

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
NUEVOS TIEMPOS, NUEVAS IDEAS
ESCUELA DE POSGRADO
Dr. Luis Claudio Cervantes Liñán



DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

TESIS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y CONDUCTAS DEL
PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LAS VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO SERVICIOS DE EMERGENCIA,
MINSA, LIMA- METROPOLITANA**

Presentado por:

JUANA GLADYS MEDINA MANDUJANO

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
SALUD PÚBLICA**

ASESOR DE TESIS: DR GLENN LOZANO ZANELLY

2012

A DIOS

*Gracias al todo poderoso, por darme
salud, permitir que logre mis objetivos
y que concluya con este trabajo.*

*A mi familia que me han apoyado y alentado
para el logro de mis objetivos*

*A mis alumnas del pregrado y el posgrado de la
Facultad de Ciencias de la Salud quienes son
el impulso permanente para capacitarme.*

Agradecimiento

Al Dr .Glenn Lozano Zanelly con gratitud por su cooperación y valiosa asesoría brindada en la presente investigación.

A mis colegas de los servicios de emergencia por el apoyo, comprensión y cariño que me han brindado en la realización de este trabajo.

A todos mis amigos que en forma desinteresada han contribuido para que pueda desarrollar el presente estudio.

Reconocimiento

A la Universidad Inca Garcilaso de la Vega por darme las posibilidades de desarrollo profesional brindándome las herramientas académicas para obtener el Grado de Doctora en Salud Pública.

A la Universidad Nacional del Callao por el valioso apoyo en los estudios y en la ejecución de la presente Tesis.

INDICE

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo I: Fundamentos Teóricos.	11
1.1 Antecedentes de la Investigación	11
1.2. Marco Teórico	24
1.2.1 Marco Histórico	24
1.2.2 Marco Normativo	26
1.2.3 Bases Teóricas	26
1.2.3.1 El conocimiento.-Conducta actitud	27
1.2.3.2 Rol de Género –Violencia	28
1.2.3.3 Personal de salud y Violencia	34
1.2.3.4 Las instituciones de salud y la atención a las víctimas de violencia de género	36
1.2.4. Marco Filosófico	39
1.2.5. Marco Conceptual	57
Capítulo II: El Problema de Investigación	
2.1. Descripción de la realidad problemática	60
2.2. Delimitación de la investigación	62
2.3. Planteamiento del problema	63
2.3.1 Problema Principal	63
2.3.2 Problemas Específicos	64
2.4. Los objetivos de la investigación	66
2.4.1 Objetivo General	66
2.4.2 Objetivo específico	66
2.5. La hipótesis de la investigación	67
2.5.1 Hipótesis General	67
2.5.2 Hipótesis Específicos	
2.6. Las variables y los indicadores	
2.6.1 <i>Variable Independiente</i>	68
2.6.2 Variable Dependiente	68
2.6.3 Definición operacional de variables	68
2.7. Justificación e Importancia del Estudio	68
Capítulo III: Metodología	
3.1. Tipo y diseño de investigación	69

3.2. Población y muestra	70
3.2.1 Población	
3.2.2 Muestra	72
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
3.3.1 técnicas	73
3.3.2 Instrumentos	74
3.3.3 Validación del instrumento	75
3.4. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	
4.1. Presentación de Resultados	76
4.1.1 Análisis Descriptivo de los ítems de la encuesta	77
4.1.2 Resultados Descriptivos de Variables	78
4.1.3 Resultados correlación de variables	118
4.2. Contratación de hipótesis	130
4.2.1 <i>Contratación de Hipótesis General</i>	131
4.2.2 Contratación de Hipótesis Especifico	131
4.3. Discusión de resultados	133
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.	
5.1. Conclusiones	145
5.2. Recomendaciones	147

BIBLIOGRAFÍA
ANEXOS

RESUMEN

Los servicios de emergencia de las instituciones de salud suelen ser los establecimientos donde acuden a atenderse las mujeres víctimas de violencia de género (VG), sin embargo, solo el 1% aproximadamente del problema de violencia es identificado por los profesionales de salud quienes limitan su atención a tratar las dolencias físicas sin vincularlas a la violencia. .Objetivo general: Determinar la relación de los conocimientos, actitudes y conductas de los médicos y enfermeras en la atención a la mujer victima de VG en los servicios de emergencia en Lima Metropolitana. Método descriptivo, analítico, correlacional, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 142 médicos y 56 enfermeras seleccionados en forma aleatoria en 5 hospitales de Lima MINSA. El instrumento es un cuestionario validado prueba de pearson ítem > 0.2 , para la confiabilidad se aplica la prueba alfa de cronbach = 1. El procesamiento mediante el programa excell y el paquete estadístico SPSS versión 17, el grado de significación se calculó con el método delJi cuadrado. Resultados: El conocimiento de médicos y enfermeras sobre VG es de medio a escaso, la conducta frente a la víctima es deficiente, prevalece la actitud media hacia la violencia de género siendo mayor el rechazo en las enfermeras que en los médicos evidenciándose cierta permisividad a la VG en algunos aspectos, . Existe relación significativa entre conocimiento , actitud con la conducta adoptada por los médicos frente a la victimas de VG, hay relación significativa entre la actitud y la conducta de enfermeras, no hay relación entre el conocimiento y la conducta de enfermeras frente a la VG . No existe relación entre la capacitación recibida por médicos y enfermeras con el manejo que brindan a las víctimas de VG. Conclusión -La conducta de médicos y enfermeras frente a la violencia de género responde más a la actitud que tienen del problema que a conocimientos adquiridos. Se hace necesario implementar medidas de capacitación con métodos innovadores a fin de que se creen competencias para la detección y manejo de la violencia de género.

Palabras claves: Violencia de Género , profesionales de la salud ,conocimientos, actitudes ,conductas.

ABSTRACT

The emergency services of health institutions are usually the establishments where women victims of gender violence (VG) attend, however, only about 1% of the problem of violence is identified by health professionals who limit their Attention to treating physical ailments without linking them to violence. General objective: Determine the relationship of knowledge, attitudes and behaviors of doctors and nurses in the care of women victims of VG in the emergency services in Metropolitan Lima. Descriptive, analytical, correlational, cross-sectional method. The sample consisted of 142 doctors and 56 nurses selected randomly in 5 hospitals of Lima MINSA. The instrument is a questionnaire validated pearson test item > 0.2, for the reliability is applied the alpha test of cronbach = 1. Processing through the program excell and the statistical package SPSS version 17, the degree of significance was calculated with the method of Chi square. Results: The knowledge of doctors and nurses about VG is medium to low, the behavior towards the victim is deficient, the average attitude toward gender violence prevails, the rejection being greater among nurses than among doctors, and a certain permissiveness to the VG in some aspects,. There is a significant relationship between knowledge, attitude and the behavior adopted by physicians in relation to victims of VG, there is a significant relationship between the attitude and behavior of nurses, there is no relationship between knowledge and the behavior of nurses in relation to VG. There is no relationship between the training received by doctors and nurses with the management they provide to VG victims. Conclusion -The behavior of doctors and nurses against gender violence responds more to the attitude they have of the problem than to the knowledge acquired. It is necessary to implement training measures with innovative methods in order to create competences for the detection and management of gender violence.

Keywords: Gender Violence ,health professionals , knowledge ,activities ,behaviors.

INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género (VG) es un problema social que se ha ido incrementando en el Perú en forma alarmante convirtiéndose en un problema de salud pública.

La agresión contra las mujeres se da en todos los estratos sociales sin distinción, en sus diversas formas física, psicológica y sexual.

La desigualdad de recursos y asimetría de poder, todavía existente en la relación de género, repercute en la salud de las mujeres , que como sabemos, constituyen el 70 % de los pobres en el mundo.

La violencia ejercida contra la mujer es tanto la consecuencia como la causa de la desigualdad.

En Lima Metropolitana, 1 de cada 5 mujeres sufre abuso o maltrato en forma sistemática.

Los establecimientos de salud son los lugares donde suelen acudir las víctimas de violencia, ya sea con afecciones orgánicas colaterales cefaleas, artralgias, o con daños severos producto de la violencia. Los servicios de emergencias son los áreas dentro del sistema de salud donde mas se reciben a las víctimas cuando el daño es significativo y ha trascendido las molestias psicósomáticas que originan la violencia en sus diferentes formas , física , psicológica. Los médicos y enfermeras de las instituciones de salud son los primeros profesionales que tienen la oportunidad de identificar y manejar la atención de las víctimas desde su rol profesional.

La violencia es un problema que por tocar fibras de la intimidad personal y familiar no es comunicada en forma espontánea ,la conducta usual de las víctimas de violencia es disimular el problema, sin embargo, ellas esperan que sea el personal que indague para manifestar su problema, necesitan ser guiadas y apoyadas no solo en la resolución de las molestias físicas sino que se les brinde atención a su problema real como la transferencia adecuada a los niveles de atención del problema que están padeciendo.

El personal de salud debe estar entrenado para abordar el problema en forma profesional a fin de identificar, orientar a la agredida y brindarle el apoyo que necesita.

El MINSA como órgano rector en salud ha diseñado guías de atención de la mujer con violencia para direccionar la conducta de los profesionales hacia una atención basada en criterios técnicos y científicos, sin embargo, se aprecia que los casos identificados de violencia de género es el 1 % aproximadamente de lo que se da en la población.

¿Cuáles son los factores que limitan la atención de los profesionales de la salud frente a las víctimas de VG? , es necesario indagar hasta qué punto el desconocimiento del problema es el factor que impide mejorar la atención, o hasta qué punto puedan existir condicionamientos culturales en los profesionales que propician actitudes no favorables hacia la violencia de género , rezagos de creencias de arraigo ancestral sobre el rol de género que puedan condicionar conductas en los proveedores de salud que necesitan ser descubiertas y tratadas porque que impiden el manejo efectivo del problema de violencia contra la mujer.

El objetivo principal de la presente tesis es determinar la relación del conocimiento, actitudes y conductas de los profesionales médicos y enfermeras frente a la víctimas de violencia de género (VG) en los servicios de emergencia MINSA de Lima Metropolitana , dentro de este marco en primer lugar se describe específicamente el conocimiento , la actitud y conducta de los profesionales de los profesionales de la salud frente a la mujer víctima de violencia de género y se relacionan el conocimiento y la actitud con la conducta encontrada según se establece en las hipótesis de estudio.

En el Capítulo I: Se plantea el problema se describe la realidad problemática.

Capítulo II: Se describen el fundamento teórico de las variables y dimensiones de las variables de estudio.

Capítulo III: En este capítulo se describe el método, población, extracción de la muestra, ámbito de donde se realiza el estudio y técnicas de recolección de datos.

Capítulo IV: Presentación en tablas y gráficos de los resultados obtenidos, análisis descriptivo y asociativo de las variables, discusión y contrastación de los resultados con otros estudios de realidades similares a la nuestra.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones del estudio con los aportes de la investigación.

CAPÍTULO I

I.- FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1 Antecedentes de la Investigación.

A través de la revisión bibliográfica se constataron algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio, tanto en el ámbito nacional como internacional.

Rodríguez Rosibel. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. (México, 2005) estudio correlacional para determinar la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género (VG), así como los factores relacionados con dicha actitud. Asimismo, conocer las barreras para tal identificación y referencia, y evaluar el nivel de conocimiento sobre las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar entre el personal de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal entre el personal de salud de 5 de los 17 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) de Nicaragua: médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería ($n=213$). **Conclusiones.** a que llega son: En general, el personal de salud presentó valores altos en la actitud de rechazo hacia la VG, sin embargo, se identificaron barreras que indican la persistencia de creencias tradicionales como la de considerar el problema de la violencia un asunto privado. Por esta razón, para que en la práctica se observe un cambio significativo, es importante que se consolide la capacitación sobre el tema con una perspectiva de género en las escuelas de medicina.

Coll Blanca. El personal no percibe la violencia doméstica como un problema de salud Gaceta sanitaria, Barcelona España-2008.

Objetivo: Evaluar la opinión del personal sanitario de nuestro hospital frente al fenómeno de la violencia doméstica.

Métodos: Estudio descriptivo de prevalencia, utilizando un cuestionario diseñado ad hoc. Se preguntó a 321 profesionales, seleccionados aleatoriamente, acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud.

Resultados: Respondieron 287 profesionales. La mayoría de encuestados (87,1%) consideró que era un problema importante, pero no lo consideraban un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general, valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes. El personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico.

Conclusiones: Los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema.

Méndez Pablo. Violencia contra la mujer: Conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México 2004.

Objetivo. Evaluar la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, México, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, así como identificar las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas.

Material y métodos. De septiembre a diciembre de 1999 se realizó un estudio transversal mediante un cuestionario de autoaplicación que se proporcionó a 269 médicos y médicas generales, especialistas y estudiantes de pre y posgrado que laboran en 30 unidades de salud, de primer y segundo nivel de atención, del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos.

Resultados. El 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer. La actitud capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron.

Sobre el nivel de conocimiento acerca del tema, 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% medio y 16% alto. En el personal médico, con nivel de

conocimiento medio y alto, se observó 2.1 y 6 veces –respectivamente– una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos de mujeres maltratadas en comparación con el personal con nivel de conocimiento bajo. Las médicas mostraron 2.3 veces mejor actitud para identificar y canalizar mujeres maltratadas. El personal médico con interés por capacitarse en el tema mostró 7.6 veces mejor actitud que el personal no interesado.

Conclusiones. El personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta.

Pontecorvo Carla. Violencia doméstica contra la mujer .Una encuesta en consultorios de atención primaria .Buenos Aires, 2004.

Objetivo: Estimar la prevalencia de violencia basada en género (VBG) en las mujeres que se atienden en el Programa de Medicina Interna General (PMIG) y comparar la frecuencia de detección de VBG bajo diferentes modalidades de encuesta. Se utilizó una muestra consecutiva de mujeres mayores de 18 años de edad que concurren al PMIG y aceptaron participar.. La edad promedio de la población fue 45.4 años, el 33 % poseía mas de 7 años de educación formal, el 48% no convivía en situación de pareja, el 56% tenía trabajo. Ciento veinte mujeres (44.4%) refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en su vida. Ciento ocho informaron violencia psicológica, 53 violencia física y 45 violencia sexual. Cuarenta y seis mujeres (17.5%) relataron haber sufrido violencia sexual en la niñez. Cuarenta (14.8%) refirieron sufrir violencia en la actualidad. Las mujeres que respondieron la encuesta en forma anónima referían haber sufrido VBG con una frecuencia significativamente menor que las otras ($P < 0.005$). Al 93% de las encuestadas (219 mujeres) ningún médico les había preguntado sobre VBG en su vida. En conclusión, existe una alta prevalencia de VBG en la población encuestada.

Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians Reponse to Domestic Violence. Opening Pandora´s Box. JAMA, 1992.

OBJECTIVO: Explorar las experiencias médicos de atención primaria con las víctimas de violencia en el hogar para determinar las barreras para reconocimiento del problema y la intervención en el ámbito de la atención primaria. **DISEÑO:** Etnografía, un método de investigación cualitativa, realizada con el uso de composición abierta, entrevistas semi estructuradas. **AJUSTE:** Una organización de mantenimiento de salud urbano, la población de ingresos medios. **Participantes:** Treinta y ocho médicos, sobre todo los médicos de familia (89%), fueron entrevistados. **Resultados:** El análisis de las entrevistas reveló lo que los médicos encontraron al explorar la violencia doméstica en el ámbito clínico, fue similar a "abrir la caja de Pandora". Sus temas incluyen la falta de comodidad, el miedo de ofender, impotencia, pérdida de control, y las limitaciones de tiempo. **Conclusión:** Este estudio reveló varias barreras que los médicos percibían como evitando que se produzca con comodidad víctimas de violencia doméstica. Estas cuestiones deben abordarse en los programas de formación. Los estudios futuros deben hacerse para evaluar la generalización de estos hallazgos a otros grupos de médicos.

Ramsay J. Should health professionals screen women for domestic violence? systematic review. Department of General Practice and Primary Care, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, London E1 4NS2002. **Objetivo:** Evaluar las pruebas para la aceptabilidad y eficacia del cribado de las mujeres la violencia doméstica en los centros asistenciales. **Diseño:**cuantitativo. **Estrategia:** Revisión de tres bases de datos electrónicas (Medline, Embase y CINAHL) en busca de artículos publicados en el idioma Inglés hasta febrero de 2001. Los estudios incluyen: Las encuestas que provocó la actitud de las mujeres y los profesionales de la salud en el tamizaje de mujeres en centros de salud, estudios comparativos realizados en establecimientos de salud que midieron las tasas de identificación de la violencia doméstica en la presencia y ausencia de tamizaje, los estudios de medición de los resultados de las intervenciones para mujeres identificadas en centros de salud

que sufren abusos por parte de una pareja o ex pareja en comparación con las mujeres maltratadas que no reciben una intervención.

Mendoza, Eugenia. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género, México 2004. *Objetivo*: Identificar los conocimientos y las actitudes sobre la violencia de género (VG), así como las barreras personales e institucionales existentes en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" , con el fin de identificar necesidades de capacitación del personal. Estudio transversal, observacional y analítico. La población seleccionada fueron enfermeras que estuvieron en contacto con mujeres que acudieron a una institución de salud reproductiva de tercer nivel de atención. *Resultados*: Participaron 136 enfermeras (tasa de no-aceptación de 9.4%). El promedio de edad fue 37 años, no tenía pareja 52.9% de las encuestadas, la proporción de enfermeras generales fue 51.5%, tenían estudios carrera técnica postsecundaria 47.1% y laboraban en el turno matutino 54.4%. El conocimiento sobre la VG del personal fue 92.6% nulo a bajo y 7.4% medio. Los factores asociados con la actitud cognitiva y conductual de rechazo con la VG fueron: tener edad de 23 a 35 años , familiares con violencia y nivel de bachillerato . El ser autora de violencia tiene una actitud afectiva desfavorable hacia la VG (OR 5.30 IC 95% 11.08–25.88). Las barreras institucionales y personales para la identificación de los casos de VG, fueron 74.3%.

Hijar MC. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México. Salud Mental México 2002 . *Objetivo*: identificar las causas de la demanda de atención a los servicios hospitalarios de urgencia de la Ciudad de México, ocasionadas por lesiones intencionales debidas a distintos tipos de hechos violentos. *Métodos*: Se utilizó un diseño transversal en el que la unidad de observación y análisis fueron las personas que debido a lesiones intencionales demandaron atención a los servicios hospitalarios de urgencia ubicados en diversas zonas de la Ciudad de México.

Se categorizó el tipo de violencia de la forma siguiente: a). Asalto o robo b) Riña o agresión c). Intrafamiliar: Cuando la lesión fue provocada en cualquier sitio por los cónyuges o familiares, independientemente del nivel de parentesco. d) Lesiones Autoinfligidas.

Resultados: Total de los casos 598, distribuidos: 46.0% se debieron a riñas o agresiones, seguidas de las lesiones provocadas por asalto o robo, las cuales constituyeron 28.6% del total de la muestra. En ambos tipos de violencia, el sexo masculino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$), así como los jóvenes de 15 a 24 años; la vía pública fue el sitio en el que ocurrieron más frecuentemente.

La violencia intrafamiliar representó 19.6% del total de la muestra; en este caso, el sexo femenino fue significativamente el más afectado ($p < 0.0001$) en las edades comprendidas entre los 25 y los 34 años; la pareja fue el agresor y el hogar fue el sitio en el que ocurrió la mayoría de los casos. Es importante mencionar que en toda la muestra de mujeres, este tipo de violencia fue el más frecuente, siendo la causa de 67% de las lesiones atendidas en este grupo, mientras que en los hombres sólo ocurrió en 7.6% de los casos. Las lesiones provocadas por intentos de suicidio constituyeron el menor porcentaje, con sólo 28 casos distribuidos de manera similar entre hombres y mujeres; el hogar fue el sitio en el que más ocurrieron. La violencia intrafamiliar es el tipo de violencia que provocó el mayor número de casos graves, ya que 64% de los casos registrados en esta categoría requirieron de hospitalización o fallecieron por envenenamiento con sustancias sólidas o líquidas.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1. Marco Histórico

La violencia de género tiene raíces remotas, nace de la subordinación de la mujer a la voluntad del varón, subordinación con raíces profundas e institucionalizadas en las diversas culturas.

En el antiguo Imperio Romano la figura del paterfamilia nos muestra la estructura familiar vertical que imperaba. El paterfamilia encarnaba a la autoridad suprema en la familia, las mujeres permanecían de por vida subordinadas al poder masculino, entre el padre, el suegro y el esposo **(1)**.

A pesar de la antigüedad de la violencia de género el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos es algo reciente, se le ha sindicado además como un problema de salud pública y como un tema que reviste una grave amenaza para el desarrollo de un país **(2)**.

En 1974 se creó el CONAMUP, (Comisión Nacional de la mujer Peruana) el primer espacio de reflexión de la problemática femenina y el abordaje de la violencia.

En 1979 en que las Naciones Unidas aprobaron la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, se han llevado a cabo un gran número de reuniones internacionales con el propósito de discutir el tema y de buscar mecanismos de protección para cautelar los derechos de las mujeres **(3)**.

En el Perú los movimientos feministas plantearon demandas al Estado para que se reconozca, legisle, regule y cree políticas para garantizar una vida libre de

violencia para las mujeres. Es así que en el primer manifiesto del movimiento feminista de 1981 se evidencia el ámbito familiar como un espacio histórico de subordinación, por lo que se plantea su atención mediante políticas públicas que

promuevan la igualdad y la justicia, pero que respeten las diferencias y especificidades. Es precisamente éste, el espíritu fundacional que le dota el movimiento a políticas como la creación de una delegación policial especializada. Hacia 1983 se crea la Casa Municipal de la Mujer, en el Municipio de Lima Metropolitana, esta iniciativa, no fue lo suficientemente institucionalizada, se debilita y desaparece con el cambio de gobierno municipal

Las primeras comisarías especializadas en defender a mujeres maltratadas se instalaron el 12 de junio de 1988 iniciando sus actividades el 12 de agosto dedicadas a la recepción, investigación y denuncias de situaciones de maltrato físico y psicológico a mujeres por parte de su pareja, fue la primera respuesta formal y acción concreta frente a la Violencia de género después de las leyes para enfrentar el problema. Las comisarías contaban con oficiales mujeres para asegurar un trato adecuado y que las denuncias de las víctimas fueran tomadas en serio **(4)**.

Es durante la década de 1990 en la cual se realizan una serie de reuniones alrededor de Naciones Unidas en donde se firman y luego ratifican protocolos, tratados y convenciones para la defensa de los derechos humanos de las mujeres como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar toda forma de Violencia contra la Mujer, la cual reconoce el derecho a una vida libre de violencia tanto en el ámbito público como en el privado **(5)**.

Bajo el régimen de Alberto Fujimori, el Congreso Constituyente Democrático aprobó en 1993 la ley 26260 que condenaba la violencia familiar, pero sin especificar qué casos constituyen maltratos físicos y psicológicos.

A partir de 1997, la ley obligaba a las partes en conflicto a usar la conciliación antes de recurrir a un juicio. De esta manera, se impedía el acceso directo a la justicia para las mujeres, luego mediante la modificación de la ley de conciliación en el año 2002 esta se elimina para casos de violencia de género.

El Ministerio de Salud del Perú y la Organización Panamericana de la Salud (1999) estiman que las denuncias hechas en el Perú entre 1989 y 1996, es sólo el 20% de la problemática.

Durante 1999 se han creado dos módulos de atención contra la violencia familiar en Lima con financiamiento externo. En el caso de las casas refugio, no existe

ninguna casa financiada por el Estado ni recursos para apoyar a las casas existentes.

En el año 2001, sólo en la Comisaría de Mujeres de Lima, recibió un total de 1533 casos de violencia familiar o el Instituto de Medicina legal del Ministerio Público, atendió a 75,213 personas para reconocimientos clínicos asociados a este problema .En Lima Metropolitana 14 delegaciones policiales cuentan con una sección especializada en Mujer **(6)**.

Comisión de la Mujer del Congreso de la República y el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano integraron los alcances y compromisos de la convención en sus planes de trabajo como la creación la creación de una línea telefónica para información sobre los derechos de la mujer agredida y la implementación de módulos de atención integral contra la violencia familiar denominados “Emergencia Mujer”, servicios que posteriormente se incorporarían a las líneas de intervención del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, bajo la denominación de CEM **(7)**.

1.2.2. Marco normativo

- **La Constitución Política Peruana de 1993** nuestra carta magna señala que toda persona tiene derecho a la vida , a su integridad moral, psíquica y física, a su libre desarrollo y bienestar, además, establece el derecho de la persona a no ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni a ser sometida a tortura o a tratos inhumanos o humillantes**(8)**.

La Ley No. 26842, Ley General de Salud, promulgada el 15 de julio 1997 ,en ella se establece que la violencia familiar son problemas de salud pública y salud mental y que la atención a la violencia familiar es responsabilidad primaria de la familia y el estado, y en cuanto a su epidemiología, no se cuenta con un registro nacional único de denuncias, sólo con sub-registros en instancias como: Comisarías, Fiscalías, Centros de Emergencia Mujer u Organismos No Gubernamentales, (Promudeh - Opción 2000).

Ley de Conciliación Nº 26872 en su modificatoria del año 2002 establece la eliminación del proceso de conciliación para casos de violencia familiar, aunque la Defensoría del Pueblo señala que muchos jueces e incluso policías aún la promueven.

-El Acuerdo Nacional, que fue suscrito entre las máximas autoridades del Estado peruano y la sociedad civil; el 22 de Julio del 2002, señala que es “política de Estado prevenir, sancionar y erradicar las diversas manifestaciones de violencia que se producen en las relaciones familiares”.

- Plan Nacional Contra la Violencia Hacia la Mujer 2009-2015,

Se plantea como visión, la construcción de una sociedad que garantiza a las mujeres, sin distinción de edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo, etnia, capacidad, ocupación, orientación sexual u otros, el derecho a una vida libre de violencia; a través del trato digno, del establecimiento de relaciones de igualdad entre mujeres y hombres, y de la eliminación de patrones socio-culturales discriminatorios, en un marco de seguridad y de vigencia plena de los derechos humanos. Objetivos:

1: Garantizar la adopción e implementación de políticas públicas orientadas a enfrentar el problema de la violencia hacia las mujeres, desde un enfoque intersectorial y participativo, en los diferentes niveles de gobierno

2: Garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia basada en género, a los servicios públicos de calidad, incluyendo el acceso al sistema de justicia, salud, entre otros, contribuyendo a superar su condición de víctimas.

3: Identificar y promover la transformación de patrones socioculturales que legitiman, toleran y exacerban la violencia hacia la mujer; con la finalidad establecer nuevas formas de relaciones entre mujeres y hombres. **(9)**.

-Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2006-2010, MIMDES 2006, inspirado en los consensos internacionales de Derechos Humanos. En su segundo objetivo estratégico establece: Mejorar las relaciones entre mujeres y varones con cultura de paz y libre de violencia. Incluye

como metas del Estado Peruano que los gobiernos sub nacionales se involucren para generar opinión pública contraria a la violencia hacia la mujer, que los varones se comprometan en la erradicación de la violencia contra las mujeres, así como que se incremente el número de atenciones, mejorando la calidad de los servicios estatales de atención de la violencia contra la mujer**(10)**.

- **Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2011**, Boletín N° 08, Año1, Octubre 2004, Plan Nacional de Apoyo a la Familia 2004-2001 (Decreto Supremo Nro. 005-2004-MIMDES), incluye en su quinto lineamiento, la promoción de la familia, como artífice de una cultura de paz, promoción de valores y de prevención de la violencia familiar y de otras formas de violencia **(11)**.

- **Decreto Supremo N° 027-2007-PCM**, que define y establece las Políticas Nacionales de obligatorio cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional, señalando en su artículo 2.2 referente a Igualdad de Hombre y Mujeres: Impulsar en la sociedad, en sus acciones y comunicaciones, la adopción de valores, prácticas, actitudes y comportamientos equitativos entre hombres y mujeres, para garantizar el derecho a la no discriminación de las mujeres y la erradicación de la violencia familiar y sexual.

-**Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar 26260** y sus m modificatorias, norma que establece la política del Estado y la sociedad en materia de protección frente a todo tipo de violencia familiar. Define la violencia familiar, establece las medidas de protección, la intervención de la policía nacional, la intervención del Ministerio Público, la intervención judicial, intervención de las Defensorías Municipales del Niño y del Adolescente. Esta ley tiene su Texto Único Ordenado de la Ley (TUO) N° 26260 promulgado el junio 1997 y Ley 27306 que modifica el TUO promulgada el 15 de Julio del 2002. **(12)**.

El Estado peruano ha enfrentado la violencia familiar y sexual suscribiendo los siguientes acuerdos y compromisos de índole nacional e internacional

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) aprobada en 1979, suscrita por el Perú en 1991 y ratificada en 1992.

La Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) aprobada en 1994 en Brasil y ratificada por el Estado peruano en 1996.

Es obligación según la norma, que en todas las comisarías se reciban las denuncias por violencia familiar, la policía tiene la facultad para conducir de grado o fuerza al agresor y poderes al fiscal para determinar medidas de protección inmediata si percibe grave riesgo **(13)**

La Conferencia de Viena 1993, declaró que los derechos de la mujer y la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales y que la violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, inclusive las derivadas de los prejuicios culturales y del comercio internacional, son compatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas.

1.2.2.1 La legislación contra la violencia de género en el Perú y América Latina

La situación de género en América Latina, si bien ha tenido avances en algunos sectores aún persiste la situación de desigualdad, la participación política de las mujeres representan sólo el 20% de los escaños parlamentarios latinoamericanos. En cuanto a recursos, los ingresos de los hombres duplican los de las mujeres en la mayoría de los países de la región, lo que indica que aún no se ha encontrado la igualdad.

Con respecto al desarrollo de la región los principales organismos económicos y políticos representativos de la región afirman que cualquier plan de desarrollo de los países Latinoamericanos encuentra obstáculos si no se han resuelto el problema de la violencia de género.

No es posible alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), si la violencia contra las mujeres amenaza seriamente la meta de poner fin a la pobreza en 2015 **(14)**.

Las características de las políticas en América Latina sobre el problema de Violencia de Género es que las normas no legislan en profundidad el problema.

Así mismo a pesar de los esfuerzos no se articulan en forma efectiva los sectores involucrados para lograr alcanzar metas propuestas.

