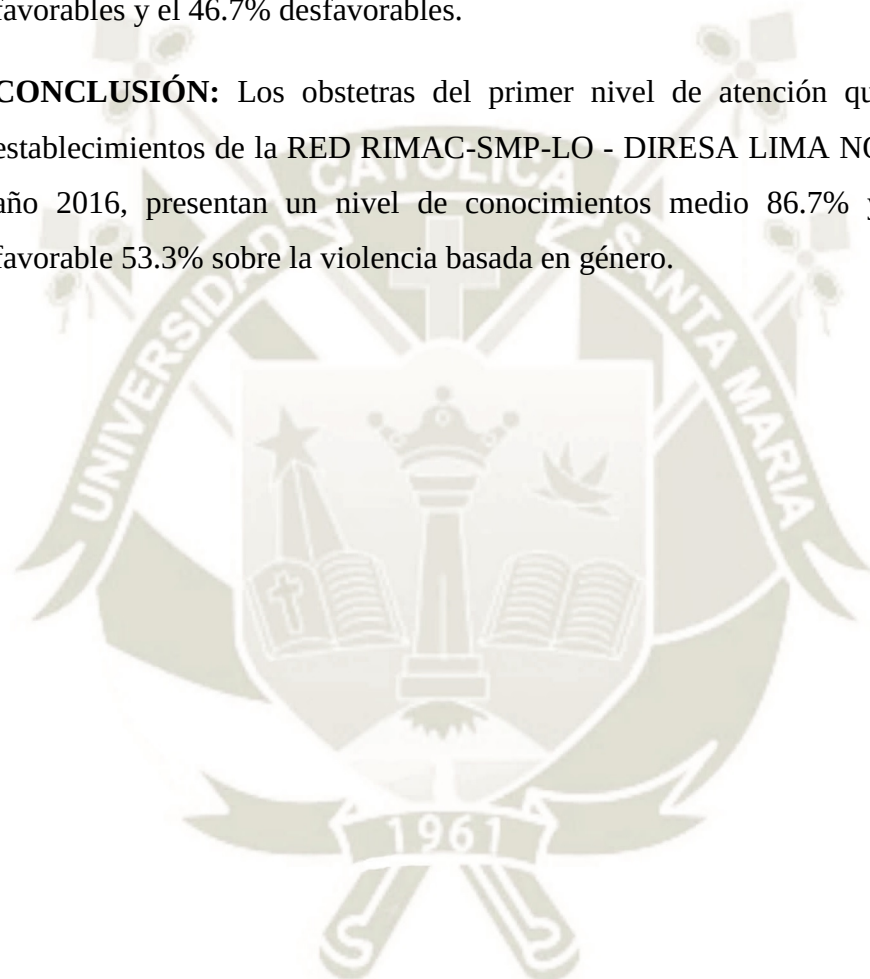
RESUMEN: El estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 obstetras del primer nivel de atención que laboran en la Red Rímac-SMP-LO. Para el análisis cualitativo se emplearon frecuencias absolutas y relativas, el objetivo fue determinar 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.

METODOLOGIA: El estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo y de corte trasversal, la adquisición de información se realizó a través de una encuesta, que permitió conocer la valoración de las obstetras sobre el tema de violencia de género. El instrumento “Inventario de Violencia Basada en Género” fue validado mediante un juicio de expertos (5 profesionales que conocieron respecto al tema), ellos evaluaron tanto las preguntas de conocimientos y la escala de actitudes, emitiendo sus opiniones y sugerencias. Posteriormente se realizó una prueba piloto con la que se halló la confiabilidad del instrumento: para el caso de la evaluación de los conocimientos, se empleó la prueba de Kuder Richardson donde se obtuvo un coeficiente de 0.940, siendo una excelente confiabilidad y para la evaluación de las actitudes, se utilizó la prueba alfa de Cronbach donde se obtuvo un coeficiente de 0.740, es decir una muy fuerte confiabilidad

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.



3.2.2 A nivel Local

TITULO: 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

RESUMEN: el presente estudio fue de campo, descriptivo de corte transversal el instrumento fue la ficha elaborada por el MINSA para detectar casos de violencia de género, el objetivo del estudio fue conocer la frecuencia, tipo de violencia basada en género y características de las víctimas todo esto en gestantes que acuden al centro de salud Francisco Bolognesi.

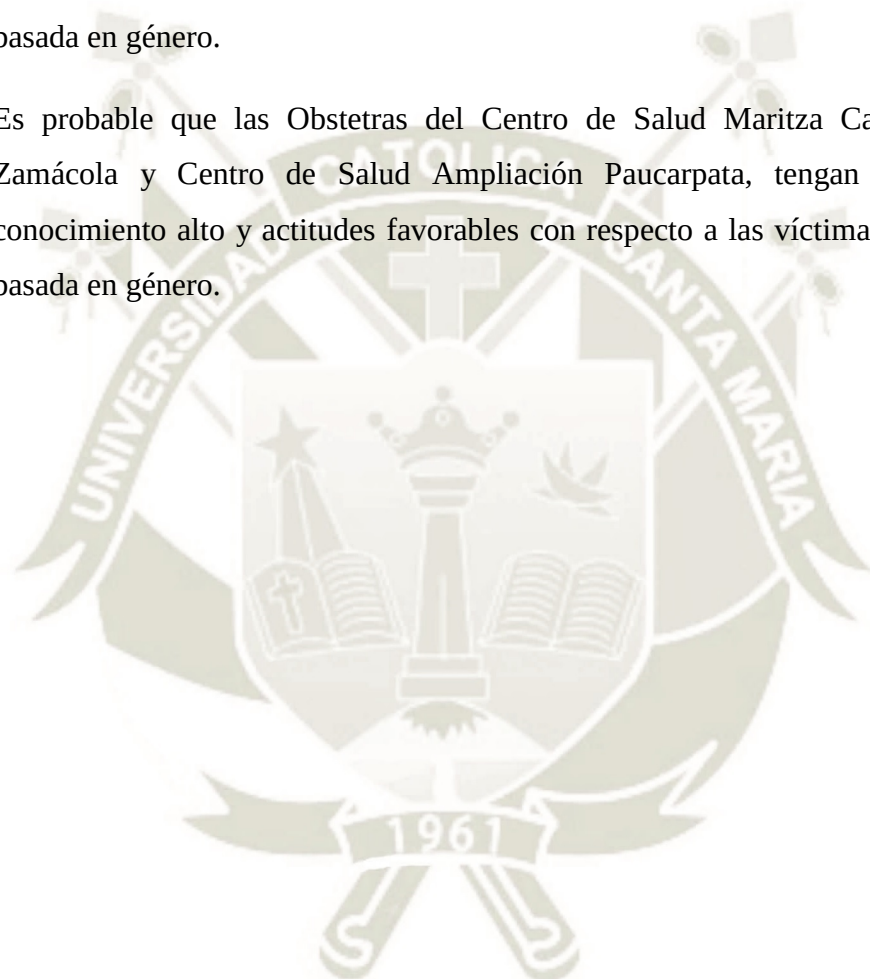
RESULTADOS: la muestra fue constituida por 165 gestantes de las cuales el 72.2% refirieron haber sido víctimas de violencia en algún momento de su embarazo o gestaciones previas, la prevalencia de violencia es mayor en los rangos de edades de 16 a 25 años, el tipo de violencia que en su mayoría recibieron fue psicológica.

