



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina Humana

Unidad de Posgrado

**Violencia contra la mujer: saberes, prácticas y dilemas
de los obstetras en la atención primaria. Barranca.**

2014

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud

AUTOR

Elizabeth del Pilar PAREDES CRUZ

ASESOR

Miguel Ángel OLIVEROS DONOHUE

Lima, Perú

2018



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Paredes E. Violencia contra la mujer: saberes, prácticas y dilemas de los obstetras en la atención primaria. Barranca. 2014 [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana, Unidad de Posgrado; 2018.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DOCTORADO
Vice Decanato de Investigación y Unidad de Post Grado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los ocho días, del mes de Enero del año dos mil dieciocho, siendo las 12.00m. ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia de la **DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA	PRESIDENTA
DRA. GLADYS CARMELA SANTOS FALCÓN	MIEMBRO
DRA. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA	MIEMBRO
DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA	MIEMBRO
DR. MIGUEL ÁNGEL OLIVEROS DONOHUE	ASESOR

La postulante al Grado de Doctor en **Ciencias de la Salud**, es Magíster en **Obstetricia** con mención en **Salud Reproductiva**, Doña **Elizabeth del Pilar Paredes Cruz**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **“VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.2014”**, para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **B Muy Bueno 17**, a continuación la Presidenta del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **Elizabeth del Pilar Paredes Cruz**, el Grado Académico de Doctor en **Ciencias de la Salud**.

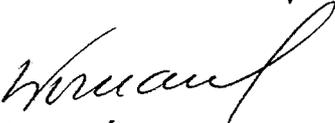
Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 1.20 p.m. se da por concluido el acto académico de sustentación.


DRA. GLADYS CARMELA SANTOS FALCÓN
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. ZAIDA ZAGACETA GUEVARA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. ZULLY LUZ ACOSTA EVANGELISTA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DR. MIGUEL ÁNGEL OLIVEROS DONOHUE
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN


DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA
PRESIDENTA DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

NOTA : *EL DÍA 08.01.2018 A PEDIDO DE UN MIEMBRO DEL JURADO EXAMINADOR LA PRESIDENTA SOLICITA , CAMBIO DEL TÍTULO RETIRANDO EL AÑO 2014, SIENDO SU TÍTULO DEFINITIVO: **“VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.”**



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
SECCION DOCTORADO
Vice Decanato de Investigación y PG



DICTAMEN N° 002-CTPT-SD-UPG-FM-2018

Lima, 15 Enero del 2018.

VISTO:

El Oficio N° 0020-SD-PG-FM-2017, de fecha 15 de Enero del 2018, de la Jefa de la Sección Doctoral, quién respecto a la solicitud de la Mg. **Elizabeth del Pilar Paredes Cruz**, alumna del Doctorado en **Ciencias de la Salud**, mediante el cual solicita el cambio del título de su Proyecto de Tesis: "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.2014",

por :
"VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA."

CONSIDERANDO:

Que, la Presidenta del Jurado Examinador Dra. **Alicia Jesús Fernández Giusti Vda. de Pella** y el Dr. **Miguel Ángel Oliveros Donohue**, Asesor de la Tesis, recomiendan el cambio del título de la Tesis, según consta en el informe presentado con fecha 09 de Enero del 2018.

Que, la Jefa de la Sección Doctoral, opina favorablemente el cambio del título del Proyecto de Tesis de la recurrente.

Que, lo solicitado por la Mg. **Elizabeth del Pilar Paredes Cruz**, es procedente según el Reglamento de los Estudios de Doctorado (Art. 10)

SE DICTAMINA:

1. Rectificar el N° 1 **DICTAMEN N° 149-UPG-FM-2014**, de Inscripción del Tema del Proyecto de Tesis titulado "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.2014", cambiándolo por el nuevo título: "VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA."
 2. Dejar sin efecto el N° 1, del **DICTAMEN N° 149-UPG-FM-2014**, de Inscribir del tema del Proyecto de Tesis.
- Regístrese, comuníquese y archívese.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
Dr. JUAN PEDRO MATZUJURA KASANO
VICEDECANO

DEDICATORIA

A Dios, por haberme acompañado, guiado y permitido lograr mis objetivos.

A mis padres, por ser el pilar fundamental en cada paso de mi vida, por los valores transmitidos y su amor incondicional.