En el Perú existe un marco legal que trata de normar a la sociedad y sus instituciones frente al Rol de Género, impulsando el papel de la mujer en el ámbito social, laboral político. Se han desarrollado leyes de igualdad de cuotas y contra la violencia de género, y se han creado los mecanismos institucionales para promover la igualdad en el quehacer del Estado.

Aún así, los avances con respecto al género y la violencia no son significativos, las políticas sobre violencia de género se caracterizan por ser muy generales y se constituyen como instrumentos declarativos pero que no han logrado modificar ni contener el avance de la violencia.

Si bien las mujeres actualmente han alcanzado un mayor nivel educativo en el Perú y su participación en el mercado laboral es más y de mejor estatus, estos progresos en algunas áreas son lentos y que muchas situaciones resultan alarmantes.

El Perú ha suscrito Convenios Internacionales para enfrentar la Violencia.

Sin embargo los objetivos que se persiguen no se pueden materializar en la práctica. El maltrato tanto físico como psicológico a la mujer continúa creciendo. Una de las formas más graves del maltrato es el feminicidio o muerte de la mujer en manos de la pareja, este problema está en aumento.

En la legislación Peruana según estudios **(15)** sigue existiendo permisividad en el tratamiento del delito de género.

Existen una serie de vacíos de fondo que permiten que la violencia siga siendo un problema no castigado y terminen en la impunidad.

El feminicidio no está tipificado en el código penal como homicidio calificado contra mujeres, si no como homicidio simple, por lo que el agresor puede salir libre en poco tiempo, o solo recibe sanciones leves.

En sí, la violencia familiar no es considerada delito y por lo tanto solo recibe penas benignas y goza de impunidad.

Las medidas de protección contra la violencia son ineficaces no existe articulación entre los sectores involucrados.

Las leyes no tienen la fuerza para que el agresor cumpla con el impedimento de acoso, no siendo éstas contundentes para que ejerzan protección a la víctima.

En España los Planes Nacionales de Salud norman la prevención e intervención integral en violencia de género, es necesario que en nuestro país en los planes legislativos troncales se regule y norme las actuaciones frente a la violencia de género.

1.2.2.2 Las Políticas del Sector de la Salud para abordar la Violencia en América y el Perú

Las políticas nacionales sobre la violencia deben sensibilizar a los proveedores de salud y a los directivos a fin de que la identificación y abordaje de la víctima aspectos claves en la atención, sea efectiva.

En muchos países que cuentan con políticas de salud relacionadas con la Violencia basada en Género, las políticas no han sido ampliamente divulgadas y existe todavía un gran contingente de trabajadores de salud que no conocen las normas. Los servicios de salud deben prestar atención básica a las víctimas de la violencia, y los proveedores deben coordinarse con otras instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales con el fin de asegurar un enfoque integral de la atención a las víctimas y en las actividades de prevención de la violencia.

Las políticas no han sido preparadas para sensibilizar a los proveedores de salud, no existe claramente la coordinación entre entes involucrados en el problema, llevando una acción aislada que no permite el abordaje ni el manejo eficaz al problema de la Violencia de Género **(16)**.

En América Latina el problema de la violencia de género tiene muchos puntos de coincidencia que permite diseñar estrategias similares, es así, que existen políticas, reformas legislativas, relacionadas con la violencia sexual e intrafamiliar que determinan la función del sector de la salud en la prevención de la violencia, algunas políticas están integradas en el área de salud mental.

En el Perú se han ido incrementando las normas tratando de dar solución al problema pero sin llegar a grandes cambios en los servicios igualmente estas políticas no son socializadas y no llegan a los profesionales de la salud **(15)**.

1.2.3 BASES TEÓRICAS

1.2.3.1. EI CONOCIMIENTO

Es una mezcla de experiencia, valores, información y “saber hacer” que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción **(17)**.

Es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con efectividad determinada” **(18)**.

El conocimiento ha sido definido en muchos aspectos, en su construcción factores y relaciones.

Así mismo se ha definido en torno al efecto del medio en la adquisición de conocimiento.

Para nuestra investigación adaptamos la definición del conocimiento que encamina a la acción, ya que el conocimiento adquirido por los profesionales de salud médicos y enfermeras con respecto a la Violencia de Género puede generar una determinada conducta con respecto a la atención a la mujer maltratada.

a. Características del conocimiento

El conocimiento no se consume como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento; y sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para

cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

a. El conocimiento factual: (19).

Es el que privilegia la memoria reproduciendo en forma lógica a datos y hechos que proporcionan información verbal. se logra por una asimilación literal sin comprensión de la información, no está estructurado los conocimientos previos relativos a dicha información..

b. El conocimiento conceptual :

Es construido abstrayendo su significado esencial o identificando las características definitorias y las reglas que los componen a partir del aprendizaje de conceptos, principios y explicaciones, los cuales no tienen que ser aprendidos en forma literal, del aprendizaje conceptual, ocurre una asimilación sobre el significado de la información nueva, se comprende lo que se está aprendiendo, para lo cual es imprescindible el uso de los conocimientos previos pertinentes que posee el alumno

c. Conocimiento Procedimental

El *saber hacer* o *saber procedimental* es aquel conocimiento que se refiere a la ejecución de procedimientos, estrategias, técnicas, habilidades, destrezas, métodos, etcétera.

Podríamos decir que a diferencia del saber qué, que es de tipo declarativo y teórico, el saber procedimental es de tipo práctico, porque está basado en la realización de varias acciones u operaciones.

Las habilidades y destrezas que implican el conocimiento procedimental pueden ser definidos como un conjunto de acciones ordenadas y dirigidas hacia la consecución de una meta determinada La construcción de gráficas y algoritmos ,el uso correcto de algún instrumento como un microscopio, un telescopio o un procesador de textos es representativo del conocimiento procedimental (20).

1.2.3.1 Actitud

Es la disposición individual, el estado afectivo del individuo ligado a su disposición a

obrar de cierta forma ante algún estímulo.

Motivación social que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario. La actitud es la predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social **(21)**

La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Los componentes de la actitud **(22)**son tres:

- a. **Componente cognoscitivo:** para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. 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; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.
- b. **Componente afectivo:** es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. 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 -.
- c. **Componente conductual:** es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud-conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación.

En la presente investigación tomaremos el componente afectivo de la actitud lo que representa los sentimientos ,percepciones del Rol de Género como sentimientos base

d. **Teoría de la acción razonada**

Esta teoría sostiene que las acciones se basan en las actitudes individuales, por lo

que una teoría de la acción consiste esencialmente en una descripción de las actitudes. La información que permite la formación de las mismas es de tipo cognitivo, afectivo y conductual.

Integra un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual. El modelo de actitudes mejor conocido, que vincula creencias y evaluaciones es el propuesto por I. Ajzen y M. Fishbein **(23)**.

Es un modelo general de las relaciones entre actitudes, convicciones, presión social, intenciones y conducta, pero por ahora nos centraremos sólo en sus implicaciones para la formación de actitudes.

Los autores plantearon la hipótesis de que las actitudes están determinadas por las características que los observadores asocian con un objeto (sus creencias acerca del objeto). En el modelo se propone una fórmula que especifica cómo se integran las creencias importantes de los individuos para formar una actitud general.

Las actitudes son experiencias subjetivas (cognitivo-afectivas) que implican juicios evaluativos, que se expresan en forma verbal o no verbal, que son relativamente estables y que se aprenden en el contexto social. Las actitudes son un reflejo de los valores que posee una persona.

Los valores, cultura, creencias de las personas son las que conforman la actitud frente a una situación, así mismo son la clave para el fortalecimiento y el éxito en el desarrollo organizacional y la autoestima es la base para el éxito personal. Se ha dicho que un *valor* es una cualidad por la que una persona, un objeto-hecho despierta mayor o menor aprecio, admiración o estima.

1.2.3.1 CONDUCTA

Es el conjunto de actos, comportamientos del ser humano susceptibles de ser observados por otros, y se encuentran regidos por principios de causalidad, motivación, finalidad.

Son las acciones de las personas en relación con su entorno. Se entiende que la conducta recibe influencia de factores sociológicos, genéticos, culturales psicológicos, económicos.

El comportamiento no es solo conjunto de interacciones estímulo -respuesta sino una disposición individual frente a determinados estímulos que provocan una respuesta según la persona lo que significa que cada persona puede reaccionar ante un estímulo de distinta manera que otras.

El comportamiento precisa una manifestación externa en el mundo o realidad. El entorno social modifica la respuesta y la persona influye igualmente en el entorno en el que se encuentra.

a. Determinantes internos y externos de la conducta

Cuando se alude a determinantes internos se está aludiendo a elementos motivacionales, orgánicos, emocionales, mientras al mencionar elementos o determinantes externos se alude a situaciones como son percibidas por el sujeto o como son realmente.

Podemos aprender formando representaciones cognoscitivas de los acontecimientos que nos rodean y de lo que percibimos en nosotros mismos **(24)**.

b. Congruencias entre actitudes y conductas

En primer lugar, las medidas de las actitudes y las conductas deben ser compatibles. Esto es, si la medida de la actitud valora una actitud general (hacia un objeto, persona o tema), entonces la medida de la conducta debe también ser general. En contraste, si la medida de la actitud evalúa una actitud específica (hacia una conducta), entonces la medida de la conducta debe también ser específica.

El segundo factor que influye en la congruencia entre actitudes y conductas es la naturaleza de estas últimas. Las actitudes predicen las conductas sólo cuando están bajo el control de la voluntad.

El tercer factor es la naturaleza de la actitud. Las actitudes que se basan en la experiencia directa, predicen mejor la conducta que las actitudes basadas en la experiencia indirecta.

El cuarto factor de influencia de la congruencia entre actitudes y conductas es la dimensión de personalidad de autosupervisión, que es un atributo que se refiere al

grado en el que confiamos en las señales internas de la conducta o bien en las externas. La autosupervisión escasa está basada en estados internos relevantes, como las actitudes, valores y creencias, manifestando una sustancial congruencia entre actitudes y conductas **(23)**.

1.2.3.2. ROL DE GÉNERO:

El Rol de Género es la construcción social de las relaciones entre mujeres y varones, aprendidas a través del proceso de socialización cambiantes a través del tiempo varían entre una cultura a otra, y aun dentro de una misma cultura.

La cultura es el elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias percibidas entre los sexos, y una forma primaria de relaciones significantes de poder.

El género es, por tanto, la construcción psico-social de lo femenino y lo masculino **(25)**.

El género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

a. La *asignación de género*, en el momento en que el ser humano nace y se identifica el género con los genitales.

b. La *identidad de género*: Se convierte en el determinante por el que pasan todas sus experiencias.

c) El *rol de género*: es el conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado.

Sociológicamente el género es estructurador de relaciones sociales – las *relaciones de género*– que determinan las interacciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas. Las relaciones de género son socialmente construidas y, por lo tanto, son transformables; no proceden de la biología ni son necesariamente armoniosas, al contrario, pueden ser de oposición y conflicto.

Las relaciones de poder se gestan en las comunidades sociales cotidianas trabajo, hogar que dan mayor capacidad de movilizar reglas a hombres que a mujeres **(26)** que promuevan y defiendan sus propios intereses.

En la realidad social hay más poder a los hombres, acceso a puestos a mayor libertad de expresión de la sexualidad por lo cual sus intereses son discrepantes.

El concepto Rol de género aparece entre las feministas a mediados de los años 70 para insistir sobre el carácter eminentemente social de las distinciones basadas en el sexo y rechazar los determinismos biológicos que se apoyan en la diferencia sexual.

Se reconoce así la subordinación de las mujeres como un producto social, situado en una cultura y un tiempo histórico específico, resultado de arreglos sociales privados.

Está conformado por cuatro elementos interrelacionados en los que se expresa y a través de los cuales se reproduce, los símbolos, los conceptos normativos, lo político – social –institucional y la identidad subjetiva. Supone un conjunto de ideas y comportamientos y el rechazo a la validez interpretativa de dos esferas o mundos separados: hombres y mujeres.

1.2.3.2 VIOLENCIA .

La Organización Mundial de la Salud **(27)** define la Violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”

Tipos de Violencia de Género

- a. **Violencia familiar:** se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros mas vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos.

- b. Violencia en la pareja:** Se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración o habitualidad de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

La OMS diferencia 3 tipos de violencia: *autoviolencia* : incluye el suicidio y la autoagresión; *la violencia interpersonal*, incluye la violencia familiar y de pareja (entre convivientes) y la violencia comunitaria : agresión por extraños al medio familiar y *la violencia colectiva*., que puede ser social, económica o política.

- c. Violencia de género:** La violencia basada en el género (VBG) es uno de los abusos contra los derechos humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual, que afecta a una de cada tres mujeres. Es también una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género, impuesta a las mujeres y a las niñas a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad. Las consecuencias de la VBG a menudo son devastadoras y prolongadas y afectan la salud física y el bienestar mental de las mujeres y las niñas. Al mismo tiempo, sus repercusiones ponen en peligro el desarrollo social de otros niños en la familia, de la familia como unidad, de las comunidades donde viven las personas afectadas y de la sociedad en general **(27)**.

Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

FORMAS DE VIOLENCIA:

- a. Física:** Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas, etc.

- b. Psicológica:** Humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpas, aislamiento, Control social del dinero
- c. Sexual:** Actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.

CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial:

las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de Violencia doméstica **(27)**.

A violencia de género se manifiesta en el ámbito público y privado en todas las clases sociales y edades.

El ámbito cultural y social donde se desarrolla la familia tiene particularidades ambientales que pueden ser determinantes para que se produzca la violencia.

Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer:

Las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer. La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos. Jewkes considera **(28)** que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de la Violencia de Género son la relación de desigual posición de la mujer, tanto en las relaciones personales, como sociales y la existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos. Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una

mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también a una mayor sensibilidad social respecto al problema. La no-aceptación de estos cambios por el hombre, y el ver peligrar lo que para algunos era vivido como privilegio, ha podido favorecer la aparición de violencia en ocasiones.

Quizá estas causas están en el trasfondo del problema, pero hay factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen las situaciones de violencia y en otras no.

Entre los factores de riesgo de perpetrar estos actos de violencia se encuentran el bajo nivel educativo, la exposición al maltrato en la infancia o a actos de violencia entre los padres, el consumo nocivo de alcohol, las actitudes de aceptación de la violencia y la desigualdad de género. La mayoría de ellos son también factores de riesgo de ser víctima de violencia de pareja o de violencia sexual **(29)**.

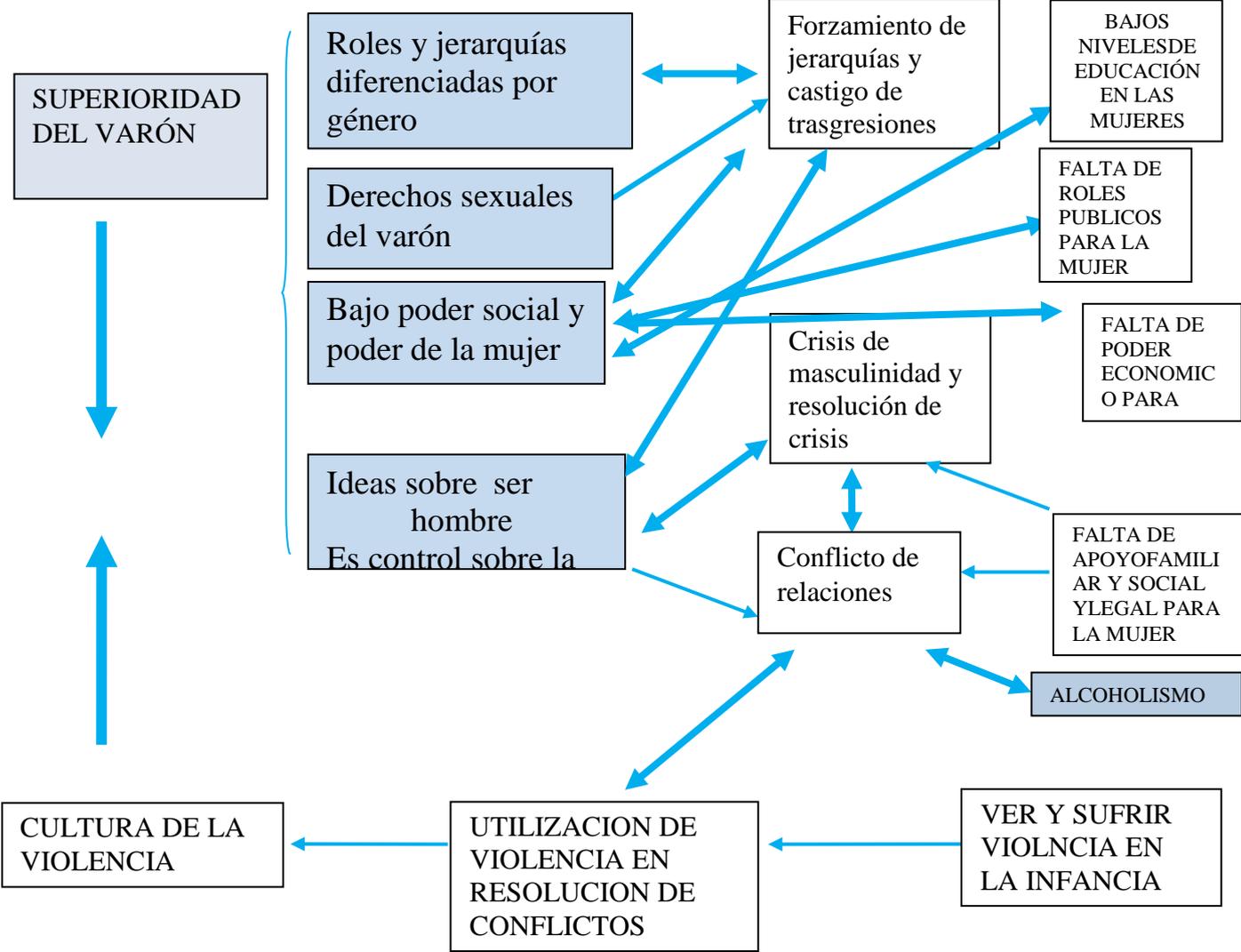
CAUSAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

IDEOLOGÍA

MANIFESTACIONES

PROCESOS

FACTORES INFLUYENTES



Jewkes R. Lancet 2002

HISTORIA DE NATURAL DE LOS EPISODIOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Inicio habitual con agresiones verbales y no verbales acoso, reclusión, privación de recursos físicos, financieros, personales, aislamiento social y dependencia, si el agresor no va obteniendo los niveles de sumisión se va al maltrato físico.

El maltrato se vuelve permanente ella ya no tiene conciencia de la injusticia sintiéndose culpable por la agresión consintiendo, se auto inculpa y se auto engaña el agresor avanza ya que el objetivo es el sometimiento total.

CICLO DE VIOLENCIA

Primera Fase: Tensión

Es el principio de la escalada, causada por conflictos cotidianos que provocan en el agresor cambios de humor exagerados y sin razón aparente ,la mujer accede a todo los requerimientos porque piensa que la única forma de calmar al agresor es ese

Segunda Fase : Agresión

Surge como explosión de la tensión acumulada con daños, psíquicos, físicos y hasta la muerte.

Tercera Fase : Calma , Remisión

El agresor se muestra arrepentido busca reconciliación

SINDROME DE DEPENDENCIA ÍNTIMA

Nexo emocional que impide a la victima romper con el agresor ,el aislamiento que el agresor le hace sentir es la causa de la dependencia pensando que no puede coexistir sin él.

LAS CONCECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

El maltrato va apareciendo en la víctima signos y síntomas físicos y psíquicos algunos se pueden observar otros no.

Aparecen la somatización donde el estrés se ve reflejado en síntomas físicos

Las repercusiones en lo laboral y la familia son considerables.

CONCECUENCIAS EN LA FAMILIA EN LOS HIJOS

- Alteración del desarrollo
- Dificultades de aprendizaje

- Dificultades de Socialización
- Comportamientos violentos con compañeros
- Enfermedades psicosomáticas
- Víctimas de maltrato

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VG

Los síntomas más frecuentes son:

- Dificultades de concentración.
- Hiperactivación constante.
- imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos y su percepción de que en cualquier momento puede ser agredida, en especial en el hogar.
- Pérdida de interés por actividades significativas.
- Sensación de futuro desolador.
- Recuerdos intrusivos. La experiencia prolongada y repetida de los episodios agresivos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos.
- Evitación de pensamientos y sentimientos. Respecto a las conductas de evitación, son elevadas las de evitación de sentimientos, pero no las de lugares o actividades. Es lógico: el principal lugar a evitar es el hogar y éste, salvo que lo abandonen, no pueden evitarlo.
- Depresión es frecuente en las víctimas
- La sensación de fracaso personal.
- El deterioro de redes sociales y/o familiares.
- La pérdida de poder adquisitivo.
- La alteración de todas las áreas de la vida cotidiana.

Se genera una desestructuración vital a distintos niveles:

- Laboral (absentismo o abandono del trabajo).
- Social (limitaciones para relacionarse con otras personas).
- Del tiempo libre (aislamiento, control, trámites legales, juicios, etc.).
- Familiar (afectación hijos, respuesta negativa de allegados).
- De pareja (desconfianza para restablecer relación de pareja).

El problema del maltrato no termina cuando la mujer se aleja del agresor y que necesita apoyo psicológico y social para superar las consecuencias de esta situación **(30)**.

1.2.3.3 EL SECTOR SALUD Y LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es un problema de salud pública porque implica daño en la salud física y psicológica, en la integralidad de la mujer, involucra aparición de problemas en la salud mental, salud reproductiva, enfermedades crónicas, artralgias, cefaleas, gastritis, lesiones y muerte.

Los servicios de salud son más requeridos por las mujeres que sufren de maltrato que por las que no lo padecen **(31)**.

Sin embargo en el sector salud tanto en el Perú como en América Latina no existe criterios únicos de atención para el problema en los servicios.

Las investigaciones realizadas en América Latina muestran la opinión desfavorable de los profesionales a las condiciones que se les brinda en el sistema de salud para atender a las mujeres con problema de violencia.

En un estudio en cuatro países Latinoamericanos sobre la atención en los servicios de salud a la VG **(32)** determinaron las pautas de la organización de salud para enfocar la violencia contra la mujer como un problema de salud pública

- Educar a todo el personal de salud que pertenece a la organización acerca de la epidemiología de la violencia física, sexual y psicológica contra la mujer, magnitud del problema, la tipología en la comunidad circundante.
- Garantizar que las políticas y protocolos de la organización incorporen el tema de la violencia basada en género.
- Capacitación del personal para reconocer las consecuencias directas e indirectas de la violencia basada en género, y para detectar las señales y síntomas clave.
- Asegurarse que el personal de salud comprenda los peligros potenciales y los riesgos que enfrentan aquellas mujeres que viven en situación de violencia y que conozca la manera de aumentar la seguridad de la mujer.
- Garantizar que el personal comprenda la gravedad de violar la confidencialidad del paciente con otros compañeros o con integrantes de la familia, especialmente cuando se trata de temas como el embarazo, la anticoncepción, el aborto, las infecciones de transmisión sexual o el VIH.
- Convencer a las y los proveedores que discutir el tema de la violencia durante una consulta médica no es una pérdida de tiempo.
- Comunicar a las y los proveedores que toda información sobre la violencia es información médica importante, que debería incluirse en los registros médicos (a menos que la clínica decida que ello puede poner en riesgo la seguridad de la mujer).
- Alentar a los proveedores a que adopten la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud que afirma que “es el completo estado de bienestar físico, mental y social”, y no sólo la ausencia de enfermedad.²¹
- Revisar las políticas, la infraestructura, los recursos humanos y los materiales escritos de las clínicas para garantizar que, en casos de emergencias o situaciones de riesgo, las víctimas de la violencia cuenten con el acceso a servicios básicos.
- Incorporar, tanto en sus campañas de salud pública como en los proyectos educativos orientados a la comunidad, mensajes acerca de la prevención de la violencia y sobre los derechos humanos.
- Crear un ambiente de trabajo en el que no se tolere en absoluto la violencia y el acoso sexual.

- Utilizar los recursos de la organización para aumentar la conciencia sobre la violencia basada en género como un problema de salud pública y como una violación de los derechos humanos en la sociedad en general.

a. DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La detección es uno de los pasos más importantes para iniciar el proceso contra la violencia de género.

Es reconocer a una mujer víctima de VG en el servicio de atención en emergencia, a fin de implementar medidas para el manejo del problema.

Las acciones de detección están enlazadas a la actitud de romper el silencio, ayudar a las víctimas y prevenir que se perpetúe o agrave la situación.

Los servicios médicos pueden ser instrumentos muy importantes de detección

La identificación de las víctimas violencia en los servicios de emergencia resulta de gran importancia porque el nivel en que llega la violencia en las víctimas que acuden a estos servicios es de alto riesgo ya que implica alteraciones no solo anatómicas y funcionales del área física, sino psicológica **(33)**.

Se establece que en este nivel de prevención secundaria su identificación se hace imprescindible ya que si no la víctima estaría entrando a círculos de violencia mucho más peligrosos donde su vida e integridad estaría en grave riesgo.

Las mujeres que consultan por una agresión física son solo un pequeño segmento de las que sufren violencia. Muchas acudirán al servicio quizás con síntomas inespecíficos, quejas somáticas o trastornos psicológicos poco específicos y quizás no lleguemos ni a atisbar el mensaje oculto de esas quejas, que pueden ser la carta de presentación, la llamada de atención ante un problema que la mujer no se atreve a revelar directamente, pero que a la vez nos está pidiendo ayuda.

La detección es la identificación de la víctimas de violencia, los obstáculos que la impidan son múltiples y sus orígenes están en variados factores pueden ser personales en los profesionales de la salud como institucionales.

La mayoría de profesionales ha detectado muy pocos casos en la práctica **(34)**

Se estima que solo se detectan el 1% de casos de violencia de género.

A pesar de ser los servicios de salud los centros donde acuden las víctimas la detección es muy pobre casi nula.

En América Latina solo se detecta un promedio de 1 a 5 % de los casos de violencia, a pesar que las usuarias desean ser abordadas y preguntadas por el problema, no se hace. Las mujeres por ser un aspecto íntimo y que afecta su dignidad personal no suelen manifestar su problema a la pregunta, muchas han manifestado que lo harían si son repreguntadas **(35)**.

Los factores determinantes de la conducta de los profesionales de la salud de evitar abordar en el maltrato son variados, entre culturales y personales, algunos no consideran el maltrato como un problema importante según investigaciones realizadas en América Latina **(35)**.

La OMS como resultados de estudios realizados en países de América Latina enfatiza que la detección depende de competencias desarrolladas por los proveedores, como la habilidad e interés del personal que hace las preguntas, el grado de conciencia en la población en general, la existencia de servicios para enviar a las mujeres y el hecho de que el interrogatorio se realice en privado son todos factores que pueden influir en la revelación **(36)**.

Ante un adecuado marco de preguntas y habilidades para indagar se obtiene resultados entre 12% y 54% de todas las mujeres revelaron que habían sufrido recientemente violencia física o psicológica infligida por su pareja **(33)**.

La detección es investigada en su forma y modalidades a fin de determinar cuál de sus modalidades es la mejor para detectar y llegar a identificar a las víctimas.

Se categorizan los diferentes tipos de detecciones de la siguiente manera:

Detección: Formular preguntas sobre violencia o abuso, independientemente de que la mujer presente signos o síntomas.

Detección selectiva: Formular preguntas sobre violencia cuando se sospeche que la mujer es objeto de violencia o abuso por la presencia de ciertas señales y síntomas.

Detección universal: Consiste en formular preguntas a todas las mujeres que frecuentan un determinado servicio de salud sobre experiencias de violencia o abuso, independientemente de que presenten señales o síntomas.

Detección de rutina: Consiste en formular preguntas de manera sistemática sobre experiencias de violencia o abuso, independientemente de que las mujeres presenten señales o síntomas. Esto puede implicar la detección de todas las mujeres de la clínica (es decir, una detección universal) o solamente de ciertos grupos de mujeres; por ejemplo, las nuevas usuarias del servicio de salud Reproductiva.

b. Estrategias de atención a la violencia de género en América Latina

Enfoque integral

Organización Panamericana de la salud ha elaborado pautas de la atención de la violencia de género con un enfoque integral para las políticas y programas del problema en América Central, respetando las características y las experiencias locales que existen en cada país en cada país y alentar la adopción de un conjunto básico de principios orientadores mediante la colaboración técnica, reuniones internacionales e intercambios entre los países. Se elaboró y aplicó el protocolo de investigación de la “Ruta Crítica”, diseñada como una estrategia integral orientada a abordar la VBG, específicamente dirigida a las mujeres que viven en situaciones violentas, la cual incorporó los recursos de las comunidades locales y los sectores sociales.

Esas actividades son:

- Formulación de políticas nacionales que reconozcan la violencia como un problema de salud pública
- Redacción de normas y protocolos que definan el tipo de atención que se debe ofrecer.

- Elaboración de planes de capacitación del personal sobre el empleo de las normas;
- Creación de grupos de apoyo para las sobrevivientes de la violencia;
- Promoción de la participación de los hombre en las actividades de prevención de la violencia;
- El establecimiento de un sistema de información que permita el seguimiento de los informes de casos de VBG a través de todo el sistema de salud **(36)**.

Enfoque sistémico

El enfoque de sistemas reconoce que la violencia basada en género repercute en casi todos los aspectos de los servicios de salud, en la infraestructura física de las clínicas, en las políticas y los protocolos establecidos por escrito, en el flujo de pacientes, en la red de referencia, en los sistemas de recopilación de datos y, por supuesto, en la capacitación de las y los proveedores para que puedan responder con compasión y de manera informada ante la revelación de hechos de violencia.

El ámbito de la salud sexual y reproductiva tiene la oportunidad de mejorar la calidad de la atención suministrada.

Los investigadores han sostenido que la mejor manera de mejorar la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género es mediante la adopción de un “enfoque de sistemas” que implique cambios en todos los niveles de la organización para poder así proteger la salud, la seguridad y el bienestar de las mujeres**(37)**.

PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ATENCIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN HOSPITALES DEL MINSA

Los Protocolos y guías de atención en la violencia de género son instrumentos donde se indica la frecuencia, forma, modo de atender a las víctimas de violencia de género a fin de permitir su identificación y manejo adecuado.