CONCLUSIÓN: La existencia de violencia basada en género en gestantes atendidas en el centro de salud Francisco Bolognesi es alta.

4.- HIPÓTESIS.

Dado que las obstetras que laboran en los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de salud deben realizar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de Violencia Basada en Género de acuerdo a los principios y procedimientos detallados en la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género.

Es probable que las Obstetras del Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola y Centro de Salud Ampliación Paucarpata, tengan un nivel de conocimiento alto y actitudes favorables con respecto a las víctimas de violencia basada en género.





CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1.- TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

1.1.- Técnicas.

La técnica que se empleó es: La entrevista

1.2.- Instrumentos.

Se utilizó el inventario de Violencia Basada en Género sobre conocimientos
Actitudes de las obstetras

Variables	Indicadores	Técnica	Instrumento	Escala de valoración
Conocimientos	Conocimientos sobre conceptos, tipos, etiología y marco normativo de violencia basada en género	Comunicación Entrevista estructurada	Inventario de Violencia Basada en Género sobre conocimientos Actitudes Características sociodemográficas de las obstetras	- MUY ALTO: Más del 81% (9 a 10 puntos). - ALTO: 61-80% (7 a 8 puntos). - MEDIO: 41-60% (5 a 6 puntos). - BAJO: 21-40% (3 a 4 puntos). - MUY BAJO: menos del 21% (0 a 2 puntos).
Actitudes	Actitud cognitiva y conductual			- ACTITUD FAVORABLE: Puntaje de ≥ 7. - ACTITUD DESFAVORABLE: Puntaje menor a 7
Características sociodemográficas de las obstetras	Edad, sexo, estado civil, años de trabajo			

1.3.- Materiales de verificación.

Los materiales que se empleó son utilería general de escritorio y material de impresión.

2.- CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1.- Ubicación Espacial

2.1.1.- Precisión del lugar: ámbito general específico

La investigación se ubica geográficamente en dos Establecimientos de Salud:

- Centro de Salud Maritza Campos Díaz ubicado en esquina Yavari con Maraño s/n Zamácola, Distrito de Cerro Colorado, Provincia y Departamento de Arequipa. (Anexo3)
- Centro de Salud Ampliación Paucarpata ubicado en la Av. Kennedy 2101, Distrito de Paucarpata, Provincia y Departamento de Arequipa. (Anexo3)

2.1.2.- Caracterización del lugar

El Centro de Salud Maritza Campos Díaz y el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, pertenecen a la Red Arequipa- Caylloma, ambos son cabezas de microrredes y reciben referencias de sus respectivos Puestos de Salud, brindan los servicios de consultorio externo por especialidades, atención de partos y emergencias, su nivel de atención es I-4 por lo que atienden las 24 horas de lunes a Domingo.

2.2.- Ubicación Temporal.

El estudio se realizó en los meses de enero a mayo del 2018.

2.2.1.- Cronología

El estudio se inició con la presentación del proyecto de tesis, en enero el que fue objeto de observaciones, las que subsanadas determinaron su aprobación, para la aplicación de este en el mes de febrero y marzo, se estructuro los resultados y alcanzo el informe final en el mes de mayo.

2.2.2.- Visión temporal

Corresponde a una investigación Prospectiva.

2.2.3.- Corte temporal

De tipo Transversal.

2.3.- Unidades de Estudio.

2.3.1 Universo.

Las unidades de estudio para esta investigación son 14 Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y 9 obstetras de Ampliación Paucarpata de la Provincia y Región Arequipa.

Establecimiento de Salud	Cantidad de Obstetras
• Centro de Salud Ampliación Paucarpata	9
• Centro de Salud Maritza Campos Díaz	14
Total	23

2.3.1.1 Universo Cualitativo

a. Criterios de inclusión:

- Obstetras que laboran en los servicios de Obstetricia: consultorio externo, sala de partos y puerperio.
- Obstetras que tengan más de 1 año laborando en la institución.
- Obstetras que acepten participar en el estudio (consentimiento informado).

b. Criterios de exclusión:

- Obstetras serumistas.

- Obstetras que tengan menos de 1 año laborando en la institución.
- Obstetras que estén de vacaciones o Licencia

3.- ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1.- Organización. Se realizó las siguientes actividades:

- Se solicitó la Autorización respectiva a las jefaturas correspondientes de los Centros de Salud, la primera semana del mes de febrero 2018.
- Se procedió a aplicar el instrumento, la recolección de datos previa lectura y firma del consentimiento informado, la segunda semana del mes de febrero 2018.
- El instrumento consta de tres partes:

A. Primera: La cual se enfocó en recabar información sociodemográfica de las profesionales Obstetras del Centro de salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata.

B. Segunda: Para categorizar los conocimientos sobre violencia basada en género según el inventario de violencia basada en género elaborado por Sánchez Palacios, Linda Arleny.