A mis hermanas, Marleny y Gladys, por darme siempre palabras de aliento para culminar mi tesis.

A mi prima Susana, a quien quiero y agradezco sus cuidados cuando niña.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Miguel Ángel Oliveros Donohue, asesor de la tesis, por su valioso y constante apoyo durante todo el proceso de la investigación.

Al honorable Jurado de la tesis, por sus comentarios y sugerencias, necesarios para la culminación de la tesis.

A mis colegas Obstetras, quienes compartieron sus experiencias y permitieron desarrollar esta investigación.

ÍNDICE

	PÁG
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Situación del problema	10
1.2. Formulación del Problema.....	13
1.3. Justificación de la investigación	13
1.4. Objetivos de la Investigación.....	14
CAPÍTULO II. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. Antecedentes del problema.....	15
2.2. Bases Teóricas	25
2.2.1 Violencia contra la mujer.....	25
2.2.2 Las Acciones frente a la Violencia contra la Mujer en el Mundo y el Perú	30
2.2.3 Teoría sobre la violencia contra la mujer desde la perspectiva del profesional de salud	33
2.2.4 La detección de la Violencia contra la mujer en el ámbito de la salud.....	35
2.2.5 Las organizaciones de salud frente a la violencia contra la mujer.....	38
2.2.6 Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud ante la violencia contra la mujer.	40
2.2.7 Perfil y actitudes del personal de salud que se implican en procesos formativos sobre violencia de género.	41
2.2.8 Resistencias y dificultades del personal de salud.	42
2.2.9 Desempeño de la Práctica Profesional: Grado de Implicación y Dificultades.....	43

2.2.10 El profesional de Obstetricia en la Atención primaria y su rol en la atención y detección de la violencia contra la mujer.	45
2.3. Marco conceptual o glosario:.....	49
CAPÍTULO III METODOLOGÍA.....	51
3.1. Enfoque de la Investigación.....	51
3.2. Método de la investigación.....	52
3.3. Escenario del Estudio	55
3.4. Unidad de Análisis.....	56
3.5. Población de estudio	57
3.6. Tamaño de la muestra.....	57
3.7. Selección de la muestra	58
3.8. Técnica de recolección de datos	58
3.9. Proceso de Recolección de Datos	59
3.10. Proceso de Análisis e Interpretación de la información	60
3.11. Validando el modelo teórico.....	62
3.12. Consideraciones éticas de la investigación.....	63
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	65
4.1. Caracterización de los participantes del estudio.....	65
4.2. Resultados.....	66
4.3. Modelo Teórico	91
4.4. Discusión	95
CONSIDERACIONES FINALES	106
RECOMENDACIONES.....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
Tabla 1. Perfil de los Obstetras participantes.....	65
Tabla 2. La violencia contra la mujer como problema oculto y el rol del Obstetra en su detección.....	67
Tabla 3. Permisión de la violencia contra la mujer basada en lo social.....	71
Tabla 4. Permisión de la violencia contra la mujer basada en lo personal.....	73
Tabla 5. Aplicando estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer	76
Tabla 6. Dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia ...	79
Tabla 7. Dificultades basadas en lo profesional o institucional	84
Tabla 8. Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada.....	87

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1. Modelo Teórico de la Teoría Sustantiva "Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas"	90

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo comprender y el modelo teórico representativo sobre los saberes, prácticas y dilemas de los Obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer, con metodología cualitativa basada en la Teoría Fundamentada, mediante el interaccionismo simbólico. Se conformó una muestra de 10 Obstetras pertenecientes a los centros de salud de la Provincia de Barranca. Para la recolección de los datos se usó la entrevista semiestructurada. El resultado obtenido respecto al modelo paradigmático sobre el fenómeno “Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas” se refleja en los discursos sobre a) el contexto representado en la percepción de la violencia como un problema oculto y la importancia del rol del Obstetra, concibiéndose como un agente importante, pero reconociendo las debilidades que impiden una mayor efectividad en su trabajo; b) sobre las condiciones causales basadas en lo personal, se caracteriza al agresor como un hombre machista, con antecedentes de violencia y con poder económico sobre la mujer; por otro lado, de acuerdo a lo social se percibe a una mujer con poco nivel educativo, baja autoestima, con antecedentes de violencia familiar que refuerzan los roles en el círculo de la violencia; c) en cuanto a las estrategias se sugiere la formación profesional especializada, una educación preventiva, sistema interinstitucional articulado y el seguimiento de casos que provea mejores acciones en diferentes niveles del estado; d) en los aspectos intervinientes emergen dos categorías, primero los dilemas del Obstetra en la atención de la violencia contra la mujer, centrado en sentimientos de empatía, por la identificación con las víctimas, como mujeres que necesitan ayuda o por verse reflejadas en sus propias vivencias, lo que genera sentimientos de protección, pero a la vez miedo por las posibles represalias del agresor, de otro lado de indiferencia para no revivir sentimientos de odio y rencor por experiencias negativas personales; segunda categoría sobre las dificultades basadas en lo profesional o institucional ligadas a los sentimientos de impotencia del Obstetra al saberse limitados en su formación en el tema, problemas con el tamizaje, tiempo limitado en la consulta y falta de personal para realizar más actividades; y e) las consecuencias en su categoría: Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada.