Los protocolos son usados particularmente por el personal médico, las guías de atención son usadas por el personal de enfermería.

En ellos se especifica además del manejo adecuado de la víctima, su canalización hacia otros miembros del equipo de salud que complementen la atención según su especialidad. La orientación no solo es dentro de la institución si no a la derivación hacia otros establecimientos especializados **(37)**.

El personal de salud cuenta con instrumentos de aplicación en la atención de Violencia de Género.

La violencia de género es una patología social creciente, contar con pautas de conducta de atención resulta imprescindible, sobre todo, porque los criterios con que se han elaborado son resultado de estudios y validaciones de la problemática que pretenden afrontar.

La violencia de género por sus raíces culturales no solo crea obstáculos emocionales en la víctima sino también en el profesional que la atiende quien debe encausar la atención hacia la detección y el manejo adecuado.

Las guías de atención ofrecen los canales directrices necesarios para abordar y romper barreras emocionales en forma cuidadosa y efectiva, de la habilidad y el manejo del personal de salud depende la eficacia pero también de la preparación previa capacitación eficaz para desarrollar competencias de utilización de protocolos y guías de atención a la mujer víctima de violencia.

1.2.3.4. PERSONAL DE SALUD FRENTE A VIOLENCIA DE GÉNERO

Los profesionales de la salud ostentan un papel de líder en la sociedad y sobre los pacientes a quienes brindan atención.

Ellos son agentes sociales capaces de influenciar positivamente, son quienes destacan por una elevada autoestima y buen manejo de las habilidades psicosociales que lo llevan a buscar, dirigir o motivar a su grupo hacia el logro de sus objetivos, que al alcanzar el éxito se reafirman en su seguridad, amor propio, creencias o fe en sí mismos. Cruz Ramírez, José en su libro* "Autoestima de la Calidad" menciona la siguiente definición: "El líder es una persona normal en su condición biológica

pero con una muy elevada carga de autoestima orientada a un comportamiento en el que la necesidad de logro se presenta como característica" **(38)**.

Los profesionales de la salud son líderes sociales representativos, tienen autoridad ante la sociedad por la naturaleza de la función que ejercen ante ella que es brindar cuidado de vida y salud, por lo que tienen la capacidad para penetrar en el fondo emocional del usuario para tratar el problema de la violencia.

Los profesionales de la salud no están exentos de que factores personales como sentimientos y percepciones frente a la violencia de género están relacionados con ciertas condiciones sociales, culturales y personales que, desde la perspectiva de género son cruciales para comprender el problema. Los profesionales pueden presentar barreras psicológicas y culturales frente al problema. Las tendencias sexistas, ciertas creencias de orden sociocultural y profesional, así como algunas costumbres y actitudes pueden impedir al personal de salud visualizar el problema de la VG.

Las y los proveedores de cuidado de la salud que no tienen en cuenta la violencia contra la mujer, no sólo pierden la oportunidad de tratar un tema de salud pública importante, sino que pueden de manera involuntaria poner a las mujeres en situación de mayor riesgo.

Las actitudes de los proveedores acerca de la violencia también son configuradas por las normas culturales vigentes. Un estudio realizado entre proveedores de servicios de salud reproductiva por la Federación Internacional de Planificación de la Familia **(37)**, en tres filiales latinoamericanas encontró que las actitudes de muchos de esos proveedores expresaban que culpan a las mujeres por la violencia, en lugar de culpar a sus agresores.

Un 50% de los proveedores de salud sienten que algún comportamiento inapropiado de las mujeres provoca la agresión de sus parejas y casi la cuarta parte pensaba que las mujeres no abandonan las situaciones de violencia porque, hasta cierto punto, les gusta ser tratadas con violencia.

Se ha reportado en estudios que los profesionales hombres han ejercido en un porcentaje representativo violencia con su pareja.

Los profesionales de la 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, tienen la posibilidad de enmarcar la violencia como un problema de salud, en vez de una simple costumbre social.

Pero también pueden causar perjuicios sin advertirlo con actitudes inapropiadas frente a la víctima, puede violar la confidencialidad de la víctima que es muy vulnerable en este aspecto.

Puede no tener una actitud adecuada con el victimario quien debe ser alejado mientras se está tratando a la mujer, o puede no advertir que la mujer está al borde del suicidio o el homicidio.

Por tradición cultural se piensa que la relación de pareja pertenece al ámbito privado y que no debe de ser abordado por terceras personas, criterio que en parte puede determinar el nivel de abordaje de los profesionales de la salud frente a la mujer con violencia de género.

Estas actitudes marcan una diferencia significativa en el manejo integral de las víctimas, de acuerdo con Méndez **(39)** quien indagó sobre las percepciones del personal de salud respecto a los obstáculos de atención; esta investigadora coincide con Novack y colaboradores **(38)** quienes se refieren a la promoción de actividades de autoayuda para fomentar la reflexión y la conciencia entre el personal de salud en el abordaje de la VG.

El desgaste emocional de los proveedores de salud que trabajan con las víctimas de la violencia basada en género es alto.

Entre otros factores, esa vulnerabilidad es consecuencia de tener que escuchar a diario testimonios penosos sobre el sufrimiento y dolor humano. Los proveedores necesitan usar sus propios recursos emocionales para hacer frente y optimizar las intervenciones con las usuarias, como también para protegerse de las emociones adversas que esto conlleva **(37)**.

Los profesionales de salud manifiestan, según las investigaciones realizadas en otros países, que no se sienten preparados para detectar a las víctimas, no tienen el manejo para abordarlas por ser problema que toca fibras íntimas familiares y temen el desborde de la víctima y no saber qué hacer.

Los profesionales pueden tener falta de sensibilidad por diversas razones de raíz

cultural en su mayoría y pueden determinar falta de atención.

En países desarrollados como España esta normada la formación y sensibilización del personal sanitario respecto a la violencia de género, la Ley Orgánica del 2004 llamada Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género **(42)** en su artículo 3 respecto a los planes de sensibilización al personal de salud , norma aspectos para la eficacia de la detección precoz de la violencia , el desarrollo de programas de sensibilización y formación continua en el personal de salud a fin de impulsar el diagnóstico precoz y la asistencia y rehabilitación de la mujer en situaciones de violencia de género.

Es necesario que en la normatividad en el Perú respecto al problema regule la actuación del personal de salud frente al problema en forma específica.

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Durante su formación profesional los planes curriculares en las universidades hasta hace poco, no evidenciaban en sus contenidos la preparación de los profesionales ni desarrollo de competencias para abordar identificar y manejar el problema de violencia de género, el profesional históricamente se ha encontrado atendiendo al paciente con un enfoque marcadamente biologicista. Cuando en Alma Ata (1978), se determinan las condiciones para la atención primaria de salud con enfoque multicausal de los problemas de salud y una organización de servicio de salud que permitan cuidados de salud globales, continuos, integrados y distribuidos equitativamente; en resumen incorporar un nuevo paradigma de atención en salud.

La Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa), fundada en 1992, en São Paulo. Es una de las entidades que ha promovido la filosofía de la medicina de familia entre los estudiantes de medicina a través de congresos, jornadas, seminarios, congresos internacionales en Brasil, y cursos de educación continuada **(40)**.

En las Universidades tratan de formar de acuerdo a esta línea ,sin embargo, no se llega a crear competencias ni actitudes en el estudiante que sean capaces de romper con los estereotipos que encuentran al llegar a los servicios de salud. Los currículos de estudio entre sus contenidos no brindan competencias para el abordaje ni el manejo en los problemas de violencia de género a cabalidad, si bien son tratados, lo hacen en forma superficial o en cursos electivos. Las instituciones de salud en las que el modelo organicista sigue imperando envuelve a los profesionales en el sistema, lo poco que aprendieron del tema en las Universidades es empujado por los requerimientos de una institución de salud que valora más los resultados en términos de procedimientos, no requieren aún en sus necesidades competencias en los profesionales para detectar y manejar problemas de violencia menos sobre Violencia de Género continuando la atención tradicional**(41)**.

El estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el que se evalúa en los planes curriculares y sílabos de las asignaturas los contenidos sobre la atención integral de salud a personas afectadas por la Violencia y violación de derechos humanos concluye: que existe un vacío en la formación de los futuros profesionales de la salud respecto a sus conocimientos y competencias sobre violencia dice que existe una necesidad perentoria de evaluar la organización académica, planes curriculares, asignaturas y competencias de los estudiantes de pre y post grado de la Facultad de Medicina respecto a la atención integral de salud a pacientes traumatizados por la violencia y violación de los derechos humanos y así mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje**(43)**.

Los profesionales de salud manifiestan, según las investigaciones realizadas en otros países, que no se sienten preparados para detectar a las víctimas, no tienen el manejo para abordarlas por ser problema que toca aspectos íntimos, familiares y temen el desborde de la víctima y no saber qué hacer.

En España mediante Ley Orgánica del 2004 llamada “Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género” **(42)** , se norma la formación del Personal profesional de salud disponiendo en la Ley, que las administraciones

educativas aseguren en los ámbitos curriculares de las licenciaturas y diplomaturas así como en los programas de especialización de las profesiones socio sanitarias incorporen contenidos dirigidos a la capacitación para la prevención ,detección precoz , intervención y apoyo a las víctimas.

1.2.3.5 SERVICIO DE EMERGENCIA INTRAHOSPITALARIA

Es aquel ambiente dependiente de un Centro Hospitalario, donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes que demandan atención inmediata. De acuerdo a su Nivel de Complejidad pueden resolver diferentes categorías de daños.

Emergencias médicas: Son casos que suponen riesgo inminente de vida, tanto real como potencial, y serán atendidos en forma inmediata por unidades de emergencia, con personal especialmente seleccionado y adiestrado para su manejo.

Las emergencias es uno de los servicios donde la mujer con violencia de género llega en condiciones físicas o psicológicas muy delicadas, definitivamente el problema no se manifiesta como tal sino con dolencias de otro índole ya sea físico como emocional **(44)**.

a. Competencias del Profesional Médico en emergencia

Conoce, relaciona y aplica los conocimientos sobre los diferentes aspectos de la atención del paciente en situación de emergencia como la categorización del paciente en situación de emergencia como la categorización del paciente crítico, el soporte vital, los cuidados críticos respiratorios, cardíacos y neuroquirúrgicos, así como el manejo de la sepsis, disfunción de órganos e infecciones frecuentes, de manera oportuna, eficiente, integral, ética y humanista.

Funciones en el área asistencial (44)

- Brindar la atención integral, oportuna y eficiente del paciente crítico estando en capacidad de:
 - Realizar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones médico quirúrgicas que lo afectan
 - Reconocer y tratar las emergencias que amenacen su vida.
 - Identificar y manejar los factores de riesgo para el desarrollo de falla multi orgánica
 - Prevenir el desarrollo de complicaciones que incrementen su morbilidad
 - Buscar el máximo beneficio de la medicina de emergencias
 - Determinar el pronóstico de la evolución final del paciente
- Identificar y definir sus necesidades de rehabilitación
- Liderar y coordinar el equipo multiprofesional y multi-disciplinario que participa en su atención
- Comunicarse efectivamente con los pacientes, familiares y demás miembros del equipo de salud
- Apoyar al paciente y a su familia durante el proceso de la enfermedad crítica
- Apoyar al paciente y a su familia durante el proceso de la enfermedad crítica
- Desarrollar una práctica colaboradora para una labor en equipo más eficiente en la atención de sus pacientes
- Identificar los temas éticos y promover su discusión con los otros miembros del equipo profesional, los pacientes y su familia para una mejor toma de decisiones para el tratamiento.

Actitudes y valores

- Tener una actitud humanitaria en el desarrollo de su labor profesional
- Tener una actitud comprensiva y empática para con el paciente y el grupo familiar

- Demostrar un trato amable y comedido.
- Ser diligente, oportuno y reflexivo en la toma de decisiones Tener un desarrollado sentido crítico y autocrítico
- Mantener un deseo continuo de superación personal y profesional.
- Tener disposición para el trabajo en un equipo médico multidisciplinario
- Tener un desarrollado sentido de autoaprendizaje dirigido y de educación continua
- Poseer una actitud docente permanente
- Desarrollar una constante actitud de investigación sobre los problemas de salud de la especialidad
 - Buscar siempre el uso de los recursos de que dispone con la máxima eficiencia y rendimiento
 - Tener una actitud receptiva frente a las necesidades de atención del Servicio de Emergencias y de los pacientes a su cargo
 - Tener una actitud de previsión ante futuros riesgos y/o eventuales complicaciones

b. Competencias de la Profesional de Enfermería en emergencia (45)

- Demuestra compromiso con el cuidado de la vida y la salud de la persona, familia y comunidad
- Demuestra en su actuar profesional principios y valores éticos universales y respeto a las normas vigentes.
- Demuestra capacidad resolutiva frente a contingencias administrativas.
- Respeta los derechos humanos del usuario, familiares, entorno profesional y miembros de la comunidad, considerando la diversidad cultural.
- Establece comunicación asertiva con el usuario, familia, comunidad y miembros de la comunidad profesional.

- Utiliza los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica de enfermera en situaciones de emergencias y/o desastres.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinario aportando su visión de experto en el área de su especialidad.
- Formula, implementa y evalúa los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Emergencias y Desastres
- Establece una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan
- Valora la situación del país dentro del contexto social, político y económico

Las competencias descritas sustentan un tipo de actuación de la profesional de enfermería con un alto nivel de compromiso no solamente asistencial sino administrativo con los pacientes de emergencia **(46)**, lo que implica el conocimiento de protocolos y guías de atención y tener actitud para conducir, coordinar, derivar a la mujer con violencia de género hacia otros actuantes del equipo

c. CAPACITACIÓN

Es una actividad planeada y basada en necesidades reales de conocimientos orientadas a una mejor comprensión, desempeño y actitud del ser humano en su puesto actual o futuro. La capacitación nos permite ser más capaces.

La razón fundamental de capacitar es dar los conocimientos, aptitudes y habilidades que se requieren para lograr un desempeño satisfactorio **(47)**.

Adiestramiento .-Es el proceso de enseñanza - aprendizaje orientado a dotar a una persona, de conocimientos con la finalidad de desarrollar sus habilidades para alcanzar los objetivos específicos de su puesto de trabajo

Entrenamiento.- Es un proceso educacional a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual los individuos aprenden conocimientos, desarrollan aptitudes y fortalecen habilidades en función

de determinados objetivos mediante la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo. Desde otra óptica, el entrenamiento se alcanza mediante la acción repetitiva de lo aprendido, la repetición mecánica de una acción.

Métodos o técnicas de aprendizaje:

- ◆ **Relación experto aprendiz.-** se observan niveles de participación muy altos y transferencia al trabajo, con ventajas en la retroalimentación inmediata.
- ◆ **Conferencias, videos, y películas, audiovisuales y similares.-** tienden a depender más de la comunicación y menos de la imitación y la participación activa. Las conferencias permiten economía de tiempo, así como de recursos, los otros métodos pueden requerir lapsos de participación más amplios y presupuestos más elevados.
- ◆ **Simulación de condiciones reales.-** para evitar que la instrucción interfiera en las operaciones normales de la organización, algunas empresas utilizan instalaciones que simulan las condiciones de operación real (compañías aéreas, bancos y grandes instalaciones hoteleras). Esta técnica permite transferencia, repetición y participación notable, así como la organización significativa de materiales y retroalimentación.
- ◆ **Actuación -** Obliga al capacitado a desempeñar diversas identidades.
- ◆ **Estudio de casos.-** mediante el estudio de una situación específica o simulada la persona en capacitación aprende sobre las acciones que es deseable emprender en situaciones análogas. Para ello, cuenta con las sugerencias de otras personas, así como las propias. Además de aprender gracias al caso que se estudia, la persona puede desarrollar habilidades de toma de decisiones. Cuando los casos están bien seleccionados, poseen relevancia y semejanza con las circunstancias diarias, también hay cierre de transferencia. Existe también la ventaja de la participación mediante la discusión del caso. No es frecuente encontrar elementos de retroalimentación y de repetición.
- ◆ **Lectura, estudios individuales, introducción programada.-** los materiales de instrucción para el aprendizaje individual resultan de gran utilidad en

circunstancias de dispersión geográfica o de gran dificultad para reunir a un grupo de asistentes a un programa de capacitación.

- ◆ **Capacitación en laboratorio (sensibilización).**- constituye una modalidad de la capacitación en grupo. Se emplea para desarrollar las habilidades interpersonales. Se puede utilizar también para el desarrollo de conocimientos, habilidades y conductas adecuadas para futuras responsabilidades laborales. Los participantes se postulan como objetivo en mejoramientos de sus habilidades en relaciones humanas mediante la comprensión de sí mismos y de las otras personas. Esta técnica propone compartir experiencias y analizar sentimientos, conductas, percepciones y reacciones que provocan esas experiencias. Por lo general utiliza a un profesional de las psicología como moderador de estas sesiones. Se basa en la participación, la retroalimentación y la repetición.
- ◆ **Instrucción directa sobre el puesto.**- se imparte durante las horas de trabajo. Se emplea básicamente para asignar a obreros y empleados a desempeñar un puesto actual. La instrucción es impartida por un capacitador, supervisor o compañero de trabajo. En la mayoría de los casos el interés del capacitador se centra en obtener un determinado producto y en una buena técnica de capacitación(48)..

1.2.4. MARCO FILOSÓFICO

La necesidad de libertad en el ser humano como condición de vida ha sido expresión permanente y motivación de principales movimientos y luchas que se han dado en la humanidad.

Sartre en “El ser y la nada” proclama “la terrible necesidad de ser libre que es mi destino” manifiesta esa condición de existencia por la que pugna el ser humano (49).

Isaiah Berlin expresa: “Mientras menor sea la autoridad que se ejerza sobre mi conducta; mientras ésta pueda ser determinada de manera más autónoma por mis propias motivaciones —mis necesidades, ambiciones, fantasías personales— , sin interferencia de voluntades ajenas, más libre soy” (50).

La violencia es la forma más implacable que puede utilizar formas muy sutiles para la coacción de la libertad en el ser humano, sobre todo, cuando ésta se ejerce instrumentalizando sentimientos en donde la manipulación de la voluntad del otro es el objetivo.

Para Sartre, “el amor es conflicto”, y el ser humano lo que busca es apoderarse de la libertad del otro, reducirla “a ser libertad sometida a la mía”, pues “queremos apoderarnos de la libertad del otro”.

La violencia de género es un campo oscuro aún no existe una explicación lógica ya que cada pareja es un mundo aparte y único.

Los sentimientos que se entremezclan en la relación de violencia son expresados por el filósofo: “El masoquismo es una tentativa no de fascinar al otro por mi objetividad, sino de hacerme fascinar yo mismo por mi objetividad-para-otro, es decir, hacerme constituir por otro en objeto, de tal suerte que yo capte...mi subjetividad como un *nada*, en presencia del en-sí que represento a los ojos de otro.

“El sadismo es un esfuerzo por encarnar al prójimo por la violencia y esa encarnación ‘a la fuerza’ debe ser ya apropiación y utilización del otro”.

“El que odia proyecta no ser ya objeto en modo alguno; y el odio se presenta como una posición absoluta de la libertad del para-sí frente al otro...el odio es odio de todos los otros en uno solo. Lo que quiero alcanzar simbólicamente al perseguir la muerte de otro es el principio general de la existencia ajena.

Para Sartre, estas actitudes (masoquismo, sadismo, y odio hacia los demás) son “fundamentales”, ya que “todas las actitudes complejas de los hombres entre sí” no son otra cosa que “enriquecimientos” de las mismas **(49)**.

La libertad para reafirmarnos como seres humanos es coactada abruptamente si es sometida a violencia en su naturaleza por la violencia y por el miedo que esta genera.

La violencia está concebida junto con el poder, se ejerce violencia para tener poder sobre lo violentado.

Parece pues que los hechos se imponen, la violencia campea por doquier en nuestras vidas y todo el mundo trata de aportar su visión sobre el tema. La violencia de género es el poder que ejerce el agresor subordinando a la

agredida en virtud del rol de género que social y culturalmente esta determinado no solo coacta la libertad sino erosiona la dignidad.

La dignidad es el valor intrínseco y supremo que tiene cada ser humano, independientemente de su situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar. Una de las dimensiones que hacen la condición de ser humano es la dignidad humana.

La dignidad", tiene como principio principal de autodeterminación la libertad, actuar libremente de tal modo que podamos autoconocernos y autodeterminarnos, es decir, saber si lo que hacemos o como actuamos está bien o mal.

La dignidad de ser humano se reafirma permanentemente en la cotidianidad ,es decir hay una serie de actos que afirman tal condición en el diario acontecer a través básicamente del respeto a su dignidad **(50)**.

La violencia de género constituye una grave afrenta a la mujer en su condición de ser humano, limita la libertad, coacciona al ser que la sufre.

Las conductas violentas incluyen aspectos como el control de los movimientos de las mujeres, restricción de su acceso a la información o a la asistencia ,control económico, impedimento a estudiar o trabajar , relaciones sexuales sin consentimiento o forzadas ,maltrato psicológico que constituye desvalorización ,intimidación el desprecio y la humillación en público o privado y en el plano físico empujones , bofetadas ,golpes ,patadas.

El inicio, digamos la etapa preparatoria, se manifiesta con conductas de control y desvalorización.

La dignidad propia del hombre es un valor singular que fácilmente puede reconocerse. Lo podemos descubrir en nosotros o podemos verlo en los demás. Pero ni podemos otorgarlo ni está en nuestra mano retirárselo a alguien. Es algo que nos viene dado. Es anterior a nuestra voluntad y reclama de nosotros una actitud proporcionada, adecuada: reconocerlo y aceptarlo como un valor supremo (actitud de respeto) o bien ignorarlo o rechazarlo.

Este valor singular que es la dignidad humana se nos presenta como una llamada al respeto incondicionado y absoluto. Un respeto que, como se ha dicho, debe

extenderse a todos los que lo poseen: a todos los seres humanos. Por eso mismo, aún en el caso de que toda la sociedad decidiera por consenso dejar de respetar la dignidad humana, ésta seguiría siendo una realidad presente en cada ciudadano. Aún cuando algunos fueran relegados a un trato indigno, perseguidos, encerrados en campos de concentración o eliminados, este desprecio no cambiaría en nada su valor inconmensurable en tanto que seres humanos.

Por su misma naturaleza, por la misma fuerza de pertenecer a la especie humana, por su particular potencial genético - que la enfermedad sólo es capaz de esconder pero que resurgirá de nuevo si el individuo recibe la terapéutica oportuna -, todo ser humano es en sí mismo digno y merecedor de respeto.

1.2.5. MARCO CONCEPTUAL

VIOLENCIA DE GÉNERO

Cualquier acto o amenaza de violencia basada en género que tenga como consecuencia o tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio y/o sufrimiento en la salud física sexual o psicológica de la mujer.

PROFESIONALES DE SALUD DE EMERGENCIA

Médicos y enfermeras que prestan servicios profesionales en emergencia de las instituciones de salud del MINSA y están en la posibilidad de atender a las víctimas de violencia según sus funciones, competencias y aptitudes profesionales.

ACTITUD SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Es la disposición individual, estado afectivo ligado a su disposición a obrar de cierta forma ante algún estímulo positiva o negativa del profesional de la salud al problema de violencia de género y a la víctima que tiene necesidades de atención.

CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Noción, idea sobre el problema de violencia de género tanto en su concepción, naturaleza como en las estrategias y actuaciones de las víctimas de VG.

INFORMACIÓN CONCEPTUAL

Es el conocimiento cognitivo, explícito de conceptos, modelos mentales y de reglas de actuación sobre la violencia de género.

INFORMACIÓN PROCEDIMENTAL

Es la capacidad de dominar aspectos procedimentales el “cómo hacer” con respecto a la atención de la víctima de violencia de género.

CONDUCTA DEL PERSONAL FRENTE A LA MUJER CON VG

Es el conjunto de comportamientos del personal de salud frente a la mujer víctima de violencia de género y que es susceptible de ser observado por otros, que se encuentra regida por **principios**, el de **causalidad** porque supone que toda conducta obedece a una causa concreta, **Motivación**, que implica que toda conducta siempre estará motivada por algo, una respuesta a un estímulo determinado que recibimos y por último el principio de finalidad que reza que todo comportamiento siempre persigue un fin.

DETECCIÓN DE LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO

Localización e identificación que hace el profesional de la salud a la mujer con violencia de género mediante el análisis e inferencias por características, signos físicos y emocionales que presente.

MANEJO DE LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO

Forma de conducir las actuaciones profesionales frente a la mujer con violencia de género en el aspecto físico y emocional.

CAPACITACIÓN

Es una actividad planeada y basada en necesidades reales de conocimientos orientadas a una mejor comprensión ,desempeño y actitud del ser humano en su puesto actual o futuro .La capacitación nos permite ser más capaces .La razón fundamental de capacitar es dar los conocimientos , aptitudes y habilidades que se requieren para lograr un desempeño satisfactorio **(47)**

CAPÍTULO II

II.- EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

2.1. Descripción de la Realidad.

Las mujeres agredidas, acuden a los servicios de salud para ser atendidas por diversas dolencias originadas por la violencia y que se expresan en diversas patologías.

La condición en que, suelen acudir, es de vulnerabilidad, con sentimientos de dolor, vergüenza, y adoptan conductas que no contribuyen a identificar el problema ni a buscar alternativas de solución. La dificultad en la identificación del problema de Violencia en la mujer radica en que la propia víctima es quien a pesar de que siente la necesidad de ayuda esconde el problema y solo el personal capacitado y con actitud para ello logra identificar el problema, orientar a la agredida y brindar el apoyo que necesita Coll (51).

Los profesionales de salud no profundizan la detección del problema de violencia limitándose a la atención de la víctima en el área orgánica curación o tratamiento del dolor.

Los médicos y enfermeras suelen alejarse y aislar el tema siendo así que de los casos de violencia de género que acuden a los servicios solo se detecta menos del 10 %.

En Lima Metropolitana, 1 de cada 5 mujeres sufre abuso o maltrato en forma sistemática.

Es una zona con alta incidencia de violencia contra la mujer, existen 20,940 denuncias en la policía nacional en el año 2009 entre violencia física, psicológica y sexual. Lima es el departamento del Perú de mayor porcentaje de violencia psicológica.

Los estudios han demostrado la existencia de un alto nivel de ansiedad sobre todo en mujeres, la violencia generalizada ha ido en aumento en los últimos años

Igualmente en la Capital el porcentaje de feminicidio y tentativa en el año 2009 es de 35.5% del total en el Perú que son 68 casos registrados por el MIMDES. El distrito con más casos es de San Juan de Lurigancho con 7 seguido por el distrito de Ate con 5 casos **(52)**.

La edad en las mujeres donde se dan mayor casos de violencia es entre 16 a 25 años. El 82% de agresores ejerce violencia contra la pareja estando sobrio, en segundo lugar 14 % lo hace bajo efectos del alcohol.

La Violencia de Género es un problema social que se ha ido incrementando en el Perú en forma alarmante convirtiéndose en un problema de salud pública.

Se manifiesta como; violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica y violencia en el trabajo.

Según un informe del Banco Mundial, las mujeres ganan, por la VG, 9.5 años de vida con discapacidad y pierden 20% de años de vida saludable. Los costos que se generan dentro de los servicios de salud en el ámbito mundial por este problema se calcularon en aproximadamente 5% del producto interno bruto (PIB)

La agresión contra las mujeres se da en todos los estratos sociales, sin distinción, en sus diversas formas física, psicológica y sexual encontrándose por lo general todas las formas en las víctimas

Según datos del Ministerio del Interior en el 2009: cada hora 9 mujeres son víctimas de violencia familiar.

En el 64.8 % (59,581) de los casos el agresor se encontraba en estado ecuaníme.

De otro lado, se recibieron en el mismo periodo 28,361 denuncias por violencia psicológica, es decir, en el Perú, cada hora 3 mujeres son víctimas de violencia psicológica.

Asimismo en el **84.44%** (41,054) de casos denunciados, el agresor es la pareja o ex pareja de la víctima (esposo/ conviviente/ ex esposo/ ex conviviente).

Estimándose que solo es el 20 %de casos de violencia familiar los que se denuncian, de éstos, el 95 % pertenecen a violencia contra la mujer.

El MINSA como órgano rector en salud ha diseñado guías de atención de la mujer con violencia para direccionar la conducta de los profesionales hacia una atención basada en criterios técnicos y científicos a fin de mejorar la identificación y abordaje de estas pacientes.

Es evidente que existen problemas que pueden involucrar no solo el desconocimiento de la atención adecuada sino que pudiera existir condicionamientos culturales en los profesionales que propician actitudes no favorables hacia la violencia de género , barreras producto de rezagos de creencias de arraigo ancestral sobre el rol de género condicionarían conductas en los proveedores de salud que impiden el manejo efectivo del problema de violencia contra la mujer .

En los lineamientos de Sector Salud la atención de salud con calidez y calidad es una prioridad en la Salud Reproductiva .Para ello se debe poner en práctica los lineamientos y protocolos que se han construido para la atención de la mujer con violencia de género, sin embargo ,se observa que en su mayoría no se evidencia las competencias para atender en forma positiva a este tipo de pacientes maltratadas**(53)**.

El sector salud es un punto clave para la detección y manejo de las mujeres maltratadas, con su liderazgo podría llevar a cabo cambios en esta área y desempeñar una función destacada en el manejo del problema ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias, sobre esto existen manifestaciones en estudios de otros países en las que sus propios profesionales de la salud manifiestan sentir la presencia de barreras institucionales de carácter organizacional que impiden la detección , manejo y la referencia de casos en forma eficiente **(54)**.

La OMS en un estudio multipaís sobre Violencia contra la mujer manifiesta que el sector salud posee un potencial único para tratar la violencia ejercida contra la mujer, en particular a través de los servicios de salud reproductiva y emergencias, a los que acuden la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida, el estudio indica, sin embargo, que este potencial está todavía lejos de lograrse, ello se debe en parte a que el estigma y el miedo provocan que numerosas mujeres se muestren reacias a revelar sus sufrimientos, pero también se debe a que muy pocos médicos, enfermeras y demás personal de salud reconocen la violencia como la causa subyacente de los problemas de salud de las mujeres, o en las instituciones de salud no existen servicios de protección o de seguimiento posterior (55).