C. Tercera: En el caso de las actitudes, depende como actuó el (la) obstetra en estos casos.

Categorización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	CATEGORIZACIÓN	CALIFICACIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE 1. Nivel de conocimientos	Más del 81% de las premisas respondidas correctamente.	9 a 10	Muy Alto
	De 61 – 80% de las premisas respondidas correctamente.	7 a 8	Alto:
	De 41 a 60% de las premisas respondidas correctamente.	5 a 6	Medio:
	De 21 a 40% de las premisas respondidas correctamente.	3 a 4	Bajo
	Menos del 21% de las premisas respondidas correctamente.	0 a 2	Muy Bajo
2. Actitudes	Actitud cognitiva	1 nunca 2 a veces 3 siempre	- Favorable - Desfavorable
	Actitud conductual		

3.2.1 Recursos Humanos.

Investigadora: Bachiller Felipa Magaly Cano Zamudio

Asesora: Magister Armida Fernández Vásquez

3.2.2 Físicos:

- Infraestructura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz
- Infraestructura del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

3.2.3 Económicos: Autofinanciado

- Recursos disponibles: laptop, impresiones de las encuestas, papel bond, internet.
- Recursos Necesarios: gastos de trabajo de campo, traslado a los Centros de salud, anillados, monto s/. 50.00

3.3.- Validación del Instrumento.

El instrumento de verificación usado, fue: El Inventario de Violencia Basada en Género elaborado por Sánchez Palacios, Linda Arleny para su estudio; “Conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en las obstetras del primer nivel de atención. Red Rimac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V, 2016”. dicho instrumento fue previamente validado, sometiénose a juicio de expertos para una adecuada estructuración, luego se realizó una prueba piloto con la finalidad de conseguir su perfeccionamiento y determinar el tiempo de aplicación. Para los ítems de

conocimiento se realizó la validación mediante la prueba de Kuder Richardson donde se obtuvo un coeficiente de 0.940, el cual se traduce en una excelente confiabilidad. Se validó mediante la prueba alfa de Cronbach obteniendo un coeficiente de 0.740, es decir una muy fuerte confiabilidad.

3.4. - Consideraciones éticas:

- El profesional Obstetra fue informada sobre la naturaleza de la investigación.
- La encuesta fue realizada por consentimiento voluntario del profesional Obstetra. (ver anexo 4)
- Se respetó la intimidad y confidencialidad del profesional Obstetra.
- Las respuestas y opiniones del profesional Obstetra fueron respetadas.
- La identidad del profesional Obstetra se mantuvo en el anonimato.

4.- Estrategia Para manejar los Resultados

4.1 Plan de Procesamiento. -

4.1.1. Tipo de procesamiento.- Se usó el paquete estadístico SPSS 25.0. También se usó de la prueba estadística de Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% y razones de posibilidades (Odds Ratios, OR) por ser comparativa.

4.1.2 Plan de Operaciones:

- Clasificación: se Empleó matriz sistematizada según variable a estudiar.
- Codificación: Código según variable.
- Tabulación: Empleo o uso de tablas simples.

4.2 Plan de análisis de datos

4.2.1 Tipo de análisis. - El análisis de los resultados se contrastó con información recabada en el marco teórico, con el cual se concretó discusiones indicador por indicador para llegar las conclusiones del presente estudio.



CAPITULO III

RESULTADOS

III. TABLA N°. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GENERO DE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Conocimiento	N°.	%
Medio	2	25.0
Alto	5	62.5
Muy alto	1	12.5
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
TOTAL	8	100.0

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 1 muestra que el 62.5% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen un nivel de conocimiento alto sobre violencia basada en género, mientras que el 12.5% de obstetras tienen nivel de conocimiento muy alto.

TABLA N° 2

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN INDICADORES SOBRE
VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018**

CONOCIMIENTO	N°.	%
Sobre conceptos	14	87.5
Sobre tipos	17	42.5
Sobre etiología	12	75.0
Sobre Marco Normativo	14	58.3

Fuente: Matriz de Datos

La tabla N°2 muestra que, las obstetras que laboran en el centro de Salud Maritza Campos Díaz, tienen un Conocimiento sobre conceptos de 87.5%, Conocimientos sobre tipos un 42.5%, Conocimientos sobre etiología un 75%, Conocimiento sobre marco Normativo u 58.3%.

TABLA N°. 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA BASADA EN
GENERO DE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL CENTRO DE
SALUD AMPLIACION PAUCARPATA, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Conocimiento	N°.	%
Medio	1	12.5
Alto	6	75.0
Muy alto	1	12.5
Bajo	0	0
Muy bajo	0	0
TOTAL	8	100.0

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 3 muestra que el 75.0% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen un nivel de conocimiento alto sobre violencia basada en género, mientras que el 12.5% de obstetras tienen nivel de conocimiento medio y muy alto.

TABLA N°. 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN INDICADORES SOBRE
VIOLENCIA BASADA EN GENERO DE LAS OBSTETRAS QUE
LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA,
AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

CONOCIMIENTO	N°.	%
Sobre conceptos	16	100.0
Sobre tipos	20	50.0
Sobre etiología	12	75.0
Sobre Marco normativo	11	45.8

Fuente: Matriz de Datos

La Tabla N°. 4 muestra un Conocimiento sobre conceptos que el 100% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen un nivel de conocimiento alto sobre violencia basada en género, un conocimiento sobre tipos de un 50%, Conocimiento sobre etiología de 75%, un Conocimiento sobre Marco Normativo de 45.8%.

TABLA N°5

**DIFERENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA
BASADA EN GENERO ENTRE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN
LOS CENTROS DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAS Y AMPLIACION
PAUCARPATA, AREQUIPAER ENERO-MAYO 2018**

Conocimiento	C.S. Maritza Campos Díaz		C.S. Ampliación Paucarpata	
	Nº.	%	Nº.	%
Medio	2	25.0	1	12.5
Alto	5	62.5	6	75.0
Muy alto	1	12.5	1	12.5
Bajo	0	0	0	0
Muy bajo	0	0	0	0
TOTAL	8	100.0	8	100.0
		X ² =0.42	P>0.05P=0.81	

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 5 muestra que el nivel de conocimiento en las obstetras de los centros de salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata no presentan diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 62.5% de las obstetras del centro de salud Maritza Campos Díaz tienen nivel de conocimiento alto sobre violencia basada en género, mientras que el 75.0% de las obstetras del centro de salud Ampliación Paucarpata tienen nivel de conocimiento alto también.

TABLA N°. 6
ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GENERO QUE TIENEN
LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Actitudes	N°.	%
Desfavorables	1	12.5
Favorables	7	87.5
TOTAL	8	100.0

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 5 muestra que el 87.5% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen actitudes favorables sobre violencia basada en género, mientras que el 12.5% de obstetras presentan actitudes desfavorables.