Palabras claves: saberes, prácticas, dilemas, violencia, rol, atención primaria

ABSTRACT

The objective of the study was to understand the representative theoretical model on the knowledge, practices and dilemmas of Obstetricians in the primary care of violence against women, with qualitative methodology based on Grounded Theory, through symbolic interactionism. A sample of 10 midwives belonging to the health centers of the Province of Barranca was formed. The semi-structured interview was used to collect the data. The result obtained with regard to the paradigmatic model on the phenomenon "Recognizing the knowledge, practices, dilemmas and difficulties that Obstetricians present in the primary care of women who have been violated" is reflected in the discourses about a) the context represented in the perception of violence as a hidden problem and the importance of the role of midwife's, conceiving himself as an important agent, but recognizing the weaknesses that prevent greater effectiveness in his work; b) on the causal conditions based on the personal, the aggressor is characterized as a male chauvinist, with a history of violence and with economic power over the woman; on the other hand according to the social is perceived to a woman with little educational level, low self-esteem with a history of family violence that reinforce the roles in the circle of violence; c) Finally, in terms of strategies, specialized vocational training, preventive education, articulated inter-institutional system and follow-up of cases that provide better actions at different levels of the state are suggested; d) in the intervening aspects, two categories emerge: the first refers to the dilemmas of midwives in the attention of violence against women, centered on the feelings of empathy, caused by identification with the victims, as women in need of help or by to be reflected in their own experiences, which generates feelings of protection, but at the same time fear for the possible reprisals of the aggressor, feeling alone in community work, on the other side of indifference for not wanting to revive feelings of hatred and rancor for experiences negative personal effects. On the other hand, a second category on professional or institutional difficulties related to the midwife's feelings of impotence as they were limited due to their inadequate training in the subject, problems with screening, limited consultation time and lack of staff to carry out more activities; and e) the consequences in its category: Perceiving the consequences of its role in the attention of violence.

Keywords: knowledge, practices, dilemmas, violence, role, primary care

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación del problema

En los últimos años la violencia de género se ha ido incrementando gradualmente convirtiéndose en un problema de salud pública y por ende una violación de los derechos humanos de todas aquellas mujeres que han sufrido o sufren de algún tipo de violencia. La violencia contra la mujer, se manifiesta con agresión física, psicológica y sexual, que algunas veces puede terminar en feminicidio.

En el 2013, la OMS emitió por primera vez, unas estimaciones a nivel mundial y regional sobre la prevalencia de la violencia conyugal y no conyugal, basados en datos de más de 80 países, las mismas que fueron obtenidas a partir de datos demográficos mundiales recopilados de manera sistemática. Así se encontró que, una de cada tres (35%) mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas a su pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. Un 38% terminaron en feminicidios cometidos dentro de la relación conyugal (World Health Organization, 2013).