2.2 Delimitación de la Investigación

a. Delimitación Espacial

La investigación se realizó en los servicios de emergencia de los hospitales pertenecientes al MINSA.

b. Delimitación Temporal.

El desarrollo de la Investigación, comprende un periodo de dos años, se inició cuando se concibió el problema en julio 2009 y se ejecutó en Junio Julio- 2011.

c. Delimitación Social.

Los sujetos de estudio, son los médicos y enfermeras que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a los servicios de emergencia del MINSA

2.3. Planteamiento del problema

2.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre el conocimiento, actitudes y conductas de los profesionales de la salud frente a las víctimas de Violencia de Género de los servicios de emergencia MINSA de Lima Metropolitana ?

2.3.2 Problemas Específicos

a. ¿Cuál es el nivel de el conocimiento, actitud y la conducta de los profesionales de salud frente a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitana?

B ¿Cuál es la relación entre el conocimiento y la conducta adoptada por los profesionales de salud frente a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitana?

c. ¿Cuál es la relación entre la actitud y la conducta adoptada por los profesionales de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitana?

d. ¿Qué relación existe entre la capacitación en VG y la conducta adoptada por los profesionales de la salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA-Lima Metropolitana?

2.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.4.1 Objetivo General

Determinar la relación del conocimiento, actitudes y conductas de los profesionales de la salud frente a las víctimas de violencia de género en los servicios de emergencia MINSA de Lima Metropolitana.

2.4.2 Objetivos Específicos

a. Evaluar el conocimiento, actitud y la conducta adoptada por los profesionales de salud frente a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitana

b. Determinar la relación entre el conocimiento y la conducta adoptada por los profesionales de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitana

- c. Establecer la relación entre la actitud y la conducta adoptada por los profesionales de salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA –Lima Metropolitanas de la salud durante la detección y manejo de las mujeres con VG

- e. Establecer la relación entre la capacitación en VG y la conducta adoptada por los profesionales de la salud en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios de emergencia MINSA-Lima Metropolitana?

2.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 Hipótesis General.

Existe relación significativa entre el conocimiento, actitudes y conductas de los profesionales de salud frente a las víctimas de Violencia de género que acuden a los servicios de emergencia MINSA de Lima Metropolitana.

2.5.2 Hipótesis Específicas.

- a. Existe bajo nivel de conocimiento, actitudes y conductas sobre Violencia de Género, del profesional I de salud en la atención de las víctimas de violencia de género.

- b. Existe relación significativa entre conocimiento sobre Violencia de Género, y la conducta del profesional I de salud en la atención de las víctimas de violencia de género.

- c. Existe relación significativa entre actitud sobre Violencia de Género, y la conducta del profesional I de salud en la atención de las víctimas de violencia de género.

d. No Existe relación significativa éntrela capacitación sobre Violencia de Género, y la conducta del profesional I de salud en la atención de las víctimas de violencia de género.

2.6. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN

2.6.1. Variable 1 - Conocimiento sobre violencia de género

Definición Operacional:

Es la capacidad del personal de salud de poseer aspectos cognitivos y de información sobre Violencia de género.

Indicador: a. Información conceptual sobre Violencia de Género

Es el conocimiento cognitivo, suma de datos, conceptos, modelos mentales que posee el profesional de salud recibido de una comunicación, investigación e instrucción sobre Violencia de Género.

Indicador b. Información Procedimental

Es la capacidad del personal de salud de conocer aspectos procedimentales (como hacer) establecidos que direccionen la atención de los profesionales de salud frente a las mujeres víctimas de violencia de género.

2.6.2. Variable 2 - Actitud sobre violencia de género

Definición Operacional Es la valoración, posición afectiva u orientación de pensamiento de los profesionales de la salud frente a la violencia de género, frente a la mujer violentada, y al rol de género en la sociedad en el que está inmerso.

2.6.3. Variable 3 - Conducta sobre violencia de género

Definición Operacional

La **conducta** es el conjunto de actos y comportamientos que tiene el profesional de salud en el momento de identificar y manejar a la mujer con violencia de género.

Indicador a. Detección de la Violencia de género

Definición Operacional

Localización que hace el profesional de la salud a la mujer con violencia de género, mediante el análisis e inferencias por características, signos físicos y emocionales que presente.

Indicador b. Manejo de la Violencia de género

Definición Operacional

Expresión de forma ,habilidades y competencias al conducir las actuaciones profesionales en la mujer con violencia de género, en la que se determina el nivel de integralidad o segmentación de la atención a la víctima de violencia de género en los servicios de emergencia.

2.6.4. Variable Interviniente (VI)

Capacitación

Es una actividad planeada y basada en necesidades reales de conocimientos orientadas a una mejor comprensión ,desempeño y actitud del ser humano en su puesto actual o futuro y varía en su frecuencia ,duración y modalidades de desarrollo como conferencia –laboratorios para el mejor logro de sus objetivos de aprendizaje.

2.7 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La presente investigación se justifica porque al conocerse los factores con respecto al conocimiento y la actitud hacia la violencia de género asociados relacionadas a conductas adoptadas por los profesionales en la identificación y manejo de la violencia de género se va a incentivar el establecimiento de estrategias tanto a nivel del ente rector como de las entidades prestadoras de salud para mejorar la detección y manejo de las víctimas de violencia de género por los profesionales de la salud.

Las instituciones prestadoras de salud tiene la oportunidad de alentar a los profesionales hacia la atención integral de las mujeres violentadas

disminuyendo o anulando obstáculos de estructura, procesos, fomentando la calidad en la atención a este problema que aqueja cada vez más a nuestra sociedad.

La familia y la sociedad en general son los núcleos básicos afectadas con la VG, la presente investigación al evidenciar el nivel de conocimiento que tienen los profesionales de la salud de Lima del problema de la violencia de género y la actitud de base sobre el mismo permitirá un repensar del rol profesional propendiendo de esta manera al mejoramiento de la identificación y el abordaje de las víctimas beneficiando de esta manera a la sociedad.

Para las profesiones de salud involucradas en el tema se justifica la presente investigación profesionales de salud médicos y enfermeras para replantear los planes de estudio incluir el análisis y manejo de la violencia de género a nivel de la formación de los profesionales de la salud así como para analizar y discutir la prestación brindada en esta área a fin incentivar la mejora y elevar la calidad y el prestigio de la profesión.

La importancia del presente estudio radica en la magnitud y trascendencia del problema ya que la violencia contra la mujer esta trastocando la sociedad, socavando la familia como unidad fundamental de la sociedad peruana por lo que es necesario estudiarlo desde todos los ámbitos y enfrentarlo como lo que es, un problema de salud.

CAPÍTULO III

III.- METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se eligió es descriptivo, correlacional de corte transversal en donde se describieron las características demográficos de los sujetos y las variables de estudio: conocimientos ,actitudes y conductas luego se correlacionaron.

$$M_1 = O_{x1} \begin{array}{l} \diagdown \\ \diagup \end{array} \begin{array}{l} rO_Y \\ O_{x2} \end{array}$$

Donde:

O_{x1} = Conocimientos,

O_{x2} = actitudes

O_Y = conducta

r = Índice de correlación

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población:

Son los Médicos y Enfermeras que prestan servicios profesionales en los servicios de emergencias de 5 Hospitales de Lima Se seleccionó los profesionales médicos y enfermeras del servicio de emergencia por ser los que tienen el primer contacto con las víctimas de violencia de género y su actuación es determinante para la identificación y manejo del problema en emergencia.

La población de médicos son los que prestan servicio en emergencia por rotación en turnos a la semana, ellos pertenecen según especialidades a

servicios de medicina, cirugía y gineco-obstetricia. La Población de Enfermeras son las que laboran en forma fija en los servicios de Emergencia.

a. Ámbito de estudio

Son 5 Hospitales Nacionales Nivel IV pertenecientes al Ministerio de Salud. El criterio de selección de los hospitales fue en razón de la alta cobertura que tienen a todos los estratos sociales de la población no asegurada de Lima Metropolitana, están ubicados en zonas de donde se reportan elevados niveles de violencia contra la mujer como el Cono norte ,Cono sur ,Barrios altos , La Victoria .Los servicios de emergencia de los hospitales de Lima son de alta densidad de pacientes, en donde se brinda atención tanto a las Urgencias como a las Emergencias ellos son :

1. Dos de Mayo
2. Arzobispo Loayza
3. María Auxiliadora
4. Santa Rosa
5. Cayetano Heredia

3.2.2 Muestra

La muestra se seleccionó en forma aleatoria en los servicios de emergencia elegidos para el estudio

Las características de la muestra de médicos son graduados, especialistas , residentes de medicina ,cirugía y gineco obstetricia y en menor porcentaje internos rotando por las diversas especialidades. Las enfermeras en su mayoría son asistenciales que tiene turnos fijos en emergencia. El tamaño muestral fue considerando un error de 5% y un nivel de confianza de 95% para una distribución normal estandarizada .Anexo La elección fue en proporción para cada muestra estratificada considerando índice. Lo que

significó 142 médicos, 56 enfermeras. La elección fue en proporción para cada muestra estratificada considerando índice.

La Población de médicos que rotan por emergencia es de 255 los cuales pertenecen a 5 Hospitales de Lima Metropolitana considerados en el estudio.

El promedio de Población es de 55 médicos por hospital, los cuales rotan en emergencia los 7 días de la semana en los diferentes turnos intercaladamente y pertenecen a las áreas de cirugía ,medicina, ginecología y traumatología.

Para la muestra total se determinan según la siguiente formula estadística.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1) E^2 + Z^2 pq}$$

donde :

n= tamaño muestral

z = 1.96 Coeficiente de Confiabilidad para un nivel de 95% de nivel de seguridad

N= 255 población total de médicos que rotan por emergencia

p= 40% estimado de percepción negativa de calidad por el usuario

q = 60% estimado de percepción positiva de calidad por el usuario

E= 5% error muestral

Calculo de la muestra :

$$n = \frac{(1.96)^2 (40) (60) 255}{254 (5)^2 + (1.96)^2 (40) (60)}$$

=

$$= \frac{23510592}{6350 + 9219.84} = \frac{235105092}{15569.84}$$

n = 142 médicos

La Población de enfermeras que laboran en emergencia es de 80 enfermeras en los 5 servicios de Emergencias de los Hospitales seleccionados de Lima Metropolitana, las enfermeras son personal fijo en el servicio a diferencia de los médicos que hacen turnos y pertenecen a otros servicios según especialidad.

La población de enfermeras por cada hospital es de 20 enfermeras por cada hospital, ellas son personal fijo de emergencia durante los 7 días de la semana en los diferentes turnos considerados en el estudio.

La cantidad de enfermeras de la muestra es determinada según fórmula estadística.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1) E^2 + Z^2 pq}$$

donde :

n= tamaño muestral

z = 1.96 Coeficiente de Confiabilidad para un nivel de 95% de nivel de seguridad

N= 100 población total de enfermeras que rotan por emergencia

p= 40% estimado de percepción negativa de calidad por el usuario q

= 60% estimado de percepción positiva de calidad por el usuario

E= 5% error muestral

Calculo de la muestra :

$$n = \frac{(1.96)^2 (40) (60) 80}{79 (5)^2 + (1.96)^2 (40) (60)}$$

$$= \frac{3.8416 (40) (60) 80}{1975 + (1.96)^2 (40) (60)} = \frac{73587.2}{11194.84} = 56 \text{ enfermeras}$$

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica:

La técnica utilizada es la encuesta que contó con la participación de encuestadores previamente preparados para que resuelva cualquier duda de los encuestados.

3.3.2 Instrumento:

El instrumento fue un Cuestionario el que se aplicó durante Mayo y Junio del 2011.

A los médicos se les entregó en sus servicios de especialidad para que lo desarrollaran sobre su actuación en emergencia , a las enfermeras en los servicios de emergencia en momentos en que había menos flujo de pacientes. Para médicos y enfermeras se entregó los mismos instrumentos cada profesional lo desarrolló según su rol.

El cuestionario contiene preguntas cerradas en su mayoría solo hay preguntas abiertas para que se mencione los lugares adonde se suele referir a la víctima La codificación se realizó según el tipo de medición con escala nominal y ordinal de intervalo y razón.

El Cuestionario tiene 4 áreas

.- Datos Generales de los encuestados

- a. Características demográficas de los encuestados.
- b. Capacitación sobre violencia de género
- c. Experiencia de vida con la violencia de género

I. – Variable Conocimiento

Se aplicó 11 ítems de los cuales 10 son preguntas cerradas y 1 abierta distribuidos en las siguientes sub variables:

- a -Información Conceptual de la Violencia de Género : Indaga cuanto sabe el encuestado sobre Violencia de género, características , rol de género . Se consideró 7 ítems medidos con escala dicotómica.
- b - Información procedimental conocimiento de cómo se hace un procedimiento. Se consideró 4 ítems.

La medición de la variable se realizó mediante escala Dicotómica.

II.- Variable Conducta

Para la Medición de la Conducta se establecen dos sub variables :

- a. Identificación de la víctima en emergencia
- b. Manejo de la atención después de ser identificada

Se mide con escala dicotómica y de selección múltiple

III.- Variable Actitud

Se determina midiendo las siguientes dimensiones:

- Jerarquía en el rol*
- Autonomía de la mujer*
- Naturaleza de la violencia de género*
- Implicancias legales y ciudadanas*

Consta de 9 ítems de los cuales: 6 son con dirección positiva, y 3 con dirección negativa , la escala de medición es Lickert con 5 alternativas de respuesta.

IV.- Variable Interviniente

Capacitación sobre violencia de género

- Frecuencia –Duración- Modalidad

3.3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La validación del instrumento se realizó con una prueba piloto aplicada a un conjunto de médicos y enfermeras, 30 % de la muestra con las mismas características de la población, médicos y enfermeras que laboren en hospitales del MINSA en Lima.

Se realizó las correcciones de claridad y precisión al instrumento corrigiendo 3 ítems que inducían al error a los encuestados y modificando la pregunta en 4 para dar claridad.

Se suprime dos ítems que no eran representativos según se verificó en la prueba piloto.

Todos los entrevistados coincidieron que el tema era de importancia dada la realidad del problema de violencia de género en Lima.

Para la validez de consistencia se aplica la Prueba de correlación de Pearson resultando válido.

Para confiabilidad se aplicó el coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach evidenciándose una confiabilidad con resultado 1

3.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis descriptivo se realizó calculando porcentajes, promedios desviación estándar para cada una de las variables, se establecieron categorías para establecer niveles de respuesta según estatinos para proceder al cruce de variables.

La correlación entre la variable conocimiento y la variable conducta se ordenó los datos en tablas de Contingencia aplicando la prueba de Ji cuadrado.

Igualmente para establecer la correlación entre la variable actitud y la variable conducta se ordenó los datos en tablas de Contingencia aplicando la prueba de Ji cuadrado.

Por ser de importancia para el estudio se correlacionó la capacitación recibida con la conducta descrita por el profesional en emergencia.

En las preguntas abiertas se realizó el análisis de contenido para cada una de las preguntas.

El análisis se estableció con las diferencias según rol profesional de médico y enfermeras.

CAPÍTULO IV

4.1.- PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DE RESULTADOS

Después de recoger los datos se procede al procesamiento presentándolos en tablas estadísticas.

4.1.1 En el análisis descriptivo de las características demográficas, en los datos laborales se calculan promedios, desviación estándar, máximo y mínimo.

Luego se describen específicamente las variables de estudio conocimiento, actitud y conductas de los profesionales.

4.1.2. Los resultados descriptivos de las variables se presentan en tablas de una sola vía tanto en número como en porcentajes tanto de los médicos como de las enfermeras

4.1.3. Los resultados de la relación de variables se presentan en tablas de contingencia y al pie los resultados mediante prueba estadística Ji cuadrado.

TABLA N° 01

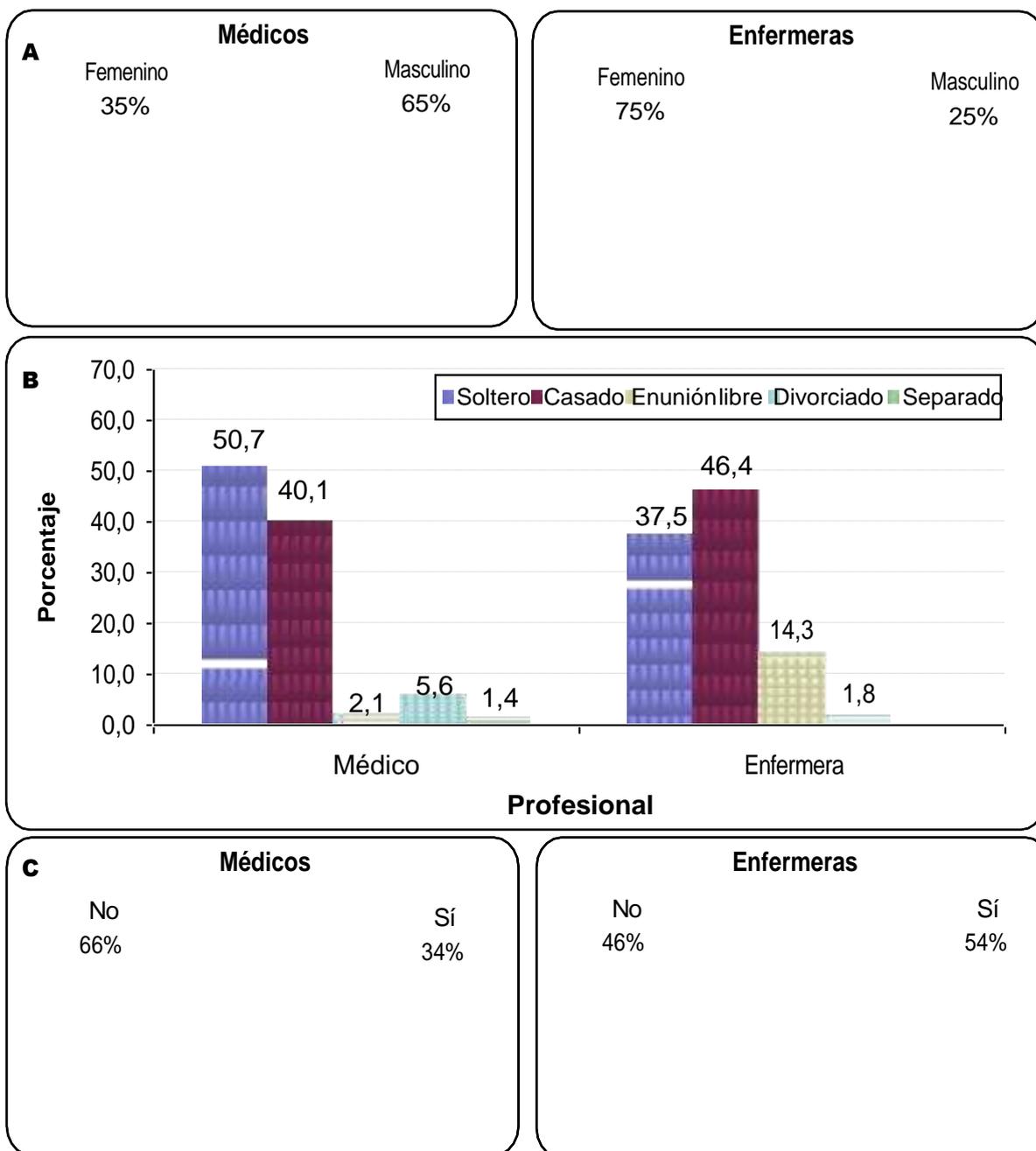
CARACTERÍSTICAS Y VARIABLES DEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Variables	Categorías	Médico		Enfermera	
		Nº	%	Nº	%
Sexo	Masculino	92	64,8	14	25,0
	Femenino	50	35,2	42	75,0
Estado civil	Soltero	72	50,7	21	37,5
	Casado	57	40,1	26	46,4
	En unión libre	3	2,1	8	14,3
	Divorciado	8	5,6	1	1,8
Tiene hijos	Separado	2	1,4		
	No	48	33,8	30	53,6
	De 1 año a 4 años	94	66,2	26	46,4
Años de graduado	De 5 años a 10 años	65	45,8	13	23,2
	De 11 años a 25 años	64	45,1	24	42,9
	De 26 años a más	10	7,0	19	33,9
	De 6 meses a 5 años	3	2,1		
Tiempo de servicio	De 6 años a 10 años	123	86,6	31	55,4
	De 11 años a 15 años	13	9,2	15	26,8
	De 16 años a más	2	1,4	5	8,9
	De 6 meses a 5 años	4	2,8	5	8,9
	De 6 años a 10 años	135	95,1	45	80,4
Tiempo de rotación por emergencia	De 6 años a 10 años	4	2,8	5	8,9
	De 11 años a 15 años	2	1,4	4	7,1
	De 16 años a más	1	0,7	2	3,6
Estudios de post-grado	Sin post-grado	26	18,3	17	30,4
	Especialidad	90	63,4	30	53,6
	Maestría	22	15,5	4	7,1
	Doctorado	4	2,8	5	8,9

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.



(A) Sexo de los profesionales, (B) Estado civil de los profesionales y (C) Tenencia de hijos de los profesionales de la salud.

Datos Socio demográficos

Con respecto al sexo la profesión médica tradicionalmente masculina sin embargo se observa que casi la tercera parte son mujeres encontrándose 35.2 % mujeres médicos sobre un porcentaje de 64.8 % de hombres médicos, en relación a las enfermeras es mayor el porcentaje de mujeres enfermeras que hombres en porcentaje de 75% mujeres frente a 25.0% de enfermeros hombres predominando aún el sexo femenino en las enfermeras a pesar que ha aumentado el número de hombres en la profesión.

En lo que respecta al estado civil predomina los solteros y en segundo lugar casado en médicos y en las enfermeras en primer lugar son casadas y en segundo lugar las solteras.

TABLA Nª 2

PROMEDIO Y DS DE AÑOS DE GRADUADO -TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN Y EN EL SERVICIO

DATOS LABORALES	MEDICOS n=142				ENFERMERAS n=56			
	MEDIA	DS	MAX	MIN	MEDIA	DS	MAX	MIN
AÑOS DE GRADUADO	7.5	6.6	41	1	9.9	5.4	20	3
AÑOS EN LA INSTITUCIÓN	4.5	5.5	30	6 meses	6.6	5.5	20	4 meses
AÑOS EN EMERGENCIA	2.5	3.3	15	5 meses	4.8	4.5	18	3 meses

FUENTE: Encuesta

El promedio de tiempo de graduado de médicos es de 7.5 años, la desviación estándar (DS) 6.6 y de enfermeras es 9.9 promedio DS de 5.4 (tabla 2) el tiempo en la institución promedio de médicos es 4.5 la DS 5.5 de enfermeras promedio es 6.6 DS 5.5 evidencian que los grupos son jóvenes ya que el 70% de médicos y enfermeras tienen menos de 8 años de servicio en el 30% restante oscila entre 9 a 15 años de servicio.

El tiempo de rotación en el servicio de emergencia, el 90% tienen menos de 5 años rotando por emergencia, entendible ya que en los servicios de emergencia los profesionales suelen ser rotados cuando cumplen años de servicio.

El 63.4% de médicos y el 53 % de enfermeras tiene estudio de especialidad este tipo de posgrado resulta en mucho mayor proporción que estudios de

maestría que tiene 22% para médicos y 4 % para enfermeras ,la función asistencial promueve mas la especialidad que los otros grados.

En conclusión la muestra de profesionales es predominantemente joven con poco tiempo de servicio, solteros en mayor proporción y en segundo lugar casados en mayor proporción , con estudios en su mayoría de especialidad y , algo importante es que el gran porcentaje de médicos y enfermeras no tiene estudios o capacitación alguna sobre violencia de género.

TABLA Nº 3

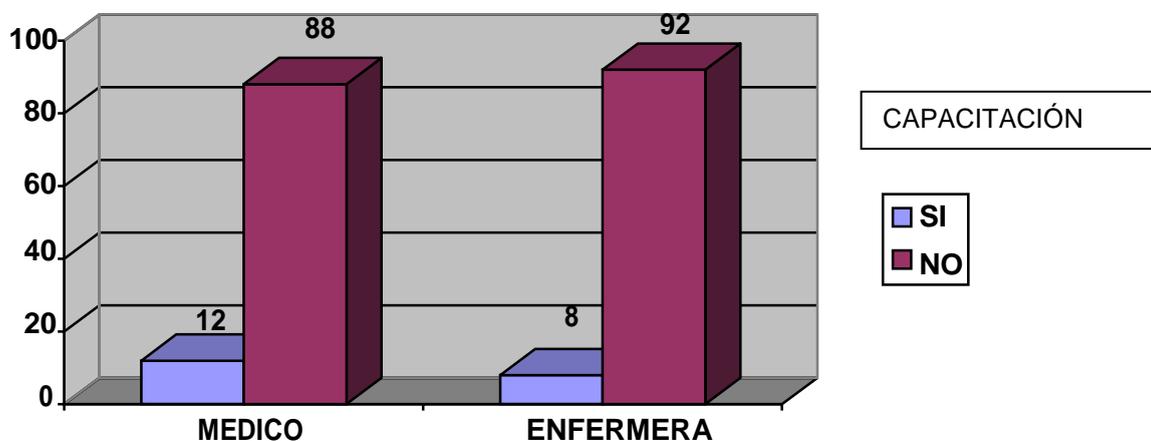
CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Capacitación Sobre Violencia de Género	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
si	16	12	5	8
no	126	88	51	92
total	142	100,0	56	100,0

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 3

CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.



En los médicos el 88% no tiene capacitación sobre violencia de género, el 12 % restantes si la han recibido, en las enfermeras se manifiesta menos capacitación que en los médicos el 92% de enfermeras no ha recibido ninguna capacitación sobre violencia de género durante su vida profesional Se evidencia así, que el tema de violencia de género no es prioridad de estudio entre los profesionales de la salud , aun conociendo la magnitud del problema en la población.

TABLA N° 4

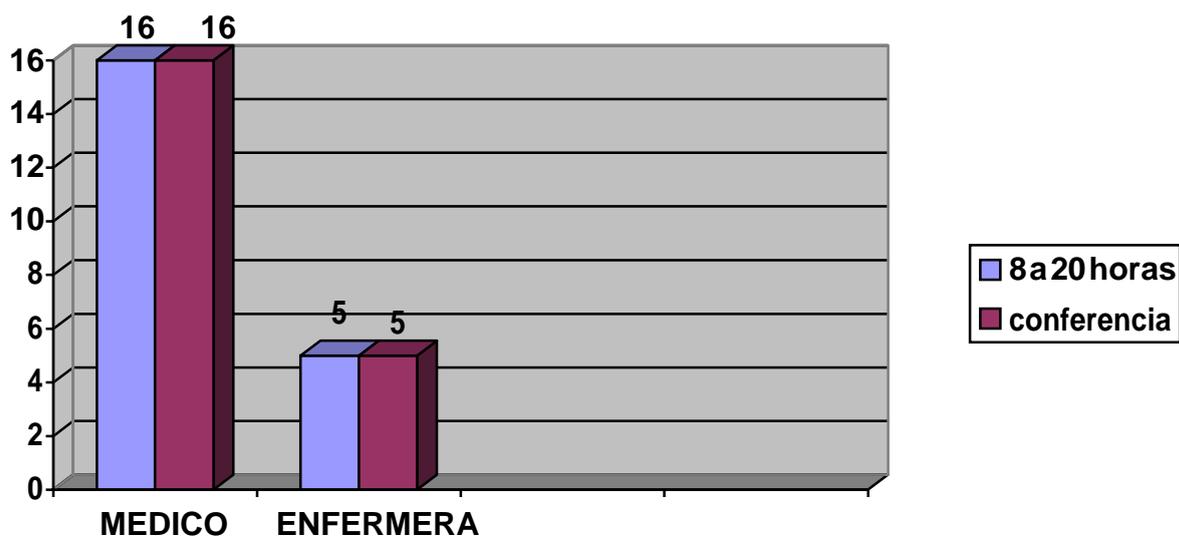
TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Tipo de Capacitación Sobre VG	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Nº Horas				
8 -20 horas	16	100%	5	100%
>20horas	0	0%	0	0%
Modalidad				
a. Solo conferencia	16	100%	5	100%
b. Laboratorio vivencial	0	0%	0	0%
TOTAL	16	100%	5	100%

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N° 4

TIPO DE CAPACITACIÓN SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO



Del total de médicos estudiados ,solo 16 manifiestan haber recibido capacitación sobre violencia de género y la duración es de menos de 20 horas como promedio. Las modalidades es tipo conferencia en su totalidad. En las enfermeras 5 son las capacitadas sobre VG el tipo de capacitación que recibieron es de menos de 20 horas, la metodología es tipo conferencia.

Por lo que podemos observar la capacitación recibida por los profesionales de salud es insuficiente en horas y la metodología es de tipo conferencia.

La modalidad transmisiva en la enseñanza de la capacitación recibida por los profesionales no suele cambiar patrones ni modelos mentales arraigados como son los que se establecen con respecto a los roles de género y por ende de la violencia.

TABLA Nº 05

**INFORMACIÓN CONCEPTUAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO,
PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA,
HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.**

Información		Médico		Enfermera	
		Nº	%	Nº	%
La VG ocurre en los estratos más pobres.	Correcta	87	61,3	37	66,1
	Incorrecta	55	38,7	19	33,9
Hay un perfil específico para las mujeres maltratadas y para los agresores.	Correcta	79	55,6	17	30,4
	Incorrecta	63	44,4	39	69,6
La violencia de género tiene raíz cultural.	Correcta	100	70,4	38	67,9
	Incorrecta	42	29,6	18	32,1
La mayoría de las mujeres en situación de violencia la notifican espontáneamente.	Correcta	110	77,5	38	67,9
	Incorrecta	32	22,5	18	32,1
La VG la ejerce el agresor mas en estado de embriaguez.	Correcta	76	53,5	31	55,4
	Incorrecta	66	46,5	25	44,6
La violencia de género es un problema de ámbito policial y judicial no de salud.	Correcta	120	84,5	44	78,6
	Incorrecta	22	15,5	12	21,4
La condición subordinada de la mujer en la sociedad es causa de la violencia de género.	Correcta	105	73,9	41	73,2
	Incorrecta	37	26,1	15	26,8

FUENTE: Encuesta

De los 7 ítems que conforman la información conceptual sobre violencia de género, en cuanto a médicos un promedio de 67 % de médicos tienen información correcta sobre violencia de género frente a un 33 % que tiene información incorrecta sobre el tema de violencia de género. Los médicos muestran más conocimiento en reconocer que la violencia de género es un problema de salud, y menos conocimiento sobre el perfil de las mujeres con violencia de género sin conocer que no hay un perfil específico para la violencia de género.