TABLA N°. 7
ACTITUDES SEGÚN INDICADORES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN
GÉNERO QUE TIENEN LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL
CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA ENERO-
MAYO 2018

ACTITUD	N°.	%
Cognitiva	20	83.3
Conductual	26	81.25

Fuente: Matriz de Datos

La Tabla N° 7 muestra que el 83.3% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen una Actitud cognitiva favorable sobre Violencia basada en Género, un 81.25% de Actitud Conductual.

TABLA N°. 8
ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GENERO QUE TIENEN
LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL CENTRO DE SALUD
AMPLIACION PAUCARPATA, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Actitudes	N°.	%
Desfavorables	0	0.0
Favorables	8	100.0
TOTAL	8	100.0

Fuente: Matriz de Datos

La Tabla N°. 8 muestra que el 100.0% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen actitudes favorables sobre violencia basada en género.

TABLA N°. 9
ACTITUDES SEGÚN INDICADORES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN
GENERO QUE TIENEN LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN EL
CENTRO DE SALUD AMPLIACION PAUCARPATA, AREQUIPA
ENERO-MAYO 2018

ACTITUD	N°.	%
Cognitiva	19	79.1
Conceptual	27	84.4

Fuente: Matriz de Datos

La Tabla N°. 9 muestra que el 79.1% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen actitudes cognitivas favorables sobre violencia basada en género. Un 84.4% de actitud conceptual.

TABLA N°. 10
DIFERENCIA DE LAS ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN
GENERO ENTRE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN LOS
CENTROS DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAS Y AMPLIACION
PAUCARPATA, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Actitudes	C.S. Maritza Campos Díaz		C.S. Ampliación Paucarpata	
	N°.	%	N°.	%
Desfavorables	1	12.5	0	0
Favorables	7	87.5	8	100.0
TOTAL	8	100.0	8	100.0

$$X^2=1.06 \quad P>0.05 \quad P=0.30$$

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 10 muestra que las actitudes en las obstetras de los centros de salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata no presentan diferencia estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 87.5% de las obstetras del centro de salud Maritza Campos Díaz tienen actitudes favorables, mientras que el 100.0% de las obstetras del centro de salud Ampliación Paucarpata tienen actitudes favorables también

TABLA N°. 11
EDAD Y SEXO DE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN LOS
CENTROS DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ Y AMPLIACION
PAUCARPATA, AREQUIPA FEBRERO-MAYO 2018

Edad y Sexo	C.S. Maritza Campos Díaz		C.S. Ampliación Paucarpata	
	N°.	%	N°.	%
21-39	2	25.0	0	0
40-54	5	62.5	5	62.5
55-65	1	12.5	3	37.5
mujer	8	100.0	8	100.0
TOTAL	8	100.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°. 11 muestra que el 62.5% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 40-54 años, mientras que el 37.5% de las obstetras del Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen entre 55-65 años.

TABLA N°. 12

**ESTADO CIVIL DE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN LOS
CENTROS DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ Y AMPLIACION
PAUCARPATA, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018**

Estado Civil	C.S. Maritza Campos Díaz		C.S. Ampliación Paucarpata	
	N°.	%	N°.	%
Soltero	1	12.5	4	50.0
Casado	5	62.5	4	50.0
Conviviente	2	25.0	0	0
TOTAL	8	100.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°.12 muestra que el 62.5% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son casadas, mientras que el 50.0% de las obstetras del Centro de Salud Ampliación Paucarpata son solteras y casadas.

TABLA N°. 13
TIEMPO DE SERVICIO DE LAS OBSTETRAS QUE LABORAN EN LOS
CENTROS DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ Y AMPLIACION
PAUCARPATA, AREQUIPA ENERO-MAYO 2018

Tiempo de servicio	C.S. Maritza Campos Díaz		C.S. Ampliación Paucarpata	
	N°.	%	N°.	%
3-10 años	3	37.5	4	50.0
11-20 años	3	37.5	1	12.5
>=21 años	2	25.0	3	37.5
TOTAL	8	100.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos.

La Tabla N°. 13 muestra que el 37.5% de las obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz tienen entre 11-20 años de servicio, mientras que el 50.0% de las obstetras del Centro de Salud Ampliación Paucarpata tienen entre 3-10 años de servicio.