En los últimos años la violencia contra la mujer se ha incrementado debido a múltiples factores, reflejándola como un fenómeno que no sólo afecta al espacio público, sino que también aborda la temática de los derechos

humanos. Entre los factores asociados a un mayor riesgo de ser víctima de la pareja o de violencia sexual figuran un bajo nivel de instrucción, el hecho de haber estado expuesto a escenas de violencia entre los progenitores, el maltrato durante la infancia, actitudes de aceptación de la violencia y las desigualdades de género (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el Perú, la violencia contra la mujer en todas sus formas se ha convertido en un problema social de cifras contundentes, sin contar, que hay un gran número de mujeres que sufren violencia y no llegan a denunciarla ni pedir apoyo. De acuerdo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), en el 2016, el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS) notificó que el 86% (60,589) de casos presentados en los Centros de Atención Emergencia Mujer (CEM) fueron del género femenino, de los cuales el 50% (35,023) se notificaron por violencia psicológica, 40% (27,999) violencia física y 10% (7,488) por violencia sexual. En general, de todos los casos atendidos hubo un incremento de 20.7% respecto al 2015. Se registraron 124 feminicidios y 258 tentativas de feminicidio en el 2016, el cual respecto al 2015 aumentó en un 30%. En cuanto a las acciones preventivo promocionales por parte del MIMDES, se informó y sensibilizó a los operadores de salud en un 0,6% (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-PNCVFS, 2016).

En la provincia y distrito de Barranca, el 08 de agosto de 2012 se inauguró el primer Centro de Emergencia Mujer (Oficina de Monitoreo y Evaluación de Políticas, 2015). En el 2016, en la Región Lima Provincias, se tuvo un total de 2,791 casos por violencia familiar y sexual atendidas a través de los CEMs, el 93% (2,598) fueron por violencia familiar y el 7% (193) por violencia sexual. Así mismo, se registraron 5 feminicidios y 4 tentativas de feminicidio (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-PNCVFS, 2016).

Teniendo en cuenta las cifras que se notifican en los CEM, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó las Normas y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil-2001, bajo la cual se

establece que los establecimientos de salud tienen la obligación de identificar, atender y referir a las víctimas de violencia a servicios complementarios, a fin de garantizar la recuperación de su salud (Ministerio de Salud, 2001). Es responsabilidad de todo el personal de salud identificar los casos de violencia familiar de acuerdo a sus funciones y al nivel de atención en el que se desempeña. Si bien es cierto que, la normativa tiende a concentrarse en la obligación del proveedor individual sobre la detección y atención de la violencia familiar, pocas veces se tiene en cuenta el contexto estructural o institucional en el cual se lleva a cabo la labor del proveedor.

El MINSA viene trabajando con un protocolo de atención para los casos de violencia familiar desde el 2001, sin embargo en la evaluación realizada por la Defensoría del Pueblo-Agosto, 2012, se encontró que: los establecimientos no cuentan con los espacios necesarios para brindar tal atención, además de observar que el personal si bien es cierto realiza las atenciones, el 69.5% de los trabajadores de centros de salud no están capacitados en el tema, también hay una limitación en el tiempo y en otros casos la renuencia del personal de salud a enfrentar de manera directa la violencia sufrida por las mujeres (Defensoría del Pueblo del Perú, 2012).

Pese a que el sector salud tiene como lineamiento brindar una salud integral y dentro de ella la atención de problemas de violencia y la obligación del personal de salud de vigilar, identificar y remitir a las víctimas y cuando sea factible dar atención, es necesario también identificar las condiciones estructurales o institucionales que brindan las instituciones de salud al proveedor que faciliten su trabajo en la detección y atención adecuada de las mujeres violentadas. En este contexto, los Obstetras debido a su perfil preventivo promocional en la atención primaria, son quienes tienen la mayor posibilidad de detección y atención de los casos de violencia contra la mujer, sin embargo es preciso tomar en cuenta los saberes, prácticas y dilemas que enfrenta este profesional en su quehacer diario, que lo lleven a enfrentar la detección y atención de las mujeres violentadas.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los saberes, prácticas y dilemas de los Obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer. Barranca?

1.3. Justificación de la investigación

Justificación teórica

Después de una búsqueda en la base de datos de PubMed se encontraron artículos y trabajos publicados sobre violencia contra la mujer, aunque la mayoría de ellos no abordan el problema desde el punto de vista de los proveedores, por ello su estudio desde una perspectiva diferente contribuirá en el logro de conocimientos sobre violencia contra la mujer desde la mirada del proveedor de salud. Este trabajo cobra importancia debido al incremento de los casos de violencia contra la mujer en los últimos años a nivel nacional. La profundidad del conocimiento permitirá fortalecer los programas de capacitación del personal sobre el tema y reflexionar sobre los procesos de evaluación de los Obstetras respecto a su actuar en la atención que brindan a las mujeres violentadas.