En cuanto a las enfermeras un promedio de 63% tiene información conceptual correcta frente a un 37 % que no tiene información correcta, ellas al igual que los médicos reconocen que la violencia de género es un problema de salud e

igualmente que los médicos se equivocan pensando que hay un perfil específico de la mujer con violencia de género.

Podemos observar que el conocimiento de ambos grupos profesionales es bajo en esta problemática de salud, oscila entre 35 a 37 % de error, explicable ya que según estudios de investigación en el pregrado la información que reciben de esta área es casi nula y ya como profesionales no hay capacitación efectiva por parte de las instituciones de la salud sobre el problema de violencia de género.

TABLA Nº 06

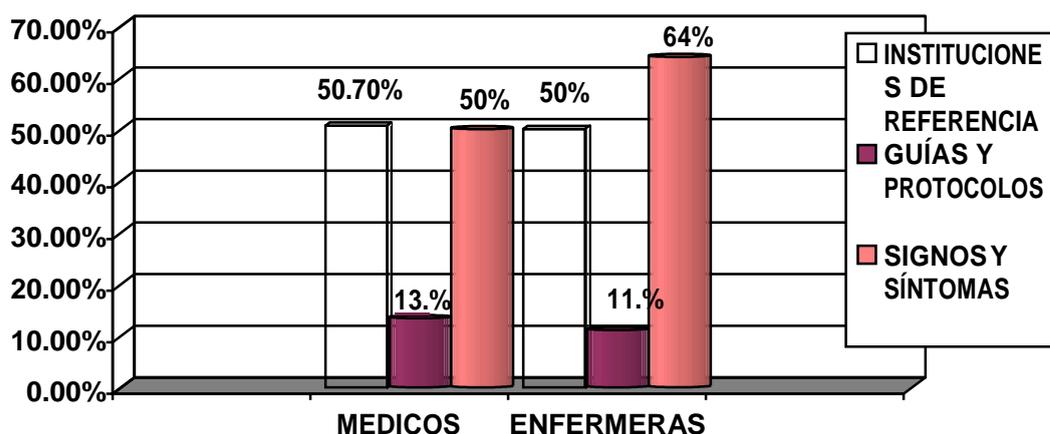
INFORMACIÓN PROCEDIMENTAL SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO, QUE POSEEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Conocimiento		Médico		Enfermera	
		Nº	%	Nº	%
Sobre institución a referir.	Sí	72	50,7	28	50,0
	No	70	49,3	28	50,0
Sobre guía o protocolo sobre VG.	Sí	19	13,4	6	11,1
	No	123	86,6	48	88,9
Sobre signos y síntomas psicoemocionales VG.	Sí	71	50,0	36	64,3
	No	71	50,0	20	35,7

FUENTE: Encuesta

GRAFICO Nº 06

INFORMACIÓN PROCEDIMENTAL



La información de tipo procedimental se refiere a la información sobre los procesos y procedimientos en la práctica hospitalaria frente a las víctimas de violencia de género. Contrastando con la información conceptual los profesionales tienen mucho menos información procedimental que conceptual. Los resultados que ostentan los médicos y enfermeras evidencian coincidencia en ambos grupos profesionales ya que en un 50% aproximadamente conocen instituciones a donde referir a las víctimas de violencia de género pero hay un alto porcentaje de 50% que desconocen a que instituciones referir, esto constituye un problema serio ya que estos profesionales son los que tienen más oportunidad en los servicios de referir a las víctimas a sitios especializados, si bien el médico realiza la transferencia formalmente la enfermera es orientadora de la paciente como parte de la atención integral por lo que ambos profesionales deben de conocer adonde referirla.

Tanto médicos y enfermeras desconocen en un 88% aproximadamente la existencia de guías y protocolos que direccionen el accionar frente a las víctimas de violencia de género, este resultado resulta ser muy significativo ya que nos indica que existiendo instrumentos validados, publicados en el MINSA donde se orienta y dan pautas de la atención a las víctimas de violencia y que deben conocerse y aplicarse en la atención, el desconocimiento por parte de los profesionales de la salud es casi total.

Lo que ratifica que los procesos y procedimientos para la atención de las víctimas son casi desconocidos por los profesionales.

El tercer ítem nos dice sobre la capacidad de reconocer por los profesionales algún signo o síntoma psico emocional a las víctimas lo que tiene gran importancia, ya que de este reconocimiento que puedan realizar los profesionales dependerá que puedan identificar a las víctimas.

Las mujeres que sufren violencia de género suelen esconder el problema, ya sea por vergüenza o temor, es mediante estos signos que un observador acucioso y conocedor identifica y tiene la capacidad de detectar a las víctimas, el reconocimiento de ello es el primer paso positivo para direccionar una atención adecuada a este problema.

Los médicos tienen 50% de conocimiento de los signos y síntomas psico emocionales de violencia de género versus 50% de desconocimiento sobre signos psico emocionales.

Un 64% de enfermeras reconocen signos y síntomas frente al 37% de enfermeras que los desconocen, entre los signos que reconoce la enfermera es la mirada esquiva, la no comunicación que puede evidenciar cólera , temor, entre los síntomas esta el dolor no relacionado a causa, insomnio.

Tabla N° 07

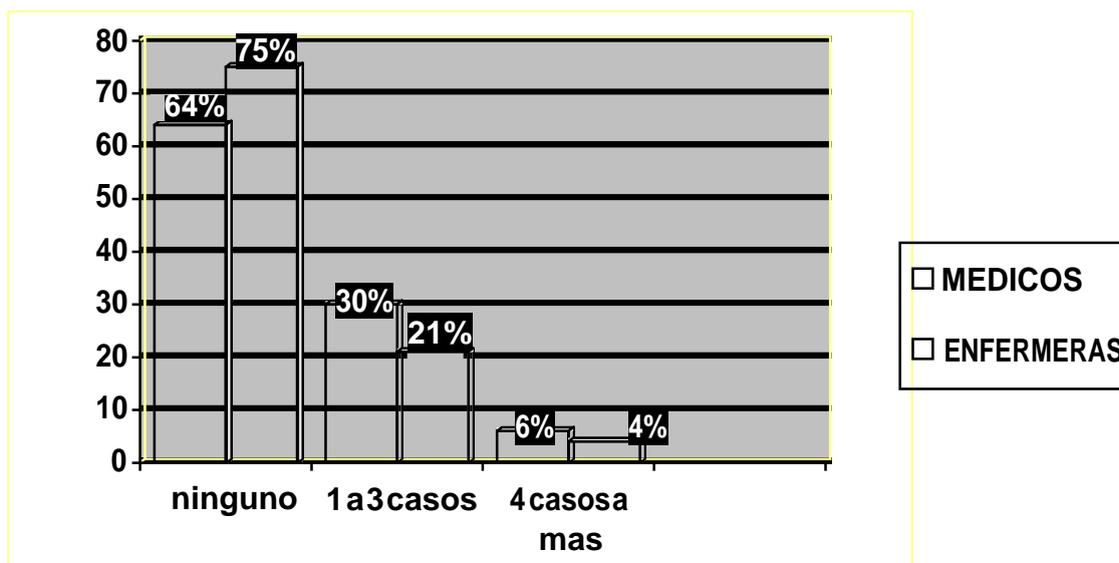
FRECUENCIA DE IDENTIFICACIÓN A LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Frecuencia de identificación de mujeres con VG	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
Ninguno	91	64,1	42	75,0
De 1 caso a 3 casos	42	29,6	12	21,4
De 4 casos a más	9	6,3	2	3,6

FUENTE: Encuesta

GRAFICO N° 07

IDENTIFICACIÓN DE MUJERES CON VIOLENCIA DE GÉNERO



Las víctimas acuden a los servicios de emergencia como primera opción para atenderse a los problemas de salud de tipo médico que suele aquejarla, muchas de estas dolencias son enfermedades psicosomáticas que tienen en realidad como fondo el problema de la violencia que en ocasiones tienen manifestaciones agudas que las obligan a acudir a los servicios de emergencias. Por lo tanto los profesionales de la salud que laboran en emergencia de los hospitales tomados como lugares de estudio situados en zonas con elevados niveles de violencia de género tienen la oportunidad de atender a las víctimas durante el tiempo que vienen laborando en los servicios, muchos de ellos manifiestan no atender a ninguna porque simplemente no la han detectado y la han atendido limitando su atención a calmar la dolencia física.

La tabla N° 6 expone que el 64% de médicos manifiesta nunca haber atendido a una paciente víctima de violencia de género y en las enfermeras el 75% de ellas nunca lo ha hecho. Estos porcentaje podrían evidenciar que la capacidad de detección de la violencia es escasa en los profesionales de la salud.

Sólo el 6.3% de médicos y el 3.6 % de enfermeras de la muestra han atendido más de 4 casos de violencia de género en el servicio de emergencia en todo su tiempo de rotación.

TABLA Nº 08

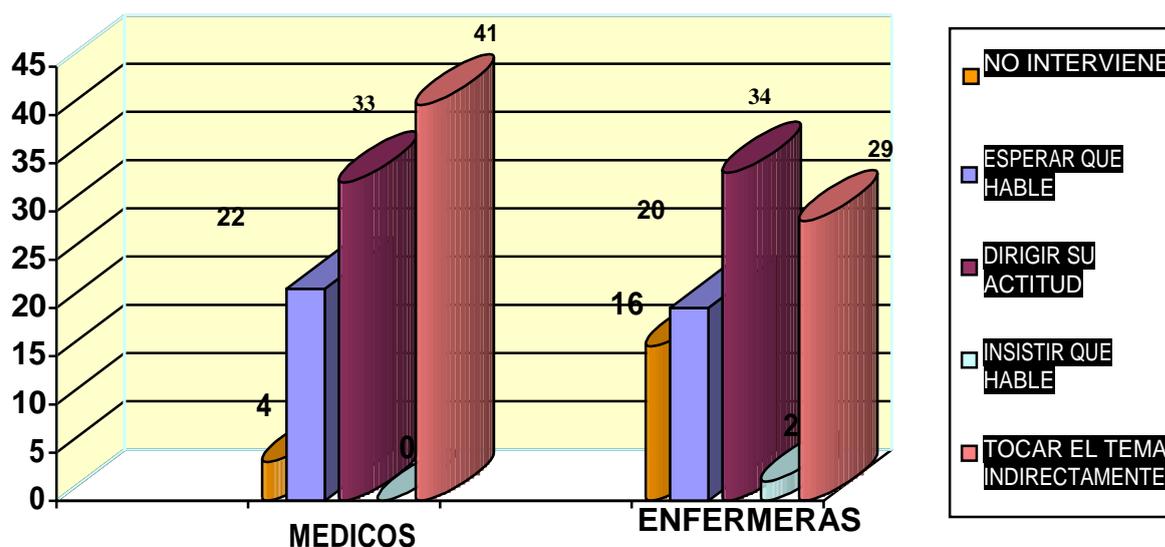
MANEJO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO QUE NO HABLA DEL PROBLEMA, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Manejo de la atención	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
Prefiere no intervenir	5	3,5	9	16,1
Dejar que ella hable cuando desee	31	21,8	11	19,6
Darle indicaciones sobre qué actitud tomar	47	33,1	19	33,9
Insistir a que hable del problema			1	1,8
Tocar el tema en forma indirecta	59	41,5	16	28,6

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 08

MANEJO DE LA ATENCIÓN A LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO



En el presente cuadro la conducta óptima que se considera a desarrollar por los profesionales de la salud es “Tocar el tema en forma indirecta”, ya que las víctimas al no hablar del problema de violencia la conducta adecuada del profesional conocedor es tocar el tema en forma indirecta para no presionar y en esa forma evitar negativizar mas a la paciente, pero de alguna forma , encontrar una entrada para abordar el tema.

La forma más inadecuada es evitar o ignorar sin intervenir o sino presionar o insistir en que hable ya que los resultados de ello sería mayor negatividad.

El 41 % de médicos y 28.6% de las enfermeras hace lo correcto, pero un porcentaje 59 % de médicos y 72% de enfermeras, la mayoría, opta por posiciones no adecuadas ,lo que en la práctica contribuye a no poder identificar el la violencia de género y contribuir de esta forma a que no sea canalizada como un problema de salud.

En general los médicos tiene una conducta más óptima que las enfermeras porque más de ellos prefieren tocar el tema en forma indirecta ante la mujer que no habla del problema que esta padeciendo.

TABLA N° 09

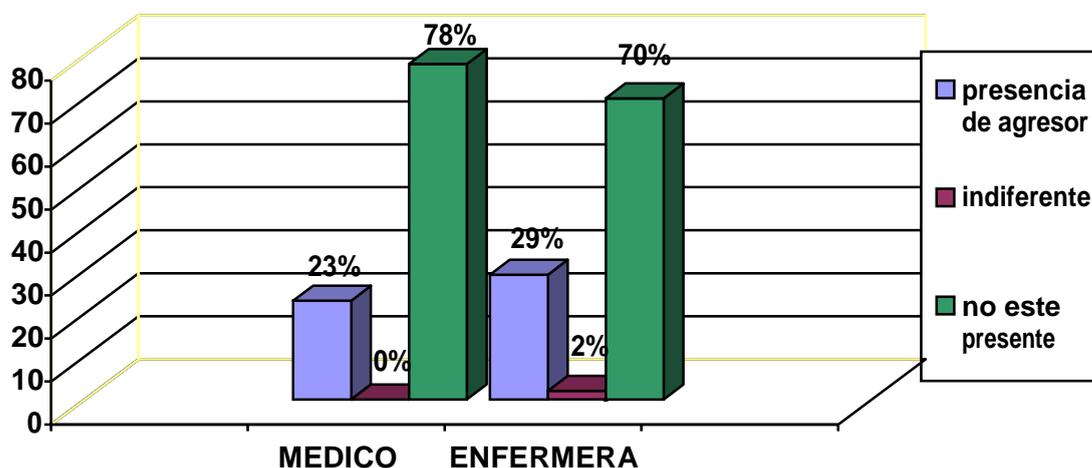
CONDUCTA FRENTE AL PROBABLE AGRESOR , PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Conducta frente al probable agresor	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
Es mejor que el agresor esté presente en la entrevista	32	22,5	16	28,6
Es indiferente que este o no durante la entrevista	0	0	1	1,8
Lo invita para que lo deje solo con la paciente	110	77,5	39	69,6

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N° 09

CONDUCTA FRENTE AL PROBABLE AGRESOR



El 77,5 % de médicos del estudio y el 69,6% de enfermeras optarían por la posición correcta como es invitar al probable agresor a que lo deje solo para atender a la paciente, aproximadamente un 30% de profesionales médicos y enfermeras deja que el agresor este presente mientras atiende a la víctima.

Esta posición es contraproducente ya que frente al agresor la víctima se intimida y no se puede lograr que ella de señales o hable de su problema.

Los profesionales se confunden porque el agresor enmascara su verdadera personalidad agresiva, mostrándose como dicen los estudios en un hombre calmado y colaborador con los que atienden a su pareja, lo que resulta engañoso, desvirtúa su verdadero intención que es impedir que la pareja comunique el problema.

.

TABLA Nº 10

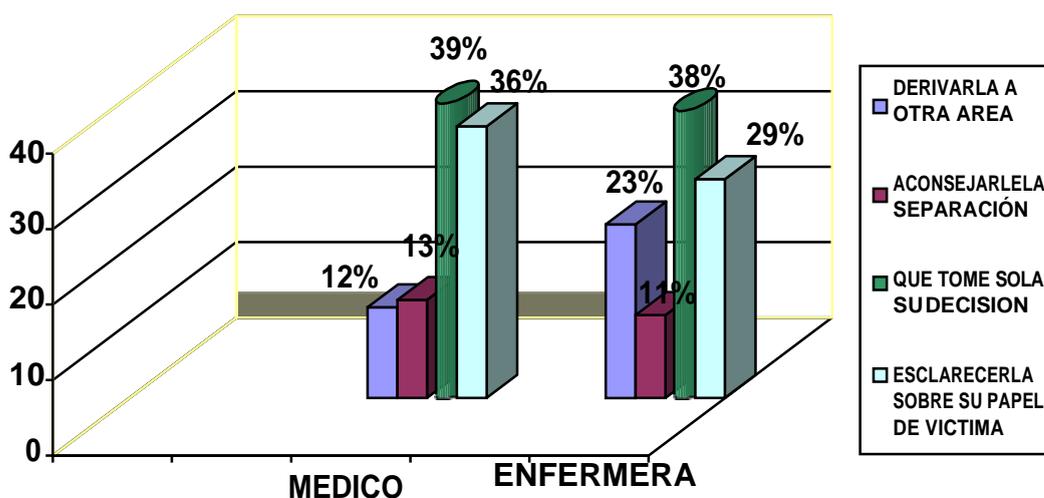
DETECCIÓN A LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO QUE MANIFIESTA SU PROBLEMA, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Tipo de abordaje	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
a. Derivarla a otra área sin tocar el tema	17	12,0	13	23,2
b. Aconsejarle la separación	18	12,7	6	10,7
c. Que tome ella sus propias decisiones	56	39,4	21	37,5
d. Esclarecerla sobre su papel de víctima	51	35,9	16	28,6

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 10

DETECCIÓN A LA MUJER CON VIOLENCIA DE GÉNERO



La posición óptima del profesional de salud frente a las víctimas que si manifiestan su problema es esclarecerla sobre su papel de víctima ya que muchas mujeres se dejan maltratar porque piensan que ellas son las causantes o dan motivos para ser maltratadas. Solo el 35% de médicos que aborda el problema adopta esta conducta, en cuanto a enfermeras solo el 28.6% lo hace. El gran porcentaje restante de profesionales tanto médicos y enfermeras adopta posiciones de conducta diferentes y no adecuadas siendo la más adoptada por ambos grupos profesionales dejarla que ella tome sus propias decisiones lo que no es adecuado ya que en ese momento la víctima solo tomará la decisión de callar el problema y paralizarse si no es esclarecida que es una víctima y no la causante de la agresión como se lo hace notar su victimario.

Dejarla que ella tome sus propias decisiones sin esclarecerla es dejarla a la deriva ya que necesita orientación mínima que es la que se requiere de un profesional de la salud

TABLA Nº 11

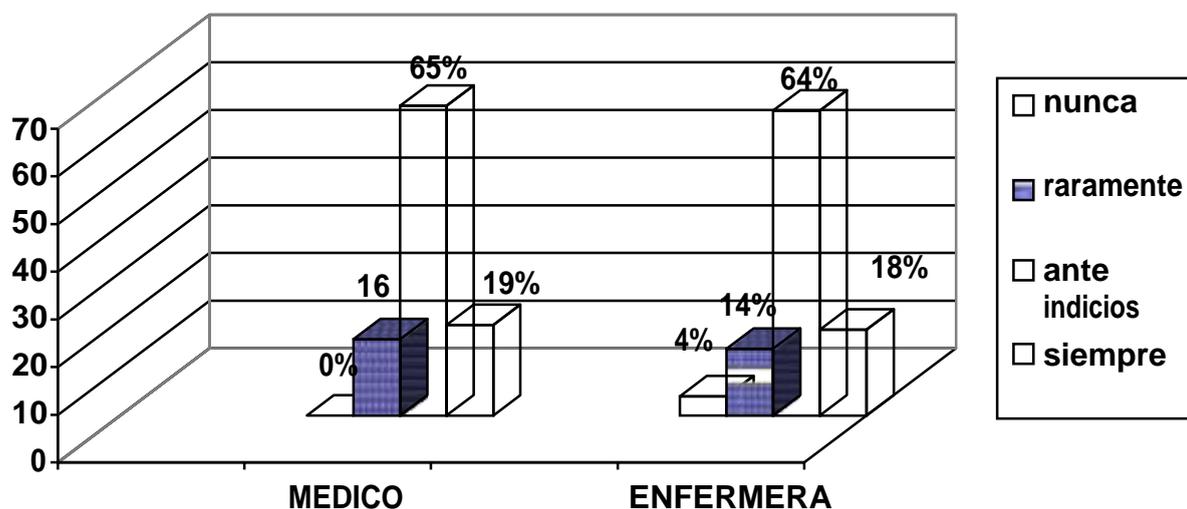
FRECUENCIA DE PREGUNTAS PARA DETECCIÓN DE VG POR LOS PROFESIONALES DE SALUD , EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA,HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Frecuencia de preguntas para detección de VG.	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
Nunca	0	0	2	3,6
Raramente	23	16,2	8	14,3
Sólo cuando sospecha que se trata de un caso	92	64,8	36	64,3
Siempre	27	19,0	10	17,9

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 11

FRECUENCIA DE PREGUNTAS PARA DETECCIÓN DE VG



El 64.8% de médicos y el 64.3% de enfermeras hace preguntas de detección de violencia solo cuando ve indicios o sea cuando sospecha que existe violencia.. Esto desde un punto de vista podría ser positivo , pero en este problema se suele esconder los signos de violencia y son difíciles de reconocer por lo que gran parte de víctimas se quedan sin ser indagadas.

Es más, estos porcentajes sumados a los que raramente lo hacen 16.2% en médicos y 14.3% de enfermeras , nos indica que en suma muchas de las probables víctimas de violencia de género que acuden a los servicios de emergencia no solo se quedan sin ser indagadas si no que no se establece una relación entre los síntomas que presentan y la violencia que puede ser el problema de fondo y la verdadera causa de enfermedad que las trae.

La forma de detectar la violencia de género al encontrarnos frente a una probable víctima es la realización de preguntas no directas pero que conduzcan a detectar o identificar a las víctimas.

Según investigaciones del problema nos dicen que los profesionales no realizan preguntas porque no saben cómo hacerlas o al detectar el problema no saben cómo actuar o que temen verse involucrados en el problema.

Lo que resulta en una conducta con escasa o nula indagación sobre el problema.

Identificar mediante preguntas indirectas sobre el problema demuestra el interés del profesional por abordar el problema y orientar a una solución.

Esta actitud es apreciada por la víctima que aunque no lo demuestre espera que en la institución de salud se interesen por el problema de fondo que la aqueja y aunque no lo exprese espera una orientación que puede ser abierta o tácita.

TABLA Nº 12

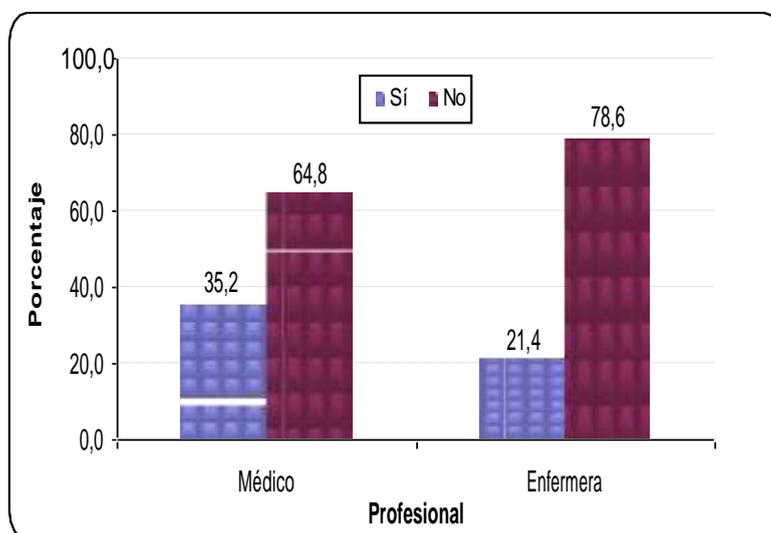
**REFERENCIA A LAS VÍCTIMAS DE VG POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.**

Referencia	Médico		Enfermera	
	Nº	%	Nº	%
Total	142	100,0	56	100,0
Sí	50	35,2	12	21,4
No	92	64,8	44	78,6

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 12

REFERENCIA A LAS VÍCTIMAS DE VG



Un alto porcentaje de médicos 64.8% y 78.6 % de enfermeras no refiere a las víctimas de violencia a entidades especializadas para tratar el problema , muchos de ellos por desconocimiento de lugares donde referir ,otros como se mostró en cuadros anteriores por evitar entrar en el problema o porque temen verse involucrados en problemas legales .

TABLA N° 13

ÁREA DE REFERENCIA POR EL PROFESIONAL DE SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VG, SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Área de referencia	Médicos		Enfermeras	
	Nº	%	Nº	%
Total	50	100,0	12	100%
Asistencia Social	3	6,0	2	15%
Psicología	16	32,0	4	30%
Programa dentro del MINSA	6	12,0		
Comisaría de la Mujer	22	44,0	6	50%
Otros -psiquiatría	3	6,0		

FUENTE: Encuesta

Los lugares donde refieren a las pacientes son áreas extra hospitalarias como la comisaría de la mujer y las áreas intrahospitalarias son servicio social y psicología. Suelen desconocer otras entidades extra hospitalarias que puedan además dar orientación especializada a las víctimas.

TABLA N° 14

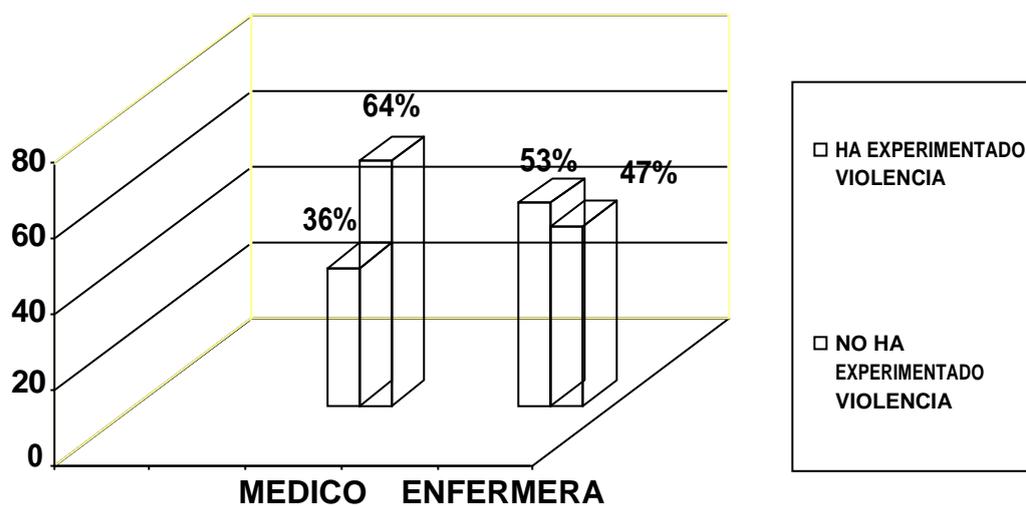
EXPERIENCIA DE VIDA DEL PROFESIONAL SOBRE VG, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Experiencia del profesional sobre VG		Médico		Enfermera	
		Nº	%	Nº	%
Ha tenido experiencia de VG en personas cercanas a su entorno	Sí	28	19,7	17	30,4
	No	114	80,3	39	69,6
Ha ejercido violencia o recibido violencia de su pareja alguna vez.	Sí	8	5,6	13	23,2
	No	134	94,4	43	76,8

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N° 14

EXPERIENCIA DE VIDA DEL PROFESIONAL SOBRE VG.



La experiencia de vida en Violencia de género en la presente investigación consiste en la experiencia tanto personal que haya tenido el profesional de la salud como del entorno en que vive con la violencia de género.

El 19.7 de médicos y el 30.4 de enfermeras ha tenido experiencia de VG en personas cercanas a su entorno.

El 5.6% de médicos y el 23.2 de enfermeras han tenido experiencia personal o sea han ejercido violencia o han recibido VG de parte de su pareja.

Se observa que las profesionales enfermeras predominantemente mujeres admiten mayor experiencia de vida de VG en su entorno y personalmente.

Si bien no se especifica que si ha ejercido la violencia o la ha recibido pero se entiende que los profesionales hombres pueden haberla ejercido y las profesionales mujeres la han recibido.

Estos porcentajes resultan significativamente altos ya que por el carácter íntimo de la pregunta hay posibilidades que muchos escondan la relación que alguna vez hayan tenido o tengan con la violencia por lo que estos porcentajes pueden ser mayores.

TABLA Nº 15

**ACTITUD DE MÉDICOS FRENTE AL ROL Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO,
HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.**

Actitudes	TDA		DA		NDANEDA		EDE		TEDE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una buena esposa obedece a su esposo aunque ella no esté de acuerdo con él.	6	4,2	0	0,0	7	4,9	53	37,3	76	53,5
Es importante para el hombre mostrar a su esposa o pareja quién es el jefe.	6	4,2	2	1,4	9	6,3	62	43,7	63	44,4
Una mujer debe ser capaz de escoger a sus propias amistades aun sí su esposo no esté de acuerdo.	51	35,9	76	53,5	2	1,4	6	4,2	7	4,9
Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aún si ella no quiere.	6	4,2	0	0,0	2	1,4	53	37,3	81	57,0
A veces se justifica que la mujer sea golpeada por el marido.	2	1,4	4	2,8	6	4,2	23	16,2	107	75,4
La violencia de género es responsabilidad del agresor pero a veces puede ser de la agredida.	12	8,5	42	29,6	35	24,6	28	19,7	25	17,6
La violencia de género es un asunto privado.	17	12,0	15	10,6	31	21,8	48	33,8	31	21,8
La violencia de género es para Ud. Una trasgresión a un derecho humano.	59	41,5	50	35,2	6	4,2	13	9,2	14	9,9
Considera que la VG es algo lamentable pero que de todas maneras tiene que ocurrir en la sociedad.	3	2,1	19	13,4	12	8,5	41	28,9	67	47,2

FUENTE: Encuesta

Nota: TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, NDANEDE: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, EDE: En desacuerdo y TEDE: Totalmente en desacuerdo.

Un gran porcentaje, del 85 % aproximadamente de médicos rechaza la condición subordinada de la mujer en el rol de género. Siendo esta una de las raíces que sustentan la violencia de género los médicos tienen una base firme de rechazo.

Sin embargo un porcentaje de 30% de médicos responsabiliza en algunos casos a la mujer por la violencia de género.

Un 22 % de médicos piensa que la violencia es un asunto privado esta concepción puede generar la actitud de no intervenir en la identificación y manejo adecuado de la mujer con VG.