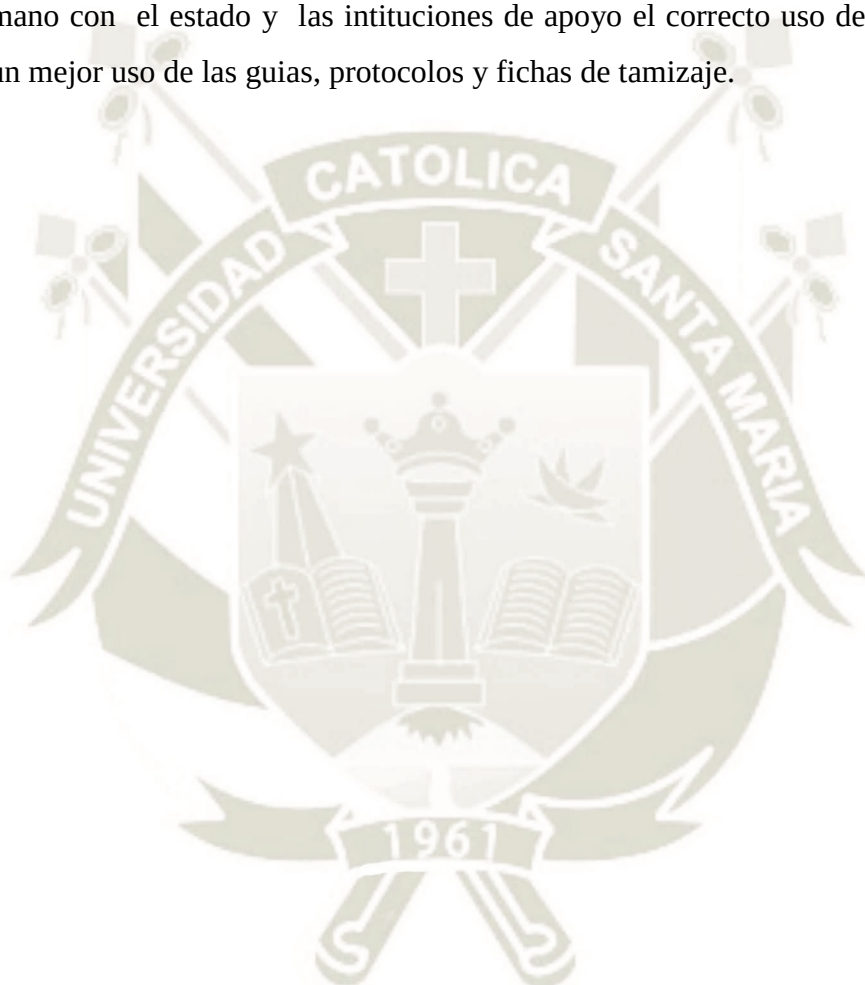
DISCUSIÓN

Este es un problema de Salud publica muy antiguo y que compromete a todas las sociedades del mundo, se admite que hoy en día más de un tercio de las mujeres han padecido violencia (psicológica, física o sexual) en algún momento de su vida. Se puede presentar en todas las etapas de la vida y ni siquiera el embarazo constituye un factor protector, dato que se corrobora en el estudio “ Violencia Basada En Genero y características de la victima gestante, Centro de Salud Francisco Bolognesi Arequipa, Noviembre A Diciembre 2015” en el que encontraron que el 72.2 % de las gestantes encuestadas refirieron haber sido victimas de Violencia Basada en Género, por ende los profesionales de salud debemos contribuir tanto en la parte legal como en la conceptual y poder favorecer a que haya una reducción de Violencia Basada en Género.

En el presente estudio se pudo conocer que el nivel de conocimiento de los obstetras encuestados en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz con un 62.5 % fue alto, 25% tubo un nivel de conocimiento medio y solo 12,5% , en el Centro de Salud Ampliacion Paucarpata se encontro un nivel alto de conocimientos en 75%, muy alto y medio en 12.5%; datos que contrastan con los encontrados en el estudio “Conocimiento y actitudes sobre violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atencion, Red Rimac-smp-lo – diresa Lima norte V, 2016” el que, en un 86.7 % los obstetras encuestados tubieron un nivel de conocimiento medio; esto se debe a que en la actualidad, las y/o los obstetras estan mejor preparadas para tratar la violencia basada en genero, en cuanto a conocimientos, sobre conceptos en un 87.5%, en conocimienros sobre tipos un 42.5%, conocimiento sobre etiologia un 75% y un conocimiento sobre marco normativo de un 58.3%, esto demuestra que en porcentajes tienen un nivel de conocimiento alto.

Si hacemos mencion de las actitudes cognitiva y conceptual, se obtuvo un 83.3% de actitud cognitiva y un 81.25% de actitud conductual, en general las actitudes que tienen las obstetras que laboran en el centro de salud Maritza Campos Diaz

fue favorable en un 87.5%, desfavorable en 12.5%, en el Centro de salud Ampliación Paucarpata las actitudes fueron favorables en un 100%, en el estudio mencionado líneas arriba del 2016 se determinó que fueron favorables en un 53.3%, dato que dista mucho del resultado encontrado en nuestro estudio, esta diferencia podría deberse a que la obstetra está bien capacitada, mejor informada y actuando empáticamente con las víctimas de violencia basada en género, de la mano con el estado y las instituciones de apoyo el correcto uso de la ley 30364, un mejor uso de las guías, protocolos y fichas de tamizaje.



CONCLUSIONES

PRIMERO: El nivel de conocimientos de las obstetras encuestadas en los Centros de Salud Maritza Campos Días y Ampliación Paucarpata de Arequipa de enero a Mayo del 2018, fue alto 62,5% y 75% respectivamente.

SEGUNDO: En líneas generales las actitudes encontradas en ambos Centros de Salud fueron favorables encontrando un 87,5% para el C. S. Maritza Campos Días, y un 100% para el C.S. Ampliación Paucarpata.

TERCERO: Las obstetras del primer nivel de atención que laboran en los Centros de Salud Maritza Campos Diaz y Ampliacion Paucarpata, que fueron encuestadas en el presente año 2018 no presentan diferencia estadística significativa ($P>0,05$) ya que se evidencia un nivel de conocimientos alto, 62.5% en el C. S. Maritza Campos Diaz contrastado contra un 75% para el C. S. Ampliación Paucarpata.

CUARTO: Asimismo se observa que en cuanto a actitudes tampoco hay diferencia estadística significativa de un 87.5% para el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, frente a un 100% de el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

QUINTO: Comparativamente se encontro un alto nivel de conocimiento un 62.5% en el Centro Maritza Campos Diaz frente a un 75% en Ampliación Paucarpata, en cuanto a la actitud cognitiva y conceptual un 87.5% en Maritza Campos Diaz y un 100% en Ampliación Paucarpata.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Continuar con programas de capacitación, a las obstetras de Centro de salud Maritza Campos Diaz y Centro de Salud Ampliación Paucarpata de actualización en cuanto a violencia basada en género, con el fin de mejorar la salud de las mujeres victimas de Violencia basada en Género..

SEGUNDO: Concientizar y mejorar las competencias de los futuros profesionales obstetras, de la facultad de Obstetrícia y Puericultura, incluyendo temas actualizados sobre violencia basada en género, e incluir en el plan curricular cursos y casos sobre violencia basada en genero, para un mejor desarrollo cognitivo y conductual.

TERCERO: Se sugiere desarrollar un nuevo estudio que comtemple el nivel de conocimientos y actitudes de las y/o los profesionales obstetras con respecto a la violencia basada en género, con el fin de seguir aportando y apoyando a nuestra sociedad por medio de nuestra carrera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOURDIEU, PIERRE (2000). La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama.
2. DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2011). Violencia sexual en el Perú: Un análisis de casos judiciales. Serie Informes de Adjuntía - Informe N° 004-2011-DP/ADM, Lima.
3. Choque Apaza, Flor Karla/Quispe Díaz, Yessenia Edith. Violencia basada en género y características de la víctima gestante. Centro de Salud Francisco Bolognesi. [tesis pregrado] Arequipa; Universidad Católica de Santa María, 2016.
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2015. Lima: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, NIÑAS Y NIÑOS. Lima; 2015 .P. 357 – 360
5. Naciones Unidas, Fondo Fiduciario Violencia basada en género y generaciones: una mirada desde la comunicación. 1° Ed.Uruguay: 1ª Edición:2014 P.7,19
6. García-Moreno C et al. Preliminary Results From the WHO MultiCountry Study on Women's Health and Domestic Violence"" ("Resultados preliminares del estudio de la OMS en varios países sobre la salud de las mujeres y la violencia doméstica"). Presentación realizada en la Conferencia Mundial sobre Daños, Montreal, mayo de 2002.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2018. Lima: INEI; 2018.