Un 16.4 % tiene una actitud fatalista sobre VG aceptando que es un mal que de todas maneras tiene que ocurrir en la sociedad.

Un 20 % de médicos considera que la violencia de género no es una trasgresión a un derecho humano lo que nos indica que un porcentaje no entiende en su verdadera dimensión ontológica a la violencia de género.

TABLA Nº 16

ACTITUD DE ENFERMERAS FRENTE AL ROL Y LA VIOLENCIA DE GÉNERO, SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Actitudes	TDA		DA		NDANEDA		EDE		TEDE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Una buena esposa obedece a su esposo aunque ella no esté de acuerdo con él.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	42,9	32	57,1
Es importante para el hombre mostrar a su esposa o pareja quién es el jefe.	0	0,0	4	7,1	6	10,7	8	14,3	38	67,9
Una mujer debe ser capaz de escoger a sus propias amistades aun si su esposo no esté de acuerdo.	17	30,4	26	46,4	0	0,0	10	17,9	3	5,4
Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aún si ella no quiere.	2	3,6	0	0,0	3	5,4	12	21,4	39	69,6
A veces se justifica que la mujer sea golpeada por el marido.	3	5,4	0	0,0	2	3,6	8	14,3	43	76,8
La violencia de género es responsabilidad del agresor pero a veces puede ser de la agredida.	3	5,4	7	12,5	6	10,7	19	33,9	21	37,5
La violencia de género es un asunto privado.	11	19,6	7	12,5	1	1,8	13	23,2	24	42,9
La violencia de género es para Ud. Una trasgresión a un derecho humano.	33	58,9	10	17,9	1	1,8	6	10,7	6	10,7
Considera que la VG es algo lamentable pero que de todas maneras tiene que ocurrir en la sociedad.	3	5,4	10	17,9	0	0,0	17	30,4	26	46,4

FUENTE: Encuesta

Nota: TDA: Totalmente de acuerdo, DA: De acuerdo, NDANEDE: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, EDE: En desacuerdo y TEDE: Totalmente en desacuerdo.

Si bien el 77% de enfermeras considera que la violencia de género es una trasgresión a un derecho humano. dándole la dimensión ontológica que tiene el problema y el 100% de enfermeras tiene una actitud de rechazo a la condición de subordinación de la mujer dentro del rol de género , este rechazo no se evidencia en los componentes culturales de género que sustentan la violencia .

El 24 % de enfermeras considera que la violencia de género tiene que ocurrir en la sociedad de todas maneras.

El 23% de enfermeras considera que la mujer no debe ser del todo independiente en sus decisiones si no que debe de tomar en cuenta la opinión del esposo.

Un 34% de enfermeras manifiesta que la VG es un asunto privado esta actitud es básica en la conducta a tomar para la identificación de la violencia , solo interviene en la atención de la mujer víctima de violencia quien tiene la convicción que esta es un problema de salud y no un asunto privado.

TABLA N° 17

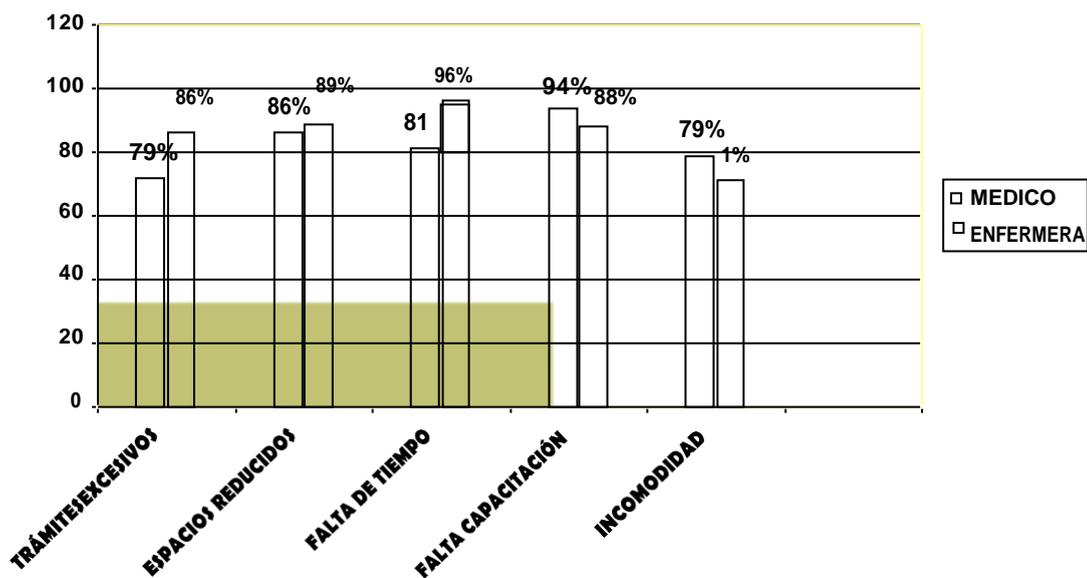
IDENTIFICACIÓN DE OBSTACULOS INSTITUCIONALES PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Identificación de Condiciones en la institución		Médico		Enfermera	
		Nº	%	Nº	%
Trámites burocráticos excesivos	Sí	102	71,8	48	85,7
	No	40	28,2	8	14,3
Problema de espacios reducidos	Sí	122	85,9	50	89,3
	No	20	14,1	6	10,7
Falta de tiempo	Sí	115	81,0	54	96,4
	No	27	19,0	2	3,6
No le dan capacitación sobre temas de VG	Sí	133	93,7	49	87,5
	No	9	6,3	7	12,5
Es difícil identificar y tratar los casos en el desempeño de la práctica	Sí	102	71,8	42	75,0
	No	40	28,2	14	25,0
Desconocimiento sobre lugares de referencia	Sí	126	88,7	46	82,1
	No	16	11,3	10	17,9
Es incómodo identificar y abordar este tipo de problema	Sí	111	78,2	40	71,4
	No	31	21,8	16	28,6

FUENTE: Encuesta

GRAFICO N° 17

IDENTIFICACIÓN DE OBSTACULOS INSTITUCIONALES



Las condiciones tanto físicas como organizacionales que presenten instituciones de salud crean las condiciones que pueden favorecer o no la identificación y el manejo de la violencia de género por los profesionales médicos y enfermeras.

Este ámbito es calificado por los profesionales, entre el 90% y 80% de médicos y enfermeras coinciden que las instituciones no brindan las condiciones adecuadas para la atención de la VG.

El 94% de médicos piensan que en las instituciones el mayor problema en relación con el tema de VG es que no se brinda capacitación.

El segundo problema identificado es que no se dan a conocer los lugares adecuados donde hacer la referencia a las mujeres con maltrato

La falta de tiempo es informado por el 90% de enfermeras lo que hace que no se pueda identificar los casos, ellas también reconocen que los espacios reducidos en las instituciones es una limitante para la atención adecuada del problema.

El 89% de enfermeras refieren que los espacios reducidos es un obstáculo en las instituciones de salud ya que no brindan privacidad para abordar el problema con la mujer víctima de Violencia de Género.

TABLA Nº 18

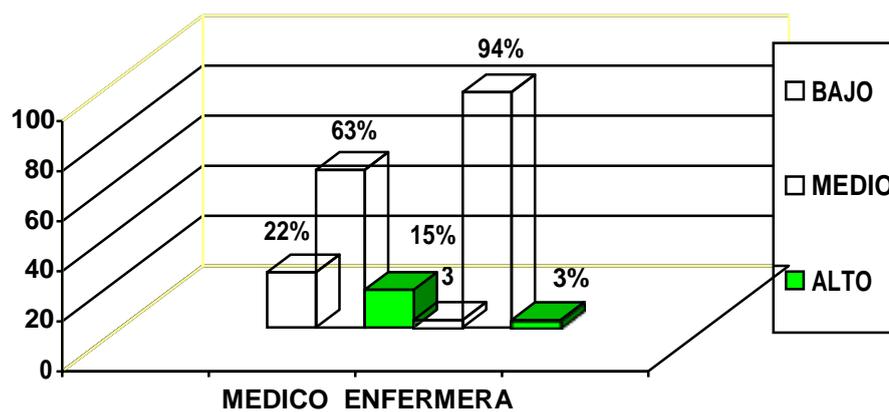
CONOCIMIENTO SOBRE VG, PROFESIONALES DE LA SALUD EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

Conocimiento de VG	Médico		Enfermera		
	Nº	%	Nº	%	
BAJO	32	22.4	3	2.7	
MEDIO	89	62.9	50	94.3	
ALTO	21	14.7	3	2.7	
TOTAL	142		100	56	100

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 18

CONOCIMIENTO SOBRE VIOLENCIA DE GENERO



Los médicos en un 62.9 % tienen un conocimiento medio y 22.4% conocimiento bajo, tanto en el conocimiento conceptual de la violencia de género como en el conocimiento procedimental frente a la mujer violentada.

En cuanto a las enfermeras una mayoría de 94.3% evidencia conocimiento medio tanto en lo conceptual como en lo procedimental. Las enfermeras tienen mayor conocimiento medio que los médicos.

El conocimiento bajo se considera como el conocimiento donde se desconoce la naturaleza y las raíces culturales de la violencia de género además se desconoce que procedimiento se sigue en la atención.

TABLA N° 19

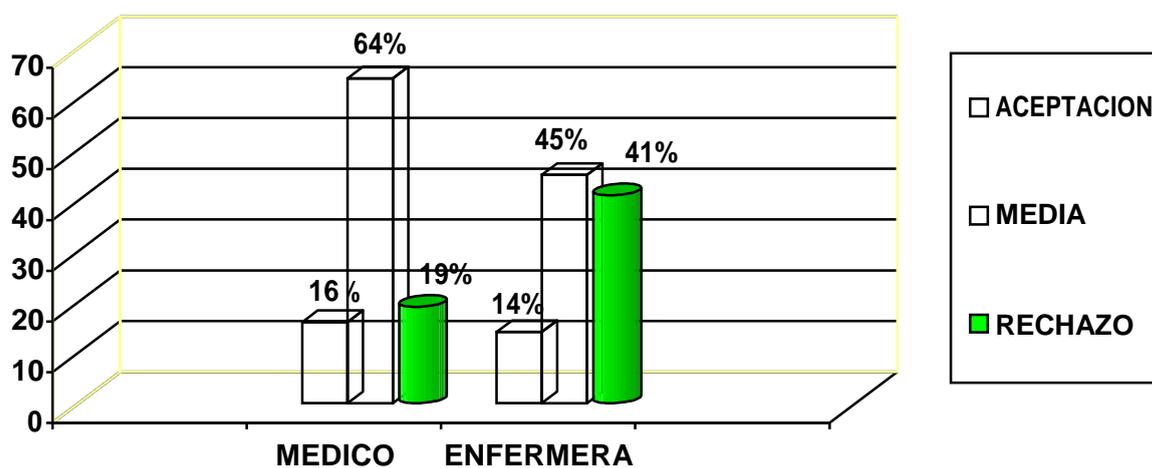
ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

ACTITUD A LA VG	MÉDICO		ENFERMERA	
	Nº	%	Nº	%
ACEPTACIÓN	24	16	8	14
MEDIA	91	64	25	44.6
RECHAZO	27	19	23	41
TOTAL	142	100	56	100

FUENTE: Encuesta

GRAFICO N° 19

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE VG



Prevalece una actitud media 64% frente a la VG el rechazo pleno es de 19 % en médicos frente a la violencia de género frente al 41% de las enfermeras rechazan la violencia sin embargo hay un 44% de actitud media frente a VG en enfermeras

En la medición de la actitud se considera el rechazo a la discriminación subordinación y conductas machistas generadoras de la violencia de género.

Las enfermeras tienen mayor rechazo a la violencia que los médicos ellas en su mayoría son de sexo femenino lo que explicaría esta actitud.

Otros aspectos considerados en la actitud de los profesionales son las experiencias de vida en violencia de género tanto personales como del entorno.

Mayor número de enfermeras que médicos tienen experiencia negativa con la violencia tanto personales 23% como del entorno 30%, lo que es importante analizar su mayor rechazo a la violencia de género.

TABLA Nº 20

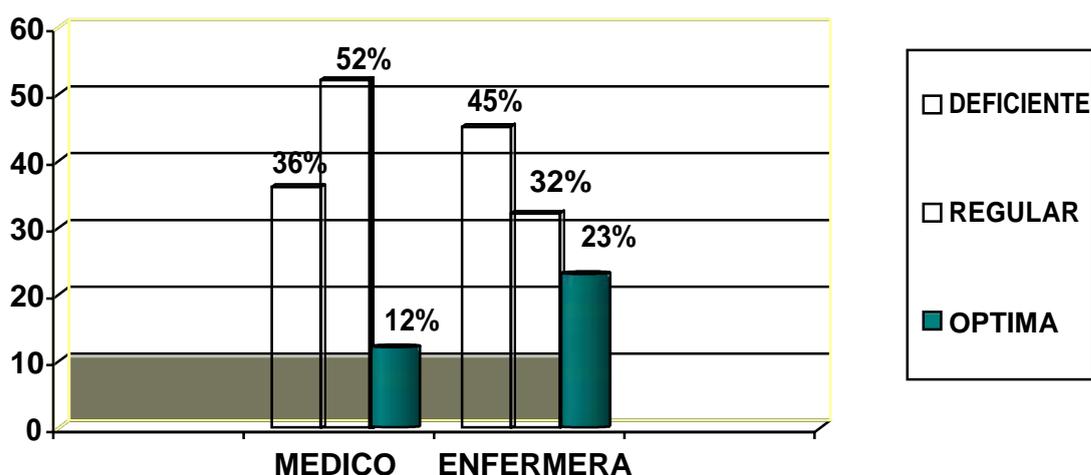
**CONDUCTA PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN
LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.**

CONDUCTA	<u>MÉDICO</u>		<u>ENFERMERA</u>	
	Nº	%	Nº	%
DEFICIENTE	51	35.9	25	44.6
REGULAR	74	52	18	32.3
ÓPTIMA		11.9	13	23.2
TOTAL	142	100	56	100

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 20

CONDUCTA PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE VG



En la conducta de los profesionales frente a la VG se ha considerado la capacidad de identificar a las víctimas así como de manejar la situación ya identificada.

El 36% de médicos presenta una conducta deficiente y 52% una conducta regular solo un 11.9 % manifiesta tener conducta óptima.

En cuanto a las enfermeras 45% presenta conducta deficiente, y 32% manifiesta tener conducta regular, y 23% presenta una conducta óptima

Las enfermeras tiene conducta con valores más deficientes que los médicos , en cuanto a conducta optima ligeramente un porcentaje mayor presenta conducta óptima.

Una conducta deficiente está caracterizada por la falta de identificación , no hacer preguntas ,evasión del problema , el manejo deficiente es no reconocer signos ni síntomas de violencia y no hacer la referencia al lugar indicado después de la identificación .

TABLA N°21

RELACIÓN CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE MÉDICOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA , LIMA 2011.

CONOCIMIENTO	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMA	
BAJO	23 71.9%	8 25.0%	1 3.1%	32
MEDIO	24 28.1%	55 61.8%	10 10.1%	89
ALTO	4 19%	11 52.4%	6 28.6%	21
TOTAL	51 35.9%	74 52.1%	17 11.9%	142

X²=28,085

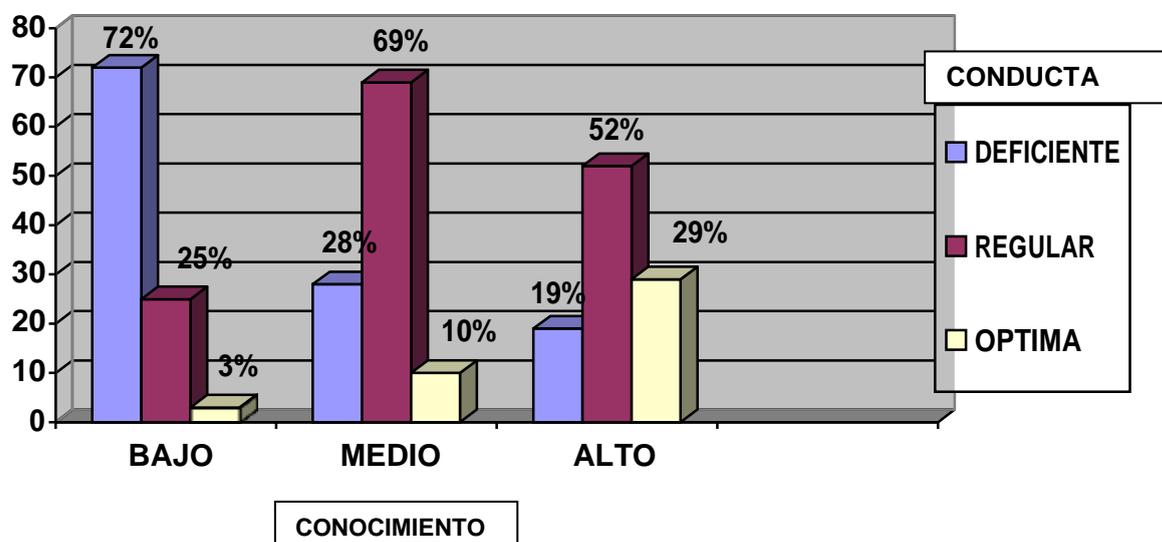
Gl=4

P=0.000

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N°21

RELACIÓN CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE MÉDICOS



La relación entre el conocimiento de los médicos y la conducta adoptada frente a la mujer víctima de violencia de género tiene relación significativa.

Lo que significa que a menor conocimiento sobre el problema, la conducta es más deficiente.

El 71% médicos con conducta deficiente tiene conocimiento bajo sobre la violencia de género.

El 61.8% 55 médicos que tiene conocimiento medio presenta conducta regular en la atención de las víctimas. Este gran porcentaje de conducta regular si bien en algunos casos se identifica el problema muchos de ellos son ignorados y por lo tanto con falta de manejo

TABLA Nº22

RELACIÓN ACTITUD Y CONDUCTA DE MÉDICOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

ACTITUD	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMA	
NEGATIVA	10 41 %	10 41 %	4 16%	24
MEDIA	34 37.3%	53 58.2%	4 4.3%	91
POSITIVA	4 25.9%	11 40.7 %	6 33.3%	27
TOTAL	51 35.9%	74 52.1%	17 11.9%	142

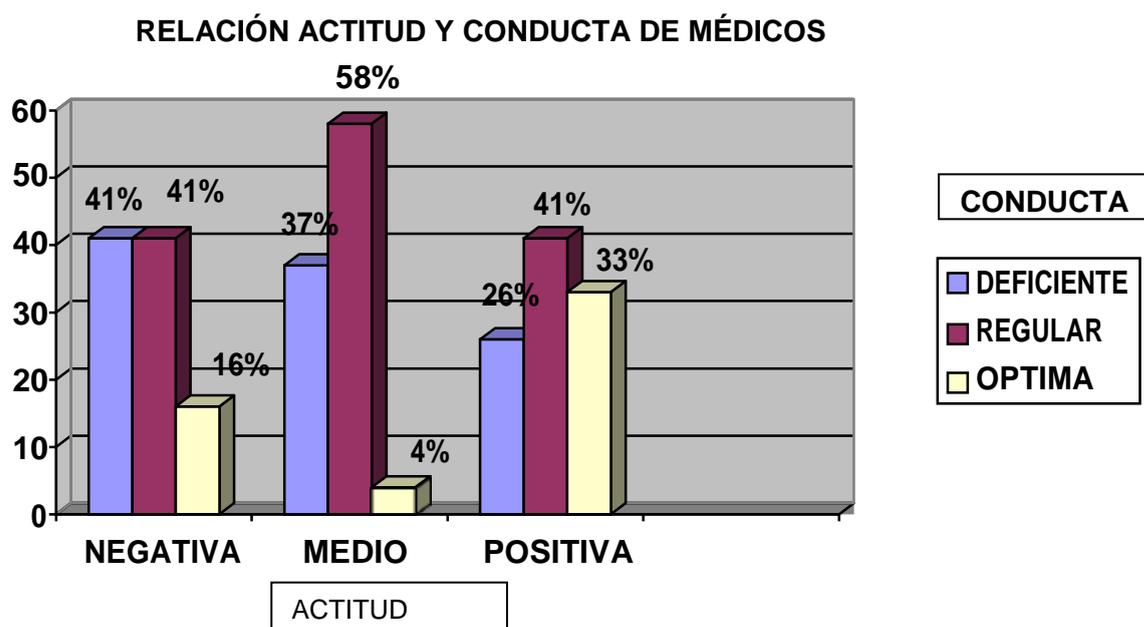
X²= 17.949

gl=4

p=0.001

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº 22



La relación entre la actitud y la conducta asumida por los médicos tienen relación significativa en el presente estudio.

Los médicos que tienen una actitud negativa o de aceptación a la violencia de género 41% de ellos tienen conducta deficiente y 41% conducta regular en la atención de la VG , mientras de los médicos que tienen actitud positiva 33% tienen presentan conducta óptima y 41% conducta regular en la atención a la paciente víctima de violencia de género.

TABLA Nº23

CAPACITACIÓN Y CONDUCTA DE MÉDICOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

CAPACITACIÓN	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIT	REGULAR	OPTIMA	
NO	47 38.8%	61 50.4%	13 10.7%	121
SI	6 28.5%	11 52.3%	4 19.0%	21
TOTAL	53 37.3%	72 50.7%	17 11.9%	142

$X^2 = 0.857$

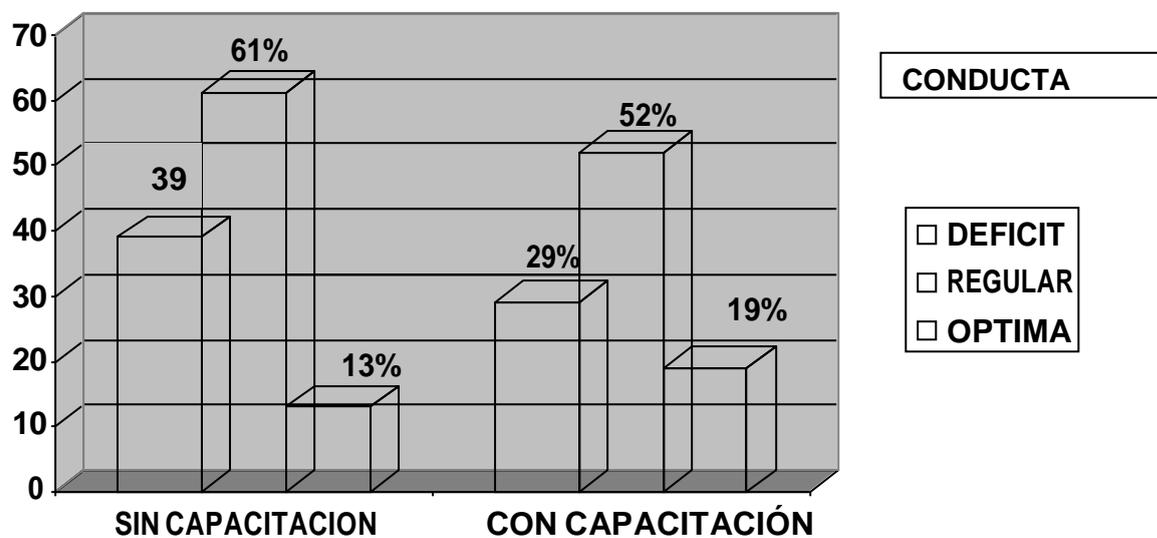
GL = 2

P = 0.651

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº23

CAPACITACIÓN Y CONDUCTA DE MÉDICOS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO



Los médicos que manifestaron no haber tenido capacitación durante su vida profesional sobre VG del 100% de este grupo el 39% presentaron conducta deficiente 50.% conducta regular y el 13% conducta óptima.

Del 100% de médicos que si recibieron algún tipo de capacitación sobre VG solo el 19% tuvo una conducta óptima mientras el 52% tuvo conducta regular

No se evidencia cambio significativo entre la conducta de los que recibieron y de los que no recibieron capacitación lo que puede entenderse que la capacitación recibida no generó competencia para mejorar la atención a las mujeres con violencia de género. Las modalidades no innovadora recibidas en la capacitación explica la razón de que el grupo que si recibió capacitación no ha adquirido competencias y habilidades capaces de mostrar conducta eficaz en la atención

TABLA N°24

RELACIÓN CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE ENFERMERAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

CONOCIMIENTO	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMA	
BAJO	1 33.3%	2 66.6%	0 %	3
MEDIO	22 32%	15 42%	13 26%	50
ALTO	2 66.6%	1 33.3%	0 %	3
TOTAL	25 33.9%	18 42.8%	13 23.2%	56

$\chi^2 = 1,769$

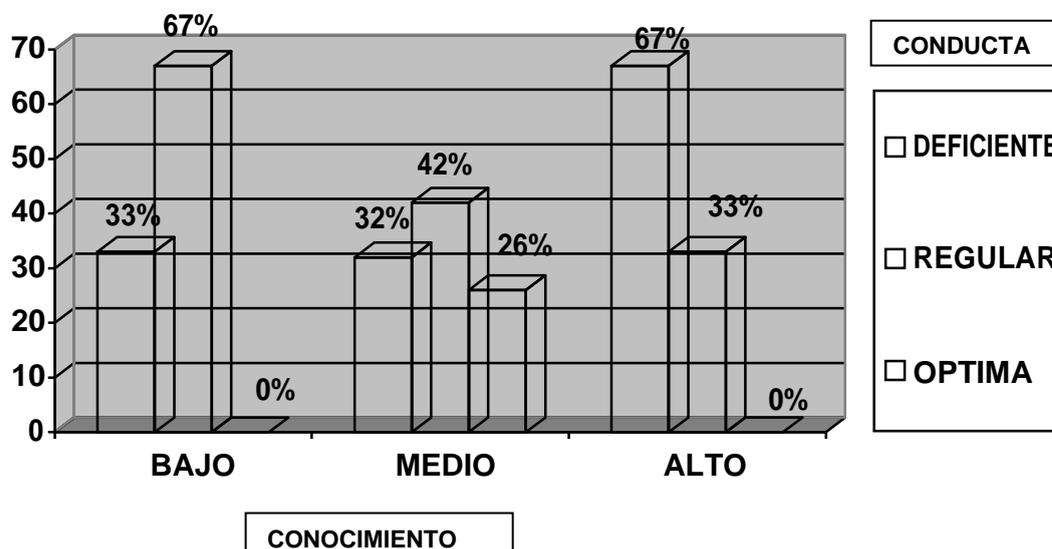
gl=4

$p=0.778$

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N°24

RELACIÓN CONOCIMIENTO Y CONDUCTA DE ENFERMERAS



No existe correlacion entre el conocimiento y la conducta de las enfermeras .Las que muestran más conocimiento sobre violencia de género no evidenciaron una mejor conducta en la atención de la mujer victima de VG ya que tienen conducta deficitaria en alto porcentaje 67%, mientras que las que tienen conocimiento bajo tienden a tener conducta regular 67%.

TABLA Nº25

RELACIÓN ACTITUD Y CONDUCTA DE ENFERMERAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES

MINSA-2011

ACTITUD	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMA	
NEGATIVA	1 38.3%	5 42.6%	2 19%	8
MEDIO	9 36%	10 38%	6 24%	25
POSITIVA	15 65.2%	3 13.3%	5 21.7%	23
TOTAL	25 33.9%	18 42.8%	13 23.2%	56

$X^2 = 9874$

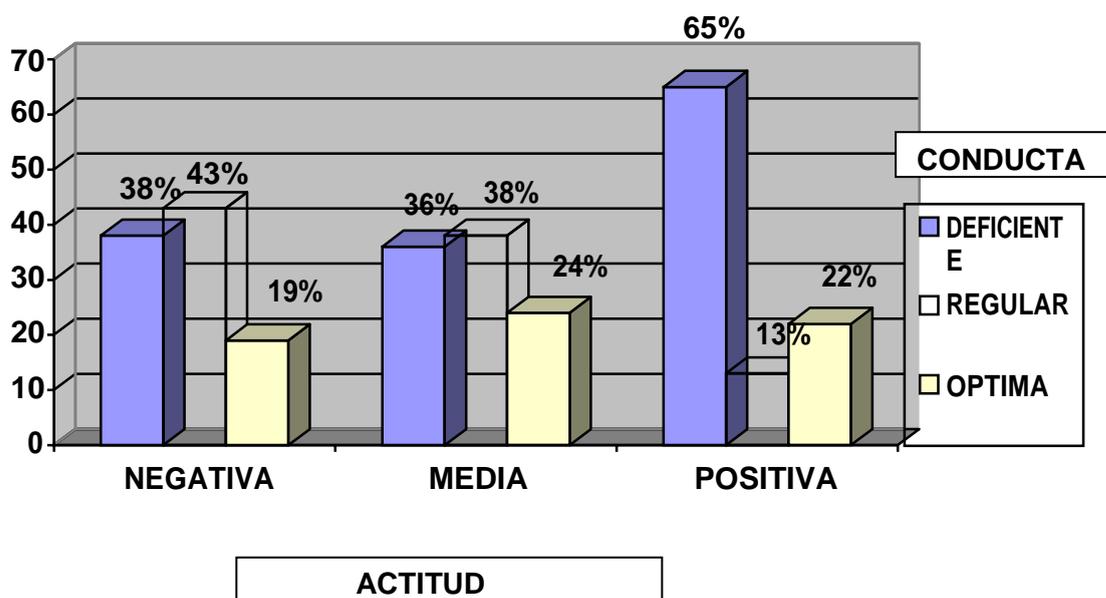
gl=4

p= 0.04

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO Nº25

RELACIÓN ACTITUD Y CONDUCTA DE ENFERMERAS



Existe correlación entre actitud y conducta de las enfermeras según el método estadístico de chi cuadrado las enfermeras que tienen una actitud de rechazo a la Violencia de Género presentan una conducta más eficiente u óptima en la atención

TABLA N°26

RELACIÓN CAPACITACIÓN Y CONDUCTA DE ENFERMERAS SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA, HOSPITALES MINSA, LIMA 2011.

CAPACITACIÓN	CONDUCTA			TOTAL
	DEFICIENTE	REGULAR	ÓPTIMA	
NO	24 45%	16 30%	13 24.5%	53
SI	1 33%	2 66.6%	0 0%	3
TOTAL	24 44.6%	18 32%	13 23%	56

X² =0.459

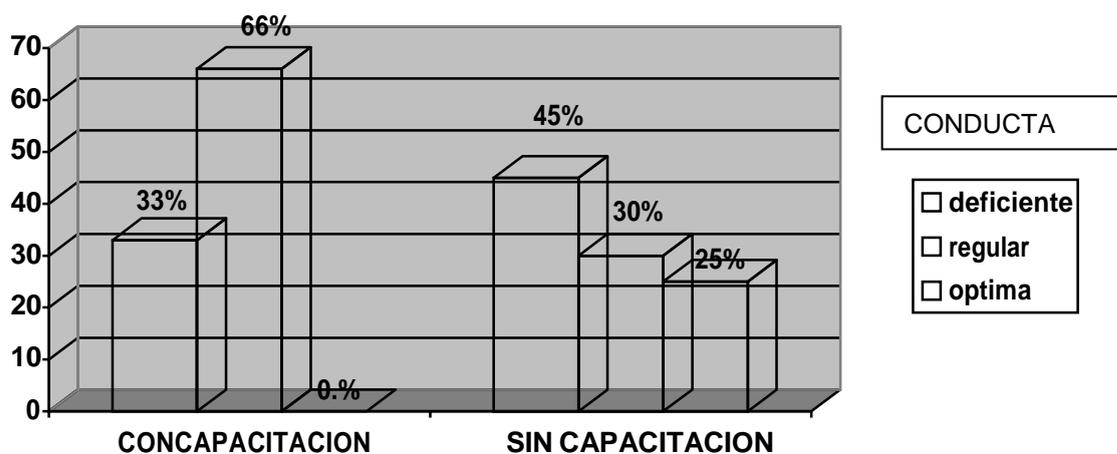
GL =2

P=0.795

FUENTE: Encuesta

GRÁFICO N°26

CAPACITACIÓN Y CONDUCTA DE ENFERMERAS



Las enfermeras que manifestaron no haber tenido capacitación durante su vida profesional sobre VG del 100% de este grupo el 45.2 % presentaron conducta deficiente 30 % conducta regular .

No existe relación entre la conducta de las enfermeras y la capacitación.

No se evidencia cambio en la conducta de las enfermeras que recibieron capacitación lo que puede entenderse que la capacitación recibida no generó competencia para mejorar la atención a las mujeres con violencia de género.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

2.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

2.5.1 Hipótesis General.

Existe relación significativa entre el conocimiento, actitudes y conductas de los profesionales de salud frente a las víctimas de Violencia de género que acuden a los servicios de emergencia MINSA de Lima Metropolitana.

2.5.2 Hipótesis Específicas.

1. a Existe bajo nivel de conocimiento en médicos y enfermeras sobre VG
b. Existe actitud de rechazo a la violencia de género por parte de médicos y enfermeras
c .Existe conducta deficiente en la atención a las víctimas de violencia de género por médicos y enfermeras

2. Existe relación significativa entre conocimiento sobre Violencia de Género, y la conducta del médico y la enfermera en la atención de las víctimas de violencia de género en el servicio de emergencia.

3. Existe relación significativa entre actitud sobre Violencia de Género, y la conducta del médico y la enfermera en la atención de las víctimas de violencia de género en el servicio de emergencia.

4. No existe relación significativa éntrela capacitación sobre Violencia de Género, y la conducta del profesional I de salud en la atención de las víctimas de violencia de género.

4.2.1 PRUEBA DE HIPOTESIS



H1: -Existe nivel medio y bajo de conocimiento, sobre Violencia de Género del médico y la enfermera en la atención de las víctimas de violencia de género en el servicio de emergencia.

Se rechaza la hipótesis nula

-Existe actitud media de rechazo frente a la Violencia de Género en el médico y la enfermera, Se acepta la hipótesis nula

-Existe conducta deficiente en gran porcentaje del médico y la enfermera en la atención a las víctimas de violencia de género en el servicio de emergencia. Se rechaza la hipótesis nula

H2: Existe relación significativa $\chi^2=28,085$ $gl=4$.($P=0.000$) entre el Conocimiento sobre Violencia de Género, y la Conducta del médico en la atención de las víctimas de VG . (Tabla N°20),

Se rechaza la hipótesis nula H_0

H3: Existe relación significativa , $\chi^2= 17.949$, $gl=4$, $p=0.001$ entre la Actitud sobre Violencia de Género, y la Conducta del médico en la atención de las víctimas de VG (**Tabla N°21**).

Se rechaza la hipótesis nula H_0

H2: No Existe relación significativa entre el Conocimiento sobre Violencia de Género, y la Conducta de la enfermera en la atención de las víctimas de VG., $\chi^2 = 1,769$, $gl=4$ $p=0.778$ (**Tabla N°23**).

Se acepta la hipótesis nula H_0

H3: Existe relación significativa, $\chi^2 = 9874$, $gl=4$, $p= 0.04$ entre la Actitud sobre Violencia de Género, y la Conducta de la enfermera en la atención de las víctimas de VG (**Tabla N°24**).

Se rechaza la hipótesis nula H_0

H4 No se ha encontrado correlación entre la capacitación y la conducta de los profesionales médicos ($\chi^2 = 0.857$) ($P=0.651$) frente a las víctimas , similar el resultado se encontró con las enfermeras en las que no se relación entre capacitación y conducta $\chi^2 = 0.459$ $P=0.795$

Se rechaza la hipótesis nula

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.3.1 Descripción de resultados de variables Descriptivas

Los resultados en la presente investigación en las tres variables de estudio conocimiento, actitud y conducta de los profesionales médicos y enfermeras frente a la Violencia de Género reviste similares características con las establecidas en otros países, no solo de América sino de Europa, por lo que permite inferir que hay coherencia con la realidad de la actuación de los profesionales en relación a la violencia de Género en otros ámbitos, a pesar, de que existen diferencias tanto geográficas como culturales. Entre las características más marcadas predominan el conocimiento bajo y la conducta deficiente de los profesionales en la atención a las víctimas de VG.

a. Conocimiento de los profesionales de la salud hacia la violencia de género

En general el conocimiento de los profesionales de salud con respecto a la violencia de género es de medio a limitado, esto resulta coincidente con otras investigaciones sobre el problema en Nicaragua Rodríguez Bolaños (56), tuvo similares resultados.

Para esta variable se estima la medición de la información conceptual como la información procedimental que tengan los profesionales.

En los médicos la información conceptual de la VG es ligeramente superior que en las enfermeras, coincide con el ligero incremento de capacitación recibida en el posgrado sobre VG que es mayor en los médicos en 3% que en las enfermeras.

Los profesionales tanto médicos como enfermeras en su mayoría reconocen que la violencia de género es un problema de salud, este concepto considera que el problema de violencia se enmarca dentro de la área de salud pública y no exclusivamente en el área policial y judicial. En este sentido difiere con el estudio de Coll-Vinent , 2008 realizado en Madrid el que concluye que el

personal hospitalario no considera la violencia doméstica como un problema de salud si no lo ubica en el área social y judicial**(57)**.

Una concepción correcta en la presente investigación es que más del 70% de los profesionales médicos y de enfermería afirman que la condición subordinada de la mujer es la causa de la violencia de género.

La otra área del conocimiento que tiene un alcance muy bajo por los profesionales es la información procedimental es decir el ¿cómo se hace? Similar resultado con el estudio de Mendoza Flores **(58)** realizado en México en el que se determina que el nivel de la información procedimental de las enfermeras es bajo coincidiendo con los resultados en nuestro estudio.

La información procedimental es más deficitario que la información conceptual en los profesionales en un promedio de 20% Podría ser que el conocimiento sobre VG ha estado más difundido ya que el problema es serio en el país, por lo que han incrementado información bajo esa forma.

Una de las dimensiones de medición de la información procedimental es el conocimiento sobre guías y protocolos de atención del I MINSA, el desconocimiento de estos instrumentos de atención es casi total llegando al 90% por los médicos y enfermeras.

Estudios realizados en España **(59)** han evidenciado que la aplicación de guías o protocolos específicos para detectar violencia de género es prioritario , por lo que han diseñado y validado protocolos para detección del problema por las enfermeras en los servicios de Salud reproductiva.

En nuestro estudio se encuentra que no se conocen casi los protocolos o guías que existen sobre VG, y a pesar que se han difundido por el MINSA 13% en médicos , 11% en enfermeras lo que quiere decir que los protocolos existentes no se han socializado entre el personal médico como de enfermería, ellos no saben de su existencia ni de su forma de aplicación. En un estudio realizado en México por Venegas los resultados sobre el conocimiento de normas y procedimientos de los médicos llego a 81% en forma regular resultado mejor posicionado el conocimiento procedimental que en los hallazgos encontrados en el nuestro **(60)**.

En cuanto a los signos y síntomas para reconocer a la víctima de VG los profesionales manifiestan no conocerlos en su mayoría.

Si bien estos signos son disimulados por la víctima por lo que solo un observador diestro puede detectarlos(61). son los que caracterizan la ansiedad producto de la violencia, signos sugerentes de la violencia sobre todo psicológica por la que está pasando la mujer, como la mirada baja ,esquiva, los silencios, el negativismo para comunicar.

Solo el 50% de médicos y el 64% de enfermeras conoce algún signo psico emocional y por lo tanto podría reconocer a la víctima. en otros realidades similares como México (62) la mujer acude a los servicios de emergencia por dolencias que tienen como fondo un problema de ansiedad causadas por la violencia esto hace que las víctimas presente signos y síntomas psicoemocionales de la violencia de género estos indicios con una observación adecuada ayudaría a identificar el problema pero al no relacionar los profesionales los síntomas y signos psico emocionales con la violencia se hace difícil identificarlos.

b. Capacitación sobre violencia de género a los profesionales de salud

A pesar que el problema de Violencia de género está en aumento en Lima rebasando otros problemas, generando mucha desolación en las familias siendo fuente de otros problemas, prácticamente la preparación en el tema del personal de salud es nula.

Ambos grupos profesionales casi no han recibido capacitación en el posgrado sobre VG

Los médicos tienen 3% más de capacitación que las enfermeras.

El 88 % de médicos y enfermeras no tienen capacitación sobre Violencia de género estos resultados son similares con resultados de estudios realizados en Estados Unidos donde se encontró que el personal de salud tenía hasta menos de 88% en capacitación, igualmente en el estudio sobre conocimiento y actitud de médicos de Méndez (39)en México concluyó que el 90% de ellos no habían recibido capacitación sobre este problema VG ; por lo contrario en la investigación de Rodríguez Bolaños en Nicaragua (53). se encontró que más del

59.9% tiene capacitación sobre violencia de género pero este investigador reconoce que no solo la capacitación es suficiente para cambiar actitudes y que en la práctica se observe un cambio significativo.

En España en el estudio de Coll **(51)**, solo el 16% de encuestados había asistido a algún tipo de curso o conferencia sobre el tema

MENDOZA ,F. María Eugenia y cols en un estudio en México **(58)** halló que la capacitación es baja en las enfermeras.

Todos los estudios excepto el realizado en Nicaragua coinciden con el nuestro, en el bajo nivel de capacitación de los profesionales médicos y enfermeras con respecto a la VG.

Realidades similares social y culturalmente donde la violencia de género tiene niveles muy altos los profesionales no son preparados para afrontar el problema. Los profesionales de la salud reconocen en los estudios en México que no están preparados ni son capacitados por las instituciones en el manejo de las víctimas Con respecto a las características de la capacitación de VG en el posgrado, estos cursos son muy cortos de horas y las metodologías son de tipo tradicionales transmisivas que no logran crear competencias que puedan modificar las conductas de los profesionales en la atención a las víctimas.

El problema de la violencia de género es de base cultural y en una sociedad tradicionalmente machista los profesionales de la salud están fuertemente influenciados por esta característica cultural de origen ,la capacitación para erradicar criterios , valores y arraigos sobre el rol de género y la violencia debe ser capaz de romper con estos criterios ancestrales en base a una aprendizaje significativo lo que evidentemente no se logra ,ya que los profesionales capacitados no muestran diferencias con respecto a la VG que los no capacitados.

En el pregrado las Universidad no cuentan en sus currículos con contenidos sobre violencia de género; en el estudio realizado en la UNMSM se revela que las escuelas académicas no brindan contenidos de preparación sobre VG, la Escuela de enfermería toca mas el tema pero aun así, es insuficiente.

En las escuelas de medicina de EEUU hay similares características con respecto a la enseñanza de VG ya que cerca de 75% de médicos no han recibido

adiestramiento sobre VG ,lo que nos lleva a pensar que en los países desarrollados también el tema de VG no se considera problema de salud .

En México, Díaz Martínez sostiene que los contenidos de las escuelas de medicina abordan el tema pero de manera indirecta **(63)**.

c. Actitud de los profesionales frente a la víctima de violencia de género

En general la actitud de rechazo firme a la VG de los médicos es de 19% mientras que las enfermeras es de 41%, siendo la actitud de rechazo de las enfermeras mayor que la de los médicos en esto difiere de los estudios de Rodríguez Bolaños **(56)** en Nicaragua en el que 90% de profesionales de la salud tienen una actitud de rechazo hacia la violencia de género.

En promedio las enfermeras 41% tienen mayor rechazo a las características sociales generadoras de la violencia que los médicos como son: la jerarquización de las relaciones basadas en el género y el sometimiento de la mujer a la violencia, ellas en su mayoría son profesionales de sexo femenino lo que explicaría esta actitud.

Cann y cols **(61)** encontraron similares resultados en que las enfermeras muestran mayor rechazo a la violencia de género que los médicos.

Los médicos en su mayoría hombres pudiera ser que tengan más tendencias sexistas frente a la VG por lo que puede resultar más permisible el problema para ellos.

Un 76% de médicos y un 75% de enfermeras decididamente considera que trasgrede los derechos humanos. Sin embargo un 19 % de médicos y 20% de enfermeras no lo considera así, lo que nos dice que un porcentaje significativo no le da la dimensión negativa y dolorosa que es la VG para la persona que lo padece,

Un alto porcentaje de encuestados considera que la VG tiene carácter privado coincidiendo con estudios realizados sobre el tema en Nicaragua (Rodríguez-Bolaños) **(56)** este concepto ubica a la VG en un plano individual ,particular, concepto que cierra o limita la intervención calificada y profesional creando barreras para poder intervenir el problema .

En cuanto al rechazo a las raíces de la VG , bases sociales y culturales como son la subordinación de la mujer, la jerarquización de los roles en razón al género, el rechazo no es contundente y un porcentaje busca justificaciones ha hechos que deben ser totalmente condenables.

Un 15% de médicos y 23% de enfermeros considera que la VG es un mal que de todas maneras tiene que ocurrir en la sociedad esto determina que un porcentaje significativo tiene una actitud resignada a la violencia siendo mayor el porcentaje de enfermeras que refiere esta actitud.

Experiencia del profesional con la violencia de género

Se ha considerado como experiencias con la violencia de género a las experimentadas por los profesionales tanto a nivel personal como del entorno familiar.

En el presente estudio cuatro veces más enfermeras que médicos han tenido violencia personal.

En las enfermeras encontramos experiencia personales 23% como del entorno 30%, lo que es importante analizar su mayor rechazo a la violencia de género, coincide el estudio de Díaz-Olavarrieta realizado en Mexico donde existe mayor correlacion entre la experiencia de vida con la violencia y el rechazo hacia ella (62).

En el caso de los médicos ellos aceptan que han tenido experiencia personal con la violencia de género por lo que se deduce que pueden haberla ejercido.

d. CONDUCTA FRENTE A LA VÍCTIMA DE VG

Los servicios de salud son los establecimientos donde existen más posibilidades de identificar a las víctimas de VG, porque son los lugares donde la mujer agredida acude por problemas de salud que tienen como origen la violencia, y es donde es factible observar síntomas y signos que son manifestaciones de la violencia que se ejerce sobre ellas.

Los estudios realizados en Chile por Gracia y Lila (64) tienen como resultado que la gran mayoría de mujeres maltratadas pasa frecuentemente por los servicios de salud, por lo que es indispensable que el personal que recibe a las victimas tenga

competencias y habilidades que puedan identificar y manejar la atención en forma adecuada.

En el presente estudio la conducta de los médicos y enfermeras frente a la víctima durante la atención es en su mayoría deficiente y regular.

En general la conducta de los profesionales de la salud frente a la víctima se limita a la atención de las lesiones físicas a las dolencias orgánicas sin ir a la indagación, un porcentaje de ellos dice que solo indaga cuando descubre indicios en las víctimas este resultado es similar a la conducta de los profesionales de la salud de otras realidades tanto de América como lo evidencian los estudios realizados en México y Nicaragua como de España **(65)**.

Entre las deficiencias detectadas es la limitación a solo atender la dolencia orgánica, curación y tratamiento de heridas o lesiones físicas sin abordar mas allá , estudios del problema como el de Gracia Enrique y Lila en Chile **(64)** revelan que el temor de los profesionales es a no saber qué hacer al descubrir el problema, o a no saber cómo actuar , estos son los limitantes y las razones por la que no se realiza una indagación más ardua del problema .

- Identificación de la víctima

La mujer víctima de violencia no habla del problema en forma espontanea es por ello que identificación es resultado de un proceso de observación e indagación que los profesionales deben asumir.

La identificación de las víctimas en los servicios de salud en Lima es escasa, la mayoría 64% de médicos y 75% de enfermeras dice que nunca ha identificado un problema de violencia genero lo que es incongruente y evidencia la falta de identificación ya que está probado que son los servicios de salud y entre ellos los de emergencia donde más acuden las víctimas , estos resultados de falta de identificación coinciden con estudios **Sugg NK, Inui (66)** donde se revela que solo un 1% de casos de violencia de género es identificado por profesionales de salud. Otros estudios como los de Gracia Enrique y Lila en Chile tiene similares resultados profesionales.

En el estudio de Méndez en México el 78 % de médicos ha identificado un caso alguna vez durante toda la carrera y de 1ª a 2 casos el 68%.

Para la identificación de las víctimas de VG es necesario hacer preguntas a las usuarias que llegan al servicio .

La escasa indagación sobre el tema de VG es porque los profesionales no hacen preguntas a las mujeres que llegan a emergencia con enfermedades que pueden ser indiciarias de maltrato , solo algunos hacen preguntas cuando ven que hay signos evidentes de maltrato pero aun así el porcentaje es escaso .

La violencia de género es un problema que suele ser muy disimulado por lo que el hacer preguntas que nos den pistas debe ser rutinario para identificar **(66)**.

La American College of emergency physicians recomienda que las preguntas sea sistemáticas en las mujeres que acuden a los servicios de emergencias, sin embargo no se realizan **(67)**.

En el presente estudio un porcentaje del 16% en los médicos y a 14% en las enfermeras hacen raramente preguntas, el 64% de médicos y enfermeras aproximadamente hace preguntas solo cuando ve un indicio de violencia.

Las víctimas suelen esconder el problema por vergüenza lo común es que lo disimulen al máximo tenemos en consecuencia que muy pocos casos son factibles de ser preguntadas bajo este criterio, en general raramente se hacen preguntas indagatorias sobre violencia **(68)**.

En el estudio sobre el tema en México, Méndez**(39)** concluye que el 68% de los médicos solo hacen preguntas cuando ven indicios lo que coincide con el nuestro y un 26% nunca lo hace.

Otros de los criterios que exponen los profesionales para esta falta de identificación es no inmiscuirse en algo privado por lo que se deja a que ella hable en forma espontánea.

Los estudios revelan que entre los motivos que los profesionales argumentan de no hacen preguntas indagatorias de VG es por no saber como hacer las preguntas, en la forma apropiada o no saben armar las preguntas para que no aparezcan como que están invadiendo algo personal **(69)**, o el criterio de que la violencia pertenece a un ámbito mas privado,y además es que ellos no sabrían como actuar frente a la victima ya detectada la violencia, En estudios similares realizados en Argentina, los profesionales se muestran renuentes a establecer o tocar el tema lo que se argumenta es que no se tiene la debida respaldo por

parte de las instituciones de salud en caso de tener problema o que es un problema judicial y policial **(70)**.

-Manejo de los profesionales de la atención a las víctimas de VG

El manejo de los profesionales a las víctimas durante la atención es limitada. Cuando se ha identificado a la víctima de violencia la conducta más frecuente adoptada por los profesionales es limitarse a atender la dolencia física **(71)** la mayoría adopta conductas inadecuadas de no involucramiento, dejar que ella tome sus propias decisiones es la más adoptada por médicos y enfermeras entre 37% a 39%, esta conducta no es la más esperada por la víctima, ya que ella espera algún tipo de orientación como asegura Hajar Lozano en su estudio **(72)**.

Méndez **(39)** dice que la mayoría de mujeres espera que los que los que la atiendan tome la iniciativa para hacer las preguntas, el 50% a 60% de los médicos y enfermeras esperan que ella tome la iniciativa.

Con respecto a la presencia del agresor que acompaña a la víctima a los servicios de salud, la mayoría de las mujeres ante la presencia del agresor se intimidan y no logran evidenciar el problema ante el personal **(73)**.

El agresor en estos casos suele ser la persona amable, colaboradora que está al lado de la esposa justamente para evitar que ella pueda mencionar el problema que está viviendo en el momento que está siendo atendida, la conducta adecuada al atenderla es pedirle al probable agresor que le deje a solas con la paciente, en el presente estudio 77.5% de médicos y 70% de enfermeras si reconocen y piden al agresor que se retire sin embargo hay un grupo de que 22.5% de médicos y 29% de enfermeras que le es indiferente que este o no presente demostrando desconocimiento una de las pautas de atención más significativas a la mujer con VG **(74)**.

En el presente estudio el 64% de médicos que ha hecho referencia a las víctimas las han enviado a la Comisaría de la mujer.

En cuanto a las enfermeras las que han realizado referencias 55% lo han hecho a la Comisaría de la mujer, difiere con el estudio de Mendoza en México en

el cual la primera opción de las enfermeras es referir a la paciente a psicología o servicio social (58).

4.3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS DE CORRELACIÓN

a. Conocimiento y conducta de los profesionales frente a las víctimas de violencia de género

En relación a los médicos existe relación significativa entre el conocimiento y la conducta en este grupo profesional ($\chi^2=28,085$) ($P=0.000$).

Lo que significa que a menor conocimiento sobre el problema, la conducta es más deficiente.

Este resultado concuerda con la investigación de Rodríguez Bolaños(56) en Nicaragua donde los médicos que tienen más conocimiento sobre violencia de género demostraron mayores competencias en la atención de las víctimas.

En la presente investigación el personal de medico que mostro mejor conocimiento tanto conceptual como procedimental de la Violencia de Género tiene una conducta más eficiente en la atención de violencia de género conceptualmente sobre carácter ,la naturaleza , ámbitos de la violencia así como el conocimiento referencial que significa conocer más signos y síntomas de la mujer violentadas demostraron tener una mejor conducta en la atención que los que no conocían.

Tanto en la identificación de la mujer con VG así como en el manejo determinado por la referencia y conducción de la atención

En lo que respecta a las enfermeras no existe relación entre el conocimiento de la violencia de género y la conducta adoptada durante su atención.

$$\chi^2 = 1,769$$

$$p=0.778$$

Siendo que las enfermeras que demostraron mas conocimiento sobre violencia de género no evidenciaron una mejor conducta en la atención de la mujer victima de VG.

b. Relación entre actitud y conducta de los profesionales frente a las víctimas de violencia de género

Tanto en enfermeras y médicos existe relación entre la actitud y la conducta asumida médicos . ($X^2= 17.949$) ($p=0.001$), enfermeras ($p=0.04$), la violencia de género toca fibras íntimas y emocionales por lo que la actitud condiciona una conducta de mejor atención a las víctimas por parte de los profesionales específicamente , las enfermeras que tiene una actitud de rechazo a la VG demuestran que están atendiendo mejor a las mujeres con VG.

En este aspecto cabe resaltar que las enfermeras tienen experiencias personales de violencia que puede ser un factor de sensibilización hacia las víctimas por lo que la actitud de rechazo a la violencia tiene relación con su experiencia personal de vida.

Los médicos en relación con las enfermeras tienen menos experiencia personal y del entorno familiar con la VG, tienen una actitud positiva o de rechazo a la violencia de género tienden a tener una conducta regular en la identificación y manejo de las víctimas.

Los médicos que tienen una actitud negativa o de aceptación a la violencia de género y que no asumen la magnitud del daño que significa para la persona y la sociedad este problema tienen una conducta deficiente, lo que quiere decir, que no realizan la correcta identificación y el manejo en la atención de las víctimas.

c. Capacitación y conducta de los profesionales frente a las víctimas de violencia de género

No se ha encontrado correlación entre la capacitación y la conducta de los profesionales médicos ($X^2 =0.857$) ($P=0.651$) frente a las víctimas , similar el resultado se encontró con las enfermeras en las que no se relación entre capacitación y conducta $X^2 =0.459$ $P=0.795$

éste resultado es diferente a lo encontrado por Rodríguez y Bolaños (56), realizado en Nicaragua que si advierte que los profesionales capacitados en VG tiene mejor identificación de las víctimas ya que considera que más de la mitad del personal estudiado realiza actividades de consejería y referencia, y ello se relaciona con el número de casos identificados en los últimos tres meses (64.3%).

El tipo de metodología pedagógica impartida y nivel de la capacitación puede ser la razón que en nuestro país la capacitación sobre VG no logre crear competencias adecuadas para que la atención a la mujer con VG sea óptima , la capacitación que han recibido según los encuestados es de horas ,esta capacitación suele ser con metodología transmisivas de conocimiento (tipo conferencia) por lo que no se logra sensibilizar y crear habilidades de conducta hacia la mejor atención.

A pesar que en el país la violencia de género es un azote social no se realiza la capacitación de los profesionales de la salud en forma efectiva tanto en el pre grado como en el posgrado para mejorar la atención.

El 90% de médicos piensan que en las instituciones se debe brindar capacitación adecuada sobre violencia de género

BARRERAS INSTITUCIONALES QUE ENCUENTRA EL PROFESIONAL DE LA SALUD PARA LA ATENCION DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Los obstáculos que encuentran los profesionales en la institución donde atienden son múltiples, los médicos identifican mas la falta de capacitación que existe en las instituciones sobre el tema, las enfermeras identifican como primer obstáculo la falta de tiempo y en segundo lugar los espacios reducidos en los servicios, ya que no se les brinda adecuada intimidad para poder atender a la paciente en forma integral similar resultado encontró Mendoza y cols (58) donde las enfermeras identifican como primer obstáculo la falta de tiempo durante la jornada laboral.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

2. El conocimiento sobre Violencia de género es bajo y regular en médicos y medio y bajo en enfermeras, el conocimiento procedimental presenta más deficiencia en ambos grupos profesionales que el conocimiento conceptual.
3. Prevalece una actitud media frente a la VG en ambos grupo frente a la violencia de género, sin embargo las enfermeras presentan una actitud de mayor rechazo a la violencia de género que los médicos.
4. La conducta que adoptan los médicos y enfermeras en la atención a las mujeres víctimas de VG es de nivel regular y bajo, se evidencia en la escasa identificación y en la no intervención cuando se detecta una víctima .El manejo que se da a las víctimas de VG es negativo ya que se prefiere no intervenir cuando se identifica a una víctima.
5. Aunque hay una actitud de rechazo hacia la violencia de género de ambos grupos profesionales, no así a las raíces de ella, porque se evidencia permisividad en aspectos negativos con respecto a los roles de género.
6. Existe relación significativa entre el conocimiento sobre VG y la conducta asumida por los médicos frente a la victima de VG.
7. Existe relación significativa entre la actitud sobre VG y la conducta asumida por los médicos frente a la victima de VG.

8. No Existe relación significativa entre el conocimiento sobre VG y la conducta asumida por las enfermeras frente a las víctimas de VG.
9. Existe relación significativa entre la actitud sobre VG y la conducta asumida por las enfermeras frente a las víctimas de VG.
10. La actitud hacia las raíces de la violencia de género como la subordinación de la mujer al esposo presenta las diferencias en médicos y enfermeras congruentes con el sexo predominante en ambos grupos profesionales.
11. Las enfermeras han tenido más vivencia personal y en el entorno con la violencia de género que los médicos.
12. Los profesionales de la salud creen que la violencia de género es un mal que tiene que ocurrir de todas maneras en nuestra sociedad, aunque reconocen la naturaleza transgresora a los derechos humanos de la violencia y aceptan que la violencia de género es un problema de salud lo que los ubica a reconocer la naturaleza del problema dentro de su ámbito de acción
13. En ambos grupos profesionales hay una carencia notoria de capacitación académica sobre violencia de género tanto en el pregrado como en el posgrado solo un porcentaje minoritario 5% ha recibido preparación durante su vida profesional, la capacitación recibida se caracteriza por ser limitada en tiempo , con metodologías tradicionales, no ha modificado cambios en patrones de conducta en la atención de las mujeres víctimas de violencia de género.
14. Los médicos y enfermeras reconocen que existen barreras tanto en la estructura física como en los procesos organizacionales en sus instituciones de salud donde laboran que son obstáculos para la atención efectiva de la mujer con Violencia de Género.

5.2 RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que las instituciones de salud capaciten sobre Violencia de Género a los profesionales en las instituciones con metodologías de enseñanza aprendizaje innovadoras a fin de crear habilidades y competencias en la identificación y manejo adecuadas a la mujer con violencia de género.
2. En vista que el sexo del profesional reviste diferencias y reacciones específicas frente a la violencia de género se recomienda en la preparación sobre VG establecer niveles de sensibilización según sexo.
3. Es necesario la implementación de un sistema en las instituciones que incluyan prácticas de cribado sistemático en los servicios de emergencia donde acuden las víctimas.
4. Se recomienda la revisión de las guías y protocolos de atención a la mujer con VG a fin de valorar su efectividad y evaluar el impacto que tengan en las conductas de los profesionales de la salud.
5. Las instituciones de salud deben de ser orientadas tanto físicas como funcionalmente para facilitar la labor de identificación y el manejo eficaz de las víctimas ,mejorando la infraestructura y la organización.