8. Krug E et al., eds. World Report on Violence and Health (“Informe Mundial sobre Violencia y Salud “). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
9. LEY N°30364 PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR. CONGRESO DE LA REPUBLICA; 2015. artículo 8, inciso a y b. 15
10. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Lima: Ministerio de Salud; 2007.P. 15, 17
11. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO: MARCO CONCEPTUAL PÚBLICAS Y LA ACCIÓN DEL ESTATAL PARA LAS POLÍTICAS ADO PÚBLICAS Y LA ACCIÓN DEL ESTADO. Lima: Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2016.P. 11,13,21,22, 28, 85
12. NÚÑEZ MOLINA WALDO FRANCISCO, CASTILLO SOLTERO MARÍA DEL PILAR Violencia Familiar, 2Ed.Legales; Perú 2014.P. 65
13. PAZ RODRÍGUEZ, JUAN IGNACIO (2012). Las distintas designaciones que se han empleado para denominar a la violencia contra las mujeres y la relación entre ellas. Sevilla P. 2- 3
14. RESOLUCIÓN WHA49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud No. 49. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
15. SÁNCHEZ PALACIOS 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 pregrado] Lima; Universidad Mayor de San Marcos, 2016. P. 8 , 9, 28

Hemerografía

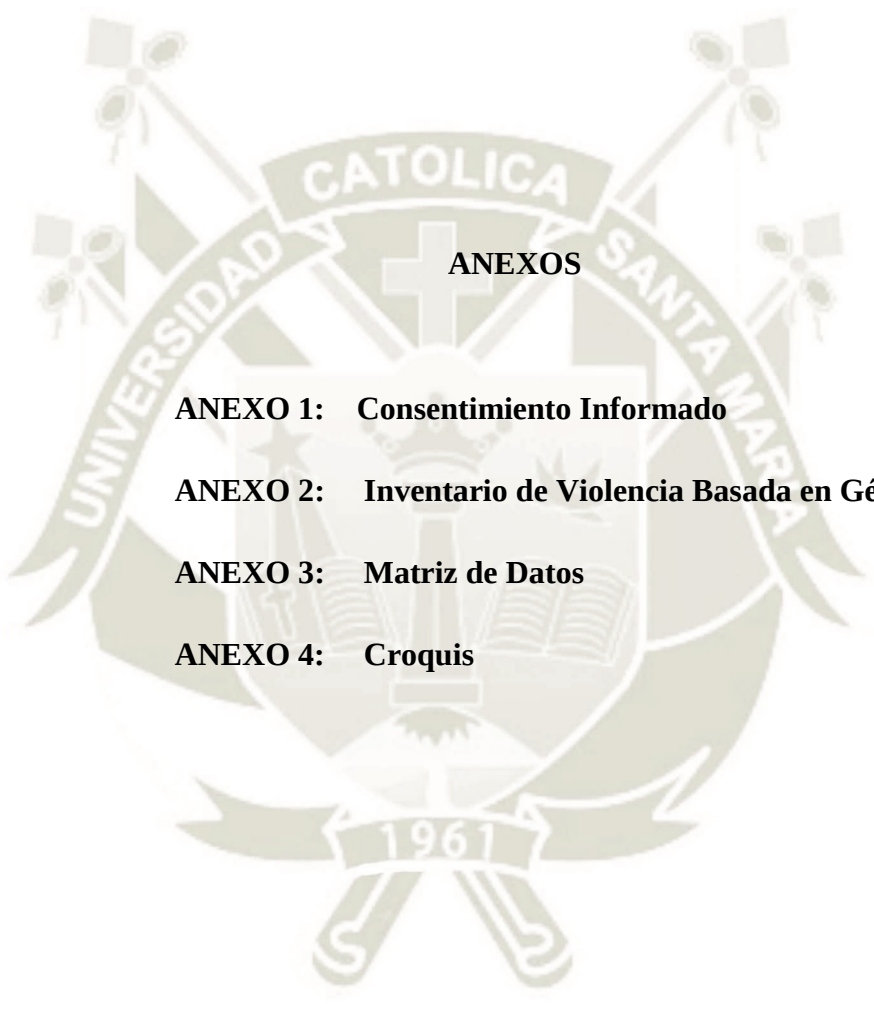
16. ALEMÁN M, VERNAZ D, TILLI G, MAZUR V, SAMMARTINO B, Marconi A, Pannia K, Antman J. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires. Rev Argent Salud Pública, Vol. 1 - N° 5, diciembre 2010
17. BOTT S, GUEDES A, CLARAMUNT 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 02 de marzo del 2017]. Disponible en: www.ippfwhr.org
18. CORSI J. La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. J Chem Inf Model. 2013; 53(9):1689–99. P.1696.
19. WALKER et al. “Adult health status of women HMO members with histories of childhood abuse and neglect (“Estado de salud de mujeres adultas, miembros HMO con historias de abuso y negligencia en la niñez”). American Journal of Medicine, 107(4): 332-339, 1999.

Informatografía

20. 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

21. ONU MUJERES: CAUSAS, FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN. [en línea] 2016. [Fecha de acceso 17 de febrero 2017]
URL disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/300-causas-factores-de-riesgo-y-de-proteccion.html>
22. NI UNA MENOS: las alarmantes cifras del feminicidio en el Perú [en línea]. Perú: América Noticias; 2016. [fecha de acceso 25 enero 2017].
URL disponible en :
<http://www.americatev.com.pe/noticias/actualidad/niunamenos-alarmanentes-cifras-feminicidio-peru-n242469>
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: Violencia contra la mujer [en línea]. 2016. [Fecha de acceso 5 de febrero 2017] URL disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
24. 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>
25. ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS: [Internet] Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belem Do Para” 14 agosto 1995 [Fecha de acceso 20 de agosto 2017]; disponible en:
<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
26. Compendio de Normas Aprobado Consejo Directivo Nacional del Colegio de Obstetras del Perú Lima, 15 de mayo del 2012 VI Edición [Fecha de acceso 02 de septiembre 2017]; Web Site:
27. www.colegiodeobstetrasdelperu.org. P.68, 76, 77, 79, 118.

28. EISER, J. Richard Psicología Social. Pirámide S.A. (2007). Pp 50
29. YOUNG, K. J.C. Flügel y otros “Psicología de las Actitudes” de– Editorial Paidós SA (2010) Pp 74
30. RODRÍGUEZ K. Ángel. Psicología de las actitudes y estructuras cognitivas. Colección Universitaria Universidad Nacional de San Luis. Ed. Online. <http://es.scribd.com/doc/37676022/ActitudesRodriguez-Kauth-Unidad-3#scribd> (2005). Pp 6,7 (19).
31. CAMPBELL, D.T: «Social Attitudes and other acquired behavioral dispositions». En Koch, S. (Dir.): Psychology: A Study of Science. Vol. 6. Nueva York: McGraw-Hill. (2009). The Joseph Campbell Foundation Website Pp 88 (20).
32. CRESPO, Eduardo. Introducción a la Psicología Social. (1997) ISBN 978-0-15-101098-1 Pp 22.



ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado

ANEXO 2: Inventario de Violencia Basada en Género

ANEXO 3: Matriz de Datos

ANEXO 4: Croquis

ANEXO 1: “Estudio comparativo del nivel conocimiento relacionadas a las actitudes sobre la violencia basada en género en obstetras que laboran en los Centros De Salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata Arequipa, enero a mayo 2018”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en el trabajo de Investigación Titulado **“Estudio comparativo del nivel conocimiento relacionadas a las actitudes sobre la violencia basada en género en obstetras que laboran en los Centros De Salud Maritza Campos Díaz y Ampliación Paucarpata Arequipa, enero a mayo 2018.”**

Reconozco que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente voluntaria y habiendo sido informada(o) del propósito del mismo, así como los objetivos y teniendo la plena confianza de que la información que brinde será solo y exclusivamente para fines de la investigación, asegurando mi confidencialidad, acepto los términos y condiciones.

FIRMA

ANEXO 2:

**INVENTARIO DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO ELABORADO
POR SANCHEZ PALACIOS, LINDA ARLENY**

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: (1) 21-39 años (2) 40-54 años (3) 55-65 años
2. Sexo: (1) Hombre (2) Mujer
3. Estado civil: (1) Soltero (2) Casado (3) Conviviente (4) Separado o Viudo
4. Centro de trabajo: _____
5. Área de trabajo: _____
6. Tiempo laboral: _____

B. CONOCIMIENTOS DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

7. ¿Sabe si en su establecimiento de salud se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de violencia basada en género (VBG)?

- (0) No (1) Si

8. ¿Conoce el protocolo de actuación de atención primaria para la atención sanitaria para la violencia basada en género (VBG)?

- (0) No (1) Si

9. ¿Cuál de los siguientes conceptos es la más exacta para definir la de violencia basada en género (VBG)?

- (1) Grave problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.
- (2) Acción violenta contra el natural modo de proceder.
- (3) Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer.
- (4) Violencia física y sexual que incluye tanto a hombres como a mujeres en la cual, la mujer es usualmente la víctima.

(5) Una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género, que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones.

10. Marque los tipos de manifestación de VBG según la guía técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género.

- (1) Violencia física, psicológica y sexual
- (2) Violencia física y sexual
- (3) Violencia psicológica, abuso sexual, abandono o negligencia.
- (4) Violencia física, psicológica, sexual, abuso sexual, abandono o negligencia, hostigamiento.
- (5) Hostigamiento, abuso sexual, violencia psicológica.

11. Según los últimos reportes estadísticos, el tipo de violencia de género más frecuente es:

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

12. Las clases sociales que se asocian más a la violencia basada en género son:

- (1) Solo alta
- (2) Solo baja
- (3) Solo media
- (4) Cualquier clase social

13. ¿Cuál es la forma de violencia psicológica ejercida contra la mujer más frecuente?

- (1) Celos
- (2) Infidelidad
- (3) Amenazarla con hacerle daño
- (4) Impedir que la visite sus amistades
- (5) Controlarla o manipularla

14. Según las disposiciones legales ¿sabe Ud. quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes?

- (1) Solo la persona perjudicada.
- (2) La mujer violentada y su representante legal
- (3) Solo el personal de salud que ha hecho la detección del hecho.
- (4) El Ministerio Público de oficio.
- (5) La persona perjudicada o cualquier otra a su favor (familiar y/o profesionales de salud y educación).

15. ¿Cuál de las siguientes premisas no forma parte del marco normativo de la violencia basada en género?

- (1) Constitución política del Perú.
- (2) Código Civil.
- (3) Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- (4) Ley general de salud.
- (5) Ley de prevención y sanción del hostigamiento sexual.

16. De acuerdo a los últimos reportes estadísticos ¿cuál es la institución a donde más acuden las mujeres para comunicar que han sido violentadas?

- (1) Fiscalía
- (2) Comisaría
- (3) DEMUNA
- (4) Establecimiento de Salud
- (5) Juzgado

17. ¿Qué factor no influye en la violencia basada en género?

- (1) alcohol y drogadicción
- (2) Formalización conyugal
- (3) Antecedentes de abusos anteriores
- (4) Nivel de educación bajo
- (5) Actitudes que justifican violencia contra la mujer

18. ¿Cuáles son las consecuencias a la salud que puede provocar la VBG?

- (1) Infección por VIH y embarazo no deseado
- (2) Diabetes emotiva e infecciones de transmisión sexual
- (3) Aborto y sobre peso

(4) Anemia y problemas ginecológicos.

(5) Todos los anteriores

C. ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

19. Durante el desarrollo de sus labores extramurales, ¿promueve actitudes de defensa en contra de la violencia basada en género?

- a. Siempre
- b. Regularmente
- c. Nunca

20. ¿Brinda orientación y consejería sobre las manifestaciones de la VBG y las redes de apoyo existentes?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

21. ¿Realiza el tamizaje de VBG en todas sus pacientes que acuden a la consulta?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

22. ¿En su trabajo habitualmente mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico de la violencia basada en género?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

23. ¿Durante su trabajo asistencial, ante una paciente con lesiones físicas plantea un posible diagnóstico de violencia basada en género?