6. Se recomienda socializar y difundir entre los profesionales de la salud las guías y protocolos de atención de la VG diseñados por el MINSA , a fin de que se cumpla con las pautas de atención.
7. Es importante que en la formación de los profesionales de la salud en las Universidades adquieran competencias y habilidades en entrevistas y el abordaje adecuado a la mujer maltratada.
8. Debe de existir las coordinaciones entre las instituciones de salud y las instituciones especializadas en el estudio de la problemática de la mujer con maltrato a fin de que se coordinen acciones en común para afrontar el problema.
9. Se debe proponer políticas de investigación específicamente en el área para que sea más factibles de investigar el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guzmán Brito, Alejandro. Dos estudios en torno a la historia de la tutela romana. Pamplona: Universidad de Navarra (1976).
2. Viviano Teresa. ¿Qué son los Centros de Emergencia Mujer?: Situación actual y perspectivas dentro del proceso de descentralización Lima Perú, 2007
3. CEDAW Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979
4. Yáñez Gina y Macassi Ivonne. "Mapeo de las Comisarías de Mujeres en el Perú". Proyecto Acceso a la Justicia para mujeres en situación de Violencia: Estudio Comparativo de las Comisarías de la Mujer en América Latina 2009.
5. Organización Mundial de la Salud. La violencia contra las mujeres: responde el sector salud [Acceso 10feb2010] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/violencia-lu.pdf>.
6. Loli Silvia. "Espacios de atención a mujeres víctimas de violencia: comisarías de mujeres en el Perú". : Un estudio de casos", CMP Flora Tristán, 1984.
7. MIMDES. Principales estadísticas del centro de emergencias Lima Metropolitana., 2009
8. Constitución Política del Perú , Lima Perú 1993.
9. MIMDES .Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015. Perú
10. MIMDES. Plan Nacional de Igualdad de oportunidades entre Mujeres y varones 2006
11. MIMDES. Plan Nacional de Apoyo Familiar 2001 Boletín N° 08, Año 1, Octubre 2004, Lima.
12. Texto Único Ordenado de la Ley (TUO) N° 26260 promulgado el junio 1997 y Ley 27306 que modifica el TUO promulgada el 15 de Julio del 2000.
13. Organización de Estados Americanos. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención Belén Do Pará, 1994.
14. Grynspan R, Rodríguez S, Alberdi I. *Más y mejores políticas de género para América Latina y el Caribe. Encuentro de mujeres Parlamentarias. La violencia*

de género es una cuestión de políticas públicas. Fuente: PNUD. UNIFEM /2009

15. Viviano Teresa. Violencia Familiar Impune. La Primera 2011 Setiembre 28 2011,Setiembre28;Sec.Local 3_ http://www.diariolaprimeraperu.com/online/actualidad/violencia-familiar-impune_67572.html
16. Organización Panamericana de la salud. Unidad de Género y Salud –Modelo de leyes y políticas sobre violencia intrafamiliar contra las mujeres, Washington 2004.
17. Davenport, Prusak L. “Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know”, Harvard Business School Press, 1998
18. Muñoz Seca, B.; Riverola J. “Gestión del Conocimiento”, Biblioteca IESE de Gestión de Empresas, Universidad de Navarra, Folio, Barcelona, 1997.
19. Pozo, Juan Ignacio. Teorías cognitivas del aprendizaje. Madrid,1989, citado por Díaz, Frida . Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo México 2002.
20. Coll C y Valls E. El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos. En Coll, C., Pozo, J. I., Sarabia, B. y Valls, E. Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Ed. Santillana. Madrid, 1992.
21. EISER J R. *Psicología Social*. Madrid: Pirámide. ISBN,1989.
22. Rodríguez, A. *Psicología Social*. México: Trillas. 1991.
23. Ajsen I y Fishbei. *Understanding attitudes and predictingsocial behavior*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1980.
24. Bandura A y Walter R. *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad* .Madrid, 1974.
25. Dio Bleichmar E. "Género y sexo: su diferenciación y respectivo lugar en el complejo de Edipo", en *El feminismo espontáneo de la histeria, Siglo XXI*, Madrid,1985.
26. Kabeer N. (1994), *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*, Verso, Londres. Trad. cast.: *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, UNAM, México, 1998.).

27. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Hallado en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_reportSpanishlow.pdf. Acceso: 22 de octubre, 2009.
28. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359:1423-1429
29. Organización Mundial de la salud .Violencia contra la mujer, Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. 2011 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>
30. Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. (2010). <http://www.psicothema.com/pdf/3702.pdf>
31. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral en Salud Reproductiva de Atención Integral en Salud Reproductiva (2004-2006) Lima Perú, 2004.
32. Bott Sara, Guedes A, Guezmes A. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Federación internacional de planificación de la familia. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género para profesionales IPPF/RHO 2010
33. Velzeboer M. La violencia contra las mujeres responde el sector salud isbn , Washington DC. OPS 2003 <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/VAW-HealthSectorRespondsSP.pdf>
34. Blanco P, Abril V. Abordaje de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios. En: Propuestas de las asociaciones de mujeres para un plan integral contra la violencia hacia la mujer en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo de la Mujer (CAM), 2001.
35. Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México
36. Organización Panamericana de la salud .Respuesta del sector salud

37. Bott Sara, Guedes A, Guezmes A. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Federación internacional de planificación de la familia. Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género para profesionales IPPF/RHO 2010.
38. Cruz Ramírez, José en su libro* "Autoestima de la Calidad" México 1997
39. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud Pública Mex. 2003
40. Moreto G, Benedetto, Roncoletta y otros. Educación médica y la propuesta "Salud para todos": la Declaración de Alma-Ata treinta años después. Cuadernos de medicina en investigación y salud - ISSN 1909-6747 - Año 2 - volumen 2 - número 2 - noviembre 2008 - 109 - 119
<http://www.telecardiologo.com/descargas/34610.pdf>
41. Novack R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet 2002; 359:1423-1429
42. Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica Nº313 1/2004 España 2004. (Dic.28,2004).
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo1-2004.t1.html#a15
43. Miranda E, Garmendia F, Perales A, Mendoza P, Miano J, Calderón W. Evaluación de los planes curriculares y sílabos de las asignaturas de la Facultad de Medicina, sobre la atención integral de salud a las personas afectadas por la violencia. Anales Fac. med.v.70 n ,4 Lima dic 2009.
44. MINSA Norma Técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud 2004
45. Potter, Rose Urgencias en enfermería . 1ª ed. Editorial Interamericana S,A México 1997.
46. Watson J Nursing: human science and human care: a theory of nursing Boston :Jones and Bartlett; 1999pp67-70 Citado por :Marriner A, Rayly. Modelos y Teorías de Enfermería 6ª ed Madrid Harcourt Brace; 2004pp.91- 115. Disponible en:

http://books.google.com/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&source=gbs_summary_r#PPA112,M1

47. William B. W, Jr. Y Heinth Davis. "Administración de recursos humanos". Ed. Mc. Graw Hill.
48. Dessler Gary. ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL. Ed. Prentice Hall.
49. Sartre Jean. El ser y la nada. Editorial Lozada S,A 9 ed. 1993
50. Berlin Isaiah ,Four Ensayo on Liberty,Oxford University Press 1969
51. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Gac Sanit. 2008;22:7-10. Gaceta Sanitaria. Madrid 2008.
52. MIMDES .Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015.Perú
53. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral en Salud Reproductiva de Atención Integral en Salud Reproductiva (2004-2006) Lima Perú. 2004.
54. MINSA. Proyecto USAID, Calidad de los servicios de salud desde la percepción de la usuaria.Lima Perú Proyecto 2000
55. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Hallado en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_reportSpanishlow.pdf. Acceso: 22de octubre 2009
56. Rodríguez Bolaños, Rosibel de los Angeles ,Márquez-Serrano, Kageyama-Escob." Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua" México
57. Coll C y Valls E. El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos El aprendizaje y la enseñanza de procedimientos. En Coll, C., Pozo, J. I., Sarabia, B. y Valls, E. Los contenidos en la Reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes. Ed. Santillana. Madrid, 1992.
58. Mendoza -Flores María Eugenia, de Jesús-Corona Yesica, García-Urbina Maricruz, Martínez-Hernández Gabriela, Sánchez-Vera Raquel, Reyes-Zapata Hilda. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2011

Jul 16] ; 20(4): 69-79. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200004&lng=es

59. Fernández Alonso C, Herrero Velazquez S, Buitrago Ramirez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo A et al. Violencia Doméstica. Sociedad Española de Medicina y familia Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo España,. 2004.
60. Venegas O, Muñoz , P. Violencia contra la mujer y medicina familiar .Ginecología Federación Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y Ginecología ,Ginec Obstetricia, Méx 2003 ;71:421-35.
61. Cann K, Withnell, S, Shakespeare J, Doll H, Thomas J. Domestic violence: A comparative survey of level of detection, knowledge, and attitudes in healthcare workers. Public Health 2001;115:89-95.
62. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, García de la Cadena C, Campbell J. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses'aides in Mexico. Arch Med Res 2001;32:79-89.
63. Díaz-Martínez A, Esteban-Jiménez R. Enseñanza de contenidos de violencia intrafamiliar y sexual en instituciones de educación superior. Gaceta Medica Mex 1999;135(3):274-281.
64. Gracia Enrique y Lila .L0s Profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2008 Mar [citado 2011 Jul 07] ; 136(3): 394-400. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300017&lng
65. Fernández Alonso C, Herrero Velazquez S, Buitrago Ramirez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo A et al. Violencia Doméstica. Sociedad Española de Medicina y familia Comunitaria.Ministerio de Sanidad y Consumo Esp. 2004; 205(8): 379-82.
66. Sugg NK, Inui T. Primary Care Physicians Reponse to Domestic Violence. Opening Pandora´s Box. JAMA 1992; 267(23): 3157-3160

67. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ* 2002;324:271-4.
68. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S and Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324(7332):274.<http://bmj.com>
69. Rodríguez Vega B y Fernández Liría A. La consideración psiquiátrica del maltrato a la mujer. *Archivos de psiquiatría* 2002;(65):1-3
70. Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 591-4.
71. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S and Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ* 2002;324(7332):274.<http://bmj.com>
72. Híjar LC Lozano, R Valdez R, Blanco J. Las lesiones intencionales como causa de demanda de atención en los servicios de urgencia hospitalaria de la ciudad de México *Salud Mental* 2002; 25 (1)
73. Díaz-Olavarrieta C, Paz F, García de la Cadena C, Campbell J. Prevalence of intimate partner abuse among nurses and nurses'aides in Mexico. *Arch Med Res* 2001;32:79-89.
74. Valero A. El Cuidado de la Salud Mental en los Equipos de Primera Respuesta, 1997. Lima Perú

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Presentación

Sr.(a) Srta.

Buenos días, estas preguntas han sido elaboradas como parte del estudio de investigación cuyo título es “**CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y CONDUCTAS DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO – SERVICIOS DE EMERGENCIA -LIMA METROPOLITANA - 2011**” . Le agradeceré se sirva contestar en forma veraz las preguntas de este cuestionario, en el que no figurará su nombre y el aporte servirá para mejorar la atención de salud.

I. DATOS GENERALES

-Sexo M () F ()

-Estado civil Casado () En unión libre () Hijos si () N° ()

Soltero () Divorciado () Separado () Viudo ()

-Años de graduado.....

-En la Universidad recibió preparación sobre **VIOLENCIA DE GÉNERO (VG)** SI () NO ()

En el caso que sea SI esos estudios fueron suficientes SI () NO ()

-Institución donde labora.....

-Tiempo de servicio en la institución.....

-Tiempo de rotación por emergenciaañosmeses

- Estudios de Post Grado Especialidad Especialidad () Maestría ()

Doctorado ()

II CAPACITACIÓN

Mencione los Cursos o Talleres que haya recibido sobre violencia de género en los últimos 5 años

Nombre:.....

Duración en horas

Modalidad a. Solo Conferencia () b. Laboratorio vivencial () otros ()

III INFORMACIÓN

1. Con respecto a las siguientes preguntas escoja verdadero o falso

- a. La VG ocurre en los estratos más pobres V () F ()
- b. Hay un perfil específico para las mujeres maltratadas y para los agresores V () F ()
- c. La violencia de género tiene raíz cultural V () F ()
- d. La mayoría de las mujeres en situación de violencia la notifican espontáneamente. V () F ()
- e. La VG la ejercen más embriagados V () F ()
- f. La violencia de género es un problema de ámbito policial y judicial no de salud. V () F ()
- g. La condición subordinada de la mujer en la sociedad es causa de la violencia de género V () F ()

2. Conoce algún centro o institución de apoyo para víctimas de violencia de género

Si () No () ¿Cuál?

3. Alguna vez ha aplicado alguna guía o protocolo de atención para la mujer con violencia de género

- a. SI () b. NO ()

En el caso que si diga cual

2. Reconocería Ud. algún signo psicoemocional de violencia en su paciente

- a. No..... b. Si..... ¿Cuál?

IV Marque con un aspa según su criterio

1. Ha identificado casos de mujeres víctimas de Violencia de Género en los últimos tres meses

a Ninguno b De uno a tres d De cuatro a más

2. En el abordaje a una mujer con indicios de ser víctima de violencia y que se niega hablar del problema Ud. opta por:

- a. Darle indicaciones sobre que actitud tomar b. Insistir a que hable del problema
c. Dejar que ella hable cuando se ve d. Tocar el tema en forma indirecta
e. Prefiere no intervenir

3. En el caso que se dé cuenta que la paciente viene con el probable agresor al momento de entrevistarla

- a. Es mejor que el agresor esté presente en la entrevista
- b. Lo invita para que la deje sola con la paciente
- c. Es indiferente que este o no durante la entrevista

3. En caso de abordar a una víctima de violencia de género que manifiesta su problema

Ud. opta como primera acción:

- a. Que tome ella sus propias decisiones
- b. Aconsejarle la separación
- c. Derivarla a otra área sin tocar el tema
- d. Esclarecerla sobre su papel de víctima

4. Realiza preguntas para detectar un caso de violencia contra la mujer

- a) Sólo cuando sospecha que se trata de un caso
- b) Siempre
- c) Raramente
- d) Nunca

5. Ha referido algún caso de víctima de VG a. Si () b. No ()

6. En caso que sea sí ¿cuál es el lugar de referencia? :

- Psicología ()
- Asistencia Social () Programa dentro del MINSA ()
- Otra institución ONG Especializada () - Comisaría de la Mujer ()-
- Otros ()

7. Para atender a víctimas de VG Ud. cree que en su institución hay

- | | | |
|--|----|----|
| • Trámites burocráticos excesivos | si | no |
| • Problema de espacios reducidos | si | no |
| • Falta de tiempo | si | no |
| • No le dan capacitación sobre temas de VG | si | no |
| • Es difícil identificar y tratar los casos en el desempeño de la práctica | si | no |
| • Desconocimiento sobre lugares de referencia | si | no |
| • Es incómodo identificar y abordar este tipo de problema | si | no |
| • Otro | | |

8. Ha tenido experiencia de VG en personas cercanas a su entorno SI () NO ()

9. Ha ejercido violencia o recibido violencia de su pareja alguna vez. SI () NO ()

V.MARQUESEGÚNLOQUE PIENSA

1. Una buena esposa obedece a su esposo aunque ella no esté de acuerdo con él

2. Es importante para el hombre mostrar a su esposa o pareja quien es el jefe

3 Una mujer debe de ser capaz de escoger sus propias amistades aun si su esposo no está de acuerdo.

4. Es obligación de la esposa tener relaciones sexuales con su esposo aún si ella no quiere

5. Ha veces se justifica que la mujer se agolpea por el marido

6. La violencia de género es responsabilidad del agresor pero a veces puede ser de la agredida.

7. La violencia de género es un asunto privado

8. La violencia de género es para Ud. una trasgresión a un derecho humano.

Totalmente De cuerdo	De acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en d desacuerdo

9. Considera que la VG es algo lamentable pero que de todas maneras tiene que ocurrir en la sociedad

Muchas Gracias

ANEXO 2

PROTOCOLO ESTABLECIDO POR EL MINSA SOBRE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1. Lineamientos generales

- Las intervenciones para detectar las situaciones de violencia se deben llevar a cabo en una atmosfera privada y exclusiva para la usuaria. Si ella concurre acompañada, buscar la mejor oportunidad para hacer preguntas específicas o pedir educadamente al/la acompañante que permanezca fuera del ambiente de consulta.
- Es indispensable que todo lo expresado por la usuaria y todas las verificaciones hechas durante el examen clínico tengan registro medico.
- La usuaria puede mostrar preferencia de hablar con profesionales mujeres, en cuyo caso se debe respetar su decisión.
- El personal que presta servicios de salud reproductiva debe tener en cuenta lo siguiente:
 - a) La VBG ocurre en todos lo niveles de la sociedad;
 - b) No hay un perfil específico para las mujeres maltratadas ni para los agresores;
 - c) No hay ninguna justificación para la violencia;
 - d) La violencia es responsabilidad del agresor y no de la agredida;
 - e) La alta prevalencia de la VBG y sus consecuencias negativas son razones suficientes para la identificación rutinaria de casos;
 - f) La mayoría de las mujeres en situación de violencia, especialmente violencia domestica, no la notifican espontáneamente.

2. SITUACIÓN DE LAS USUARIAS AL LLEGAR AL SERVICIO

1. Para la identificación de los casos se debe tener en cuenta que las usuarias pueden concurrir por diversas causas a los servicios de consulta externa o al servicio de emergencia.

2. Las usuarias pueden ser referidas de otras instituciones, en cuyo caso el motivo de la consulta va a ser el tema de la VBG. En ese caso habrá que prestarles de inmediato el servicio especializado del manejo del caso.
3. Las usuarias pueden acudir por demanda espontánea notificando una situación de violencia. La concurrencia puede ser al servicio de emergencia o de consulta externa, en cuyo caso habrá que prestar servicio especializado de manejo del caso.
4. Las usuarias pueden acudir, generalmente, al consultorio externo, sin quejas relacionadas con la VBG. En este caso será necesario explorar con preguntas claves al final de la etapa de toma de antecedentes clínicos o durante la realización del examen clínico. El examen debe ser completo antes de tipificar el caso y de administrar medidas de tratamiento.

3. IDENTIFICACIÓN DEL CASO EN CONSULTORIO EN EMERGENCIA

- Salude respetuosamente a la persona y llámela como ella desee. Identifíquese.
- Asegure privacidad durante la atención
- Muestre agrado por que la persona fue a consulta y mantenga una actitud respetuosa
- Pregunte el motivo de la consulta y haga una anamnesis
- Haga preguntas sobre el contexto familiar y sociodemográfico
- Concentre la atención en la persona y permítale expresarse sin interrupciones
- No critique, ni regañe, ni desautorice a la persona, no haga gestos, ni juicio de valor sobre lo que ella expresa.
- Pregunte como la afecta el problema o necesidad que la trae a consulta, utilizando un lenguaje fácil de entender. Igualmente use lenguaje no verbal amable
- No permita que haya dominio de ninguna de las partes y demuestre interés/compromiso de ayudarla a resolver el problema o necesidad
- Hable de situaciones de violencia sucedidas a terceras personas, observe y pida comentarios

■ Puede decirle que la violencia y las agresiones, desafortunadamente, son muy frecuentes en la vida de las mujeres y que por esta razón se hacen algunas preguntas a todas las usuarias del servicio.

En el caso que la usuaria no manifieste espontáneamente una situación de violencia:

a) Observe el comportamiento, si es nerviosa, llora sin causa aparente, esta ansiosa o a la defensiva;

b) Observe si da información vaga que no corresponde con la lesión percibida.

c) De estar presente el marido, observe si él es quien contesta las preguntas o la sobreprotege;

d) Observe cuidadosamente si existen lesiones físicas y descríbalas;

e) Revise todo el cuerpo durante el examen y describa claramente las lesiones.

f) Revise la historia clínica en búsqueda de síntomas recurrentes como cefalea, desordenes del sueño y del apetito, fatiga, mareos, palpitaciones, infecciones ginecológicas y del tracto urinario, infecciones de transmisión sexual, dolor pélvico crónico, asma, gastritis, hipertensión que no se controla fácilmente.

g) Pregunte sobre el estado de salud en función de lo encontrado en la historia clínica.

■ A continuación puede preguntar:

a) Se sintió alguna vez maltratada emocional o psicológicamente por su compañero u otra persona importante para usted; por ejemplo recibió insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos importantes para usted, amenazas, aislamiento, maldiciones, ridiculización?

Si la respuesta es positiva, preguntar quién fue el agresor, desde cuando la ofende y cuando ha sido la última vez.

b) ¿Ha sido agredida físicamente alguna vez por su compañero o alguien cercano a Ud. Por ejemplo: empujones, golpes, puñetazos, cachetadas o fue golpeada con algún objeto, ha recibido quemaduras o amenazas con arma?. Si la respuesta es positiva, preguntar por el agresor, desde cuando la maltrata y cuando ha sido la última vez

c) ¿Se ha sentido alguna vez forzada a tener contacto o relaciones sexuales?. Si la respuesta es positiva, pregunte por el agresor, desde cuando la violenta y cuando ha sido la última vez

Ante el diagnóstico positivo de VG, muestre preocupación por ayudar a la mujer a resolver el problema, deje que ella hable y muestre sus sentimientos.

Menciones que el uso de la violencia no es normal y que nadie merece ser maltratada/o por ningún motivo.

.- Normas para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

- Ver a la mujer sola asegurando confidencialidad
- Utilizar el tiempo necesario para la entrevista Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal)
- Facilitar la escucha activa
- . Facilitar la expresión de sentimientos
- Mantener una actitud empática, facilitadora de la comunicación, con una escucha activa.
- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas Abordar directamente el tema de la violencia, con intervenciones facilitadoras
- Creer a la mujer, tomarla en serio, sin poner en duda su interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar el miedo a la revelación del abuso.
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre.
- Respetar a la mujer y aceptar su ritmo y su elección.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones
- Registrar con precisión en la historia clínica estos hechos

Investigar síntomas de maltrato.-

- Signos y señales de alerta de maltrato.

Físicos: Heridas, huellas de golpes, hematomas, discrepancia entre características y descripción del accidente, localización, demora en la solicitud de atención.

Psíquicos: Ansiedad, depresión, confusión, agitación, síndrome de estrés

Pos traumático, intentos de suicidio.

Actitudes y estado emocional: Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, sobresalto al menor ruido, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse y a exculpar a su pareja, reticencia a responder preguntas, o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones.

Estado emocional: tristeza, miedo a morir, ideas suicidas, ansiedad extrema.

Si acude el cónyuge debemos explorar también su actitud: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos; debe entrevistarse a los elementos de la pareja por separado.

Otros síntomas: Quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, consumo abusivo de medicamentos, Hiper frecuentación, ausentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, etc. Los trastornos por somatización son una posible consecuencia de la violencia mantenida.

ANEXO 3

ESTADÍSTICAS DE LAS CARACTERÍSTICAS LABORALES DE MÉDICOS Y ENFERMERAS

DATOS LABORALES	MÉDICOS n=142				ENFERMERAS n=56			
	MEDIA	DS	MAX	MIN	MEDIA	DS	MAX	MIN
AÑOS DE GRADUADO	7.5	6.6	41	1	9.9	5.4	20	3
AÑOS EN LA INSTITUCIÓN	4.5	5.5	30	6 meses	6.6	5.5	20	4 meses
AÑOS EN EMERGENCIA	2.5	3.3	15	5 meses	4.8	4.5	18	3 meses

ANEXO 4

FORMULA DE OBTENCION DE LA MUESTRA

Para obtener la muestra de médicos

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1) E^2 + Z^2 pq}$$

donde:

n= tamaño muestral

z = 1.96 Coeficiente de Confiabilidad para un nivel de 95% de nivel de seguridad

N= 255 población total de médicos que rotan por emergencia

p= 40% estimado de percepción negativa de calidad por el usuario

q = 60% estimado de percepción positiva de calidad por el usuario

E= 5% error muestral

Calculo de la muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 (40) (60) 255}{254 (5)^2 + (1.96)^2 (40) (60)}$$

=

$$= \frac{23510592}{6350 + 9219.84} = \frac{23510592}{15569.84}$$

n = 142 médicos

Para la obtención de muestra de enfermeras

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N-1) E^2 + Z^2 pq}$$

donde :

n= tamaño muestral

z = 1.96 Coeficiente de Confiabilidad para un nivel de 95% de nivel de seguridad

N= 80 población total de enfermeras que rotan por emergencia

p= 40% estimado de percepción negativa de calidad por el usuario

q = 60% estimado de percepción positiva de calidad por el usuario

E= 5% error muestral

Calculo de la muestra :

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (40) (60) 80}{79 (5)^2 + (1.96)^2 (40) (60)} \\ &= \frac{3.8416 (40) (60) 80}{1975 + (1.96)^2 (40) (60)} = \frac{73587.2}{11194.84} = 56 \text{ enfermeras} \end{aligned}$$

ANEXO 5

MEDICION DE LA VARIABLE- ESCALA DE STANINE

Este coeficiente permite conocer los intervalos por puntaje alcanzado por fase y de forma global de las variables de estudio

$$X \pm 0,75 (S)$$

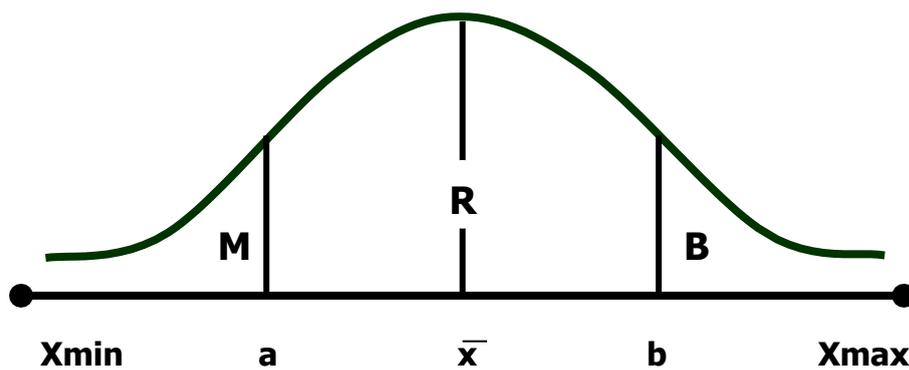
Donde :

X = Promedio de Puntajes

S = Desviación Estándar de los puntajes

$$a = \bar{x} - 0.75 (s)$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (s)$$



ANEXO 6

FRECUENCIA ACUMULADA DE LAS VARIABLES EN MÉDICOS

VARIABLES - CATEGORÍAS					
CONOCIMIENTO		ACTITUD		CONDUCTA	
BAJO	0 - 9	DESFAVORABLE	0 -35	<i>DEFICIENTE</i>	0---8
MEDIO	10 -15	REGULAR	36 -44	<i>REGULAR</i>	9----11
<i>ALTO</i>	16 -20	<i>FAVORABLE</i>	45- 49	<i>ÓPTIMO</i>	12---18

FRECUENCIA ACUMULADA DE LAS VARIABLES EN ENFERMERAS

VARIABLES - CATEGORÍAS					
CONOCIMIENTO		ACTITUD		CONDUCTA	
BAJO	0 - 7	DESFAVORABLE	0 -37	<i>DEFICIENTE</i>	0---6
MEDIO	8 -15	REGULAR	38 -43	<i>REGULAR</i>	7-----10
<i>ALTO</i>	16 -20	<i>FAVORABLE</i>	44- 49	<i>ÓPTIMO</i>	11-----18

ANEXO 7

PRUEBAS ESTADISTICAS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

APLICADAS AL INSTRUMENTO

PRUEBA DE VALIDEZ DE PEARSON -CORRELACIÓN ITEMS –TEST

Este coeficiente permite conocer la validez de cada ítem de cada una de

las fases en ambos instrumentos

$$r = \frac{N \sum x y - (\sum x) (\sum y)}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

r > 0.2 válido

Resultado de la aplicación de la prueba de pearson para probar la

validez del instrumento de la variable percepción

ITEMS	VARIABLE CONOCIMIENTO	VARIABLE ACTITUD	VARIABLE CONDUCTA
1	0.30	0.21	0.23
2	0.20	0.20	0.24
3	0.23	0.21	0.50
4	0.21	0.22	0.34
5	0.56	0.25	0.21
6	0.30	0.20	0.23
7	0.38	0.43	0.24
8	0.23	0.37	
9	0.58	0.51	
10	0.51		

ANEXO 8

PRUEBA DE ALFA DE CROMBACH -CONFIABILIDAD

INSTRUMENTO -CUESTIONARIO

K = Numero de ítems

S² i = sumatoria de varianzas

S² t = Varianza de la escala

$$a = \frac{k}{k - 1} \left[1 - \frac{S^2 i}{S^2 t} \right] \Rightarrow \frac{13.0908046}{744}$$

$$\Rightarrow 1 - 0.0175951 = 0.9824049$$

$$1.034 \times 0.9824049 = 1.01$$

confiabilidad de a = 1.01 > 05

siendo el instrumento confiable -

ANEXO 9

Las categorías de inicio dan lugar a las categorías finales por ítem

CATEGORIAS FINALES	CATEGORIAS DE INICIO- CONOCIMIENTO		
	<i>SI</i>		<i>NO</i>
	<i>ALTO</i>	<i>MEDIO</i>	<i>BAJO</i>

CATEGORIA S FINALES	CATEGORIAS DE INICIO- ACTITUD		
	<i>TOTALMENTE- E ACUERDO</i>	<i>DE ACUERDO- NI DE ACUERDO - NI EN DESACUERDO</i>	<i>EN DESACUERDO - TOTALMENTE EN DESACUERDO</i>
	<i>FAVORABLE</i>	<i>REGULAR</i>	<i>DESFAVORABLE</i>

CATEGORIA S FINALES	CATEGORIAS DE INICIO- CONDUCTA		
	<i>SI</i>	<i>A VECES</i>	<i>NO</i>
	<i>OPTIMA</i>	<i>REGULAR</i>	<i>PESIMA</i>

ANEXO 10

TABLA DE CÓDIGOS

ITEMS	VARIABLE CONOCIMIENTO	VARIABLE CONDUCTA
1	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	NINGUNO DE 1 A 3 DE 4 A MAS
2	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	0 1 2 3 4
3	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	0 1 2
4	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	0 1 2 3
5	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	0 1 2 3
6	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	SI = 2 NO = 0
7	CORRECTO 2 INCORRECTO 0	
8	SI = 2 NO = 0	
9	SI = 2 NO = 0	
10	SI = 2 NO = 0	

CÓDIGOS VARIABLE ACTITUD

PREGUNTA	Totalmente De cuerdo	De acuerdo	Ni de Acuerdo Ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	5	4	3	2	1
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	5	4	3	2	1
9	1	2	3	4	5