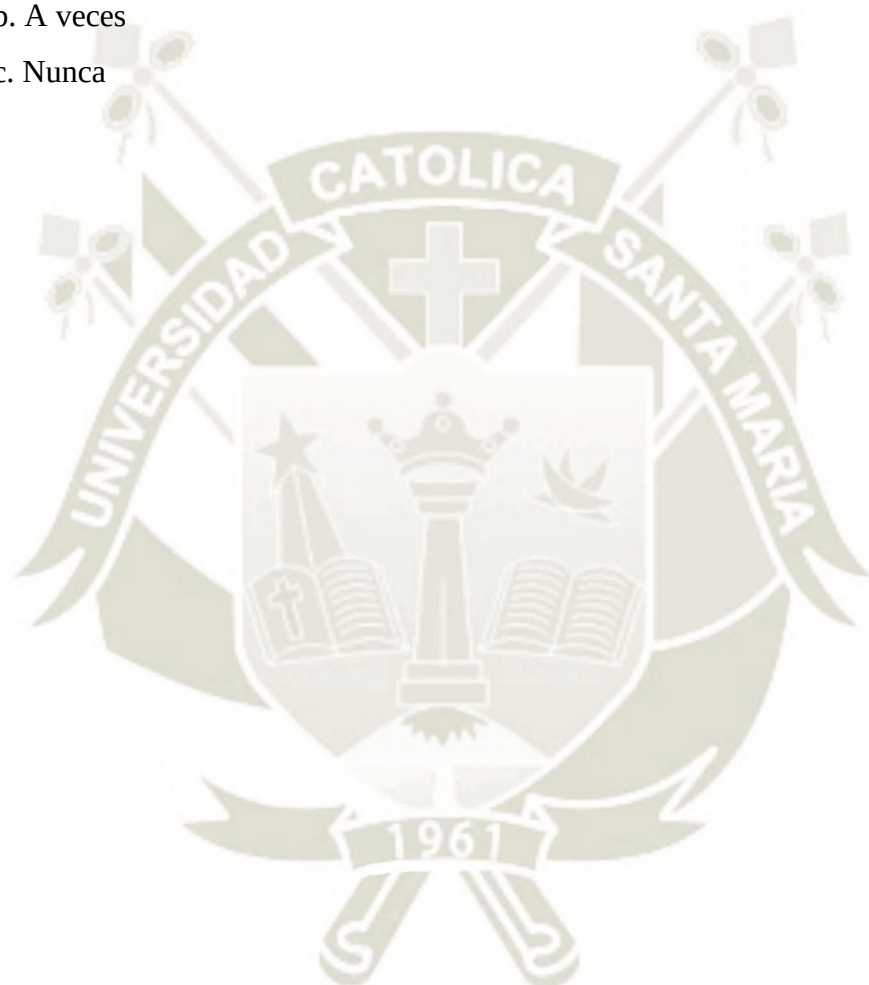
- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

24. ¿Aplica el protocolo de VBG en su trabajo?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

25. ¿Tras la detección de un caso de violencia de género realiza seguimiento?

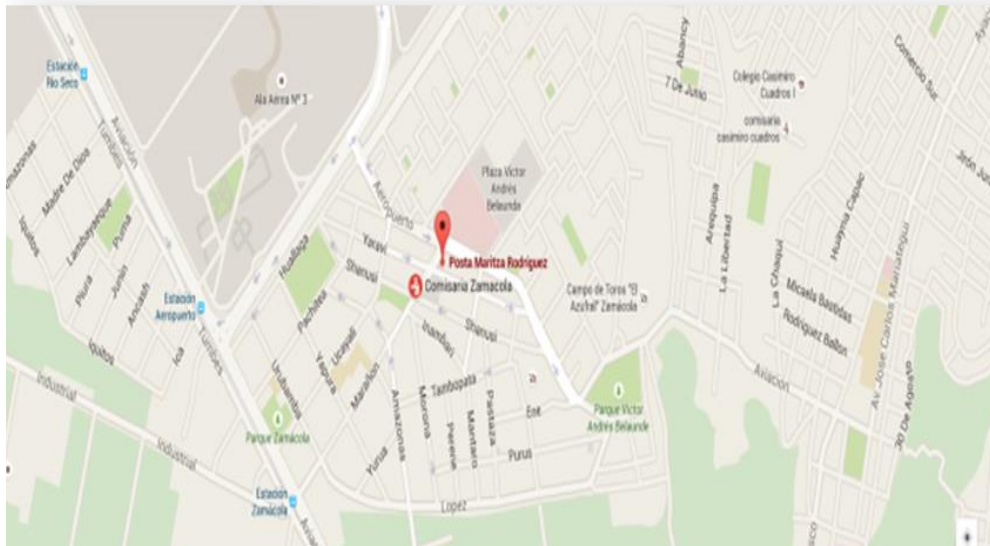
- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca



ANEXO 3: MATRIZ DE DATOS

Centro de estudios	Edad	Sexo	Estado Civil	Labo	P. N° 1	P. N° 2	P. N° 3	P. N° 4	P. N° 5	P. N° 6	P. N° 7	P. N° 8	P. N° 9	P. N° 10	P. N° 11	P. N° 12	P. N° 13	P. N° 14	P. N° 15	P. N° 16	P. N° 17	P. N° 18	P. N° 19	P. N° 20	P. N° 21	P. N° 22	P. N° 23	P. N° 24	P. N° 25	Conocimi	actitude	Total		
Centro de estudios de Trampo Labo	1	55-65	F	Casada	1	32	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	10	6	16	
	2	21-39	F	Conviviente	1	.	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	14
	3	40-54	F	Conviviente	1	10	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	6	12
	4	21-39	F	Casada	1	12	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	6	14
	5	40-54	F	Casada	1	3	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	7	5	12
	6	40-54	F	Soltera	1	15	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	7	15
	7	40-54	F	Casada	1	15	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	5	3	8
	8	40-54	F	Casada	1	25	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	7	6	13
							8	6	1	2	4	8	3	7	2	5	4	8	5	7	8	6	8	8	4									
Ampliacion Paucarpata	1	55-65	F	Soltera	2	33	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	6	13
	2	40-54	F	Casada	2	15	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	7	14
	3	55-65	F	Casada	2	30	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	8	6	14
	4	55-65	F	Soltera	2	29	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	6	13
	5	40-54	F	Casada	2	.	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	6	14
	6	40-54	F	.	2	.	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	7	16
	7	40-54	F	.	2	.	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	7	4	11
	8	40-54	F	Casada	2	.	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6	4	10
							8	8	0	4	2	8	6	5	1	4	6	6	4	7	8	6	7	1	6									

Centro de salud Maritza Campos Diaz



Centro de Salud Ampliación Paucarpata