Justificación práctica

Estando el profesional de Obstetricia en contacto directo con las mujeres en edad fértil en los servicios de salud, es pertinente la comprensión y generación de una teoría basada en los saberes, prácticas y dilemas que enfrentan los Obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer; para profundizar en los diversos elementos valorativos, que determinan las diferencias que pudieran encontrarse entre sus prácticas cotidianas y, especialmente, su manera de vivir y enfrentar el problema en el cotidiano de la atención de la mujer violentada. Su estudio permitirá sensibilizar a los Obstetras respecto a su compromiso con esta problemática e identificar pautas para mejorar la atención de los casos en el nivel primario.

Justificación metodológica

El uso del método cualitativo para el estudio de la violencia contra la mujer se justifica, por la oportunidad de realizar entrevistas semiestructuradas que permitieran retroalimentarse realizando preguntas adicionales para profundizar en el conocimiento, además mediante la observación de las expresiones del entrevistado se puede redireccionar la entrevista para obtener datos aclaratorios y más específicos.

Justificación ética

El abordaje de la violencia contra la mujer es un problema de salud pública que requiere de un manejo multidisciplinario, el interés de investigar e indagar en un proceso que es complejo, es para profundizar en los saberes, prácticas y dilemas del profesional de Obstetricia, ya que son ellos los actores principales en la detección y atención de las mujeres violentadas en el nivel de atención primaria. Sin embargo, debido a lo complejo del tema y considerando el respeto a los principios éticos, se aplicó una hoja de consentimiento informado para el ingreso de los participantes, respetando el derecho a la confidencialidad de los profesionales.

1.4. Objetivos de la Investigación

- a) Comprender los saberes, prácticas y dilemas de los Obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer.
- b) Construir un modelo teórico representativo sobre los saberes, prácticas y dilemas de los Obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Antecedentes del problema

A Nivel Nacional:

Cutipé Yuri, Mendoza María, Velásquez Walter, Arellano César, Arévalo Mercedes, Paye Nancy, Leguía Gloria. Conocimientos de los profesionales de la salud para la atención de personas con problemas de alcohol y violencia familiar. Perú, 2012; los autores realizaron un estudio con el objetivo de estudiar la oferta de servicios para la atención en salud mental en la región Apurímac en el 2010, por lo cual incluyeron a profesionales de salud de ocho redes de salud, a los cuales aplicaron un cuestionario de conocimientos para la atención en salud mental y otro para medir prejuicios, emociones y expectativas; con lo que encontraron que el 47,2% de los profesionales participó en una capacitación sobre salud mental, el 17,9% lo hizo en violencia familiar; 12,4% en violencia de género contra la mujer y el 6,3% en abuso sexual, estableciéndose que de los profesionales capacitados en violencia familiar 20,5% fueron médicos, 22,1% obstetrices, 18,8% enfermeras, 58,3% psicólogos y 66,7% trabajadoras sociales; sobre la capacitación de abuso sexual, el 8,3% fueron médicos, 10,7% obstetrices, 7,2% enfermeras, 29,2% psicólogos y 20,8% trabajadoras sociales. Respecto al conocimiento sobre violencia contra la mujer el 69,8% tuvo un nivel muy bajo o bajo; el 24,1 % nivel medio; y el 6,1% un nivel alto o muy alto. El estudio menciona que los profesionales tienen dificultades para dar ayuda psicosocial y la valoración del riesgo para la integridad de la persona, así el

25% refiere no detecta los indicadores de estos problemas. Ante lo referido en el estudio, se menciona la necesidad de sensibilizar y capacitar a los profesionales en este problema, además de organizar el acompañamiento o supervisión para la atención en salud mental (Cutipé, y otros, 2012).

A Nivel Internacional:

Briones Vozmediano, Erica; Davó Blanes, M. Carmen; García de la Herad, Manuela; Goicolea, Isabel y Vives Cases, Carmen. Discursos profesionales sobre la violencia del compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España, 2016; los autores tuvieron como objetivo: 1) Explorar los discursos de los/las profesionales implicados/as en la atención a las mujeres que sufren violencia del compañero íntimo en cuanto a cómo describen a las mujeres inmigrantes afectadas, los agresores y su propia responsabilidad en la atención a este problema, y 2) comparar estos discursos entre los diferentes grupos profesionales implicados en la atención a dichas mujeres (servicios sociales, asociaciones y policial judicial); esto basado en una metodología cualitativa con entrevistas semiestructuradas a 43 profesionales de servicios sociales, asociaciones y ámbitos policial judicial. Del análisis del discurso que realizaron emergieron como resultados cuatro repertorios interpretativos en los profesionales: «Prototipos culturales de mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo», «Los agresores son similares independientemente de su cultura de origen», «¿Son las víctimas creíbles y los agresores responsables?» y «Falta de sensibilidad cultural de los/las profesionales para ayudar a las mujeres inmigrantes en situación de maltrato», estos repertorios corresponden a los prototipos que los/las profesionales construyen de las mujeres afectadas y de sus agresores, la credibilidad y la responsabilidad que les atribuyen, y la interpretación de su propio rol profesional. Del análisis concluyeron, que la presencia de mediadores culturales con formación específica sobre violencia en los servicios en la atención a las mujeres que la sufren, junto a la formación en competencias culturales de los/las profesionales, contribuirían a proporcionar una atención culturalmente sensible a las mujeres inmigrantes

afectadas por violencia del compañero íntimo (Briones Vozmediano, Davó Blanes, García de la Hera, Goicolea, & Vives Cases, 2016).

Rojas Loría, Kattia; Gutiérrez Rosado, Teresa; Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica, 2015; los autores realizaron un estudio cuyo objetivo fue el de relacionar la actitud de los profesionales de Atención Primaria hacia la violencia de género (VG) con la satisfacción laboral, carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de los recursos socio sanitarios en Cataluña y Costa Rica; para ello realizaron un estudio exploratorio transversal y comparativo, con la participación de 235 profesionales de Medicina, Enfermería, Psicología y Trabajo Social a quienes se les aplicó un cuestionario para medir las variables mencionadas. En el estudio encontraron que la actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90, intervalo de confianza [IC del 95%], 3,84-3,96; Costa Rica 4,03, IC del 95%, 3,94-4,13). En el análisis multivariable, los factores que se asociaron a la actitud fueron: 1) formación ($B = 0,10$; $p = 0,02$); 2) uso de recursos sociosanitarios ($B = 0,20$; $p = <0,01$), y 3) el país Costa Rica ($B = 0,16$; $p = < 0,01$), mientras que los otros factores no fueron significativos, por lo que en cuanto al análisis de las relaciones de variables, se encuentra en Cataluña que las correlaciones significativas se presentan entre actitud hacia la VG con satisfacción profesional, orientación de práctica profesional, uso de recursos sociosanitarios, formación y conocimientos, mientras que en Costa Rica, las correlaciones significativas eran entre actitud global con uso de recursos sociosanitarios y actitud global con formación. En ambos contextos, la correlación entre actitud y percepción de la carga laboral no fue significativa. El modelo de regresión lineal permite observar que las variables uso de recursos sociosanitarios y formación tiene influencia sobre la actitud hacia la VG en la consulta de Atención Primaria para ambos contextos con significación estadística (Rojas Loría, Gutiérrez Rosado, Alvarado, & Fernández Sánchez, 2015).

Pereira Gomes Nadirlene y Lorenzini Erdmann, Alacoque. Violencia conyugal en la perspectiva de profesionales de la "Estrategia Salud de la Familia": un problema de salud pública y la necesidad del cuidado a la mujer. Brasil, 2014; los autores tuvieron como objetivo construir una matriz teórica a partir de los significados de las interacciones y acciones experimentadas por los profesionales sobre las prácticas de cuidado de enfermería y salud prestada a las mujeres en situación de violencia conyugal en el ámbito de la Estrategia de Salud de la Familia, basaron el análisis en la Teoría Fundamentada, entrevistando a 52 profesionales de Santa Catarina, Brasil, mediante la codificación abierta, axial y selectiva. Tuvieron como resultado un modelo teórico delimitado a partir del fenómeno "Reconociendo la violencia conyugal como un problema de salud pública y la necesidad de administrar el cuidado a la mujer", que reflejaba la vivencia de los profesionales en lo que se refiere al cuidado de la mujer, así como los significados atribuidos a ese cuidado; el fenómeno permitió la comprensión del movimiento de acción e interacción acerca del cuidado a la mujer en situación de violencia conyugal. En este sentido, concluyeron que a pesar de que los profesionales entrevistados demostraron entender la violencia conyugal como perjuicio a la salud pública, el contexto que surgió señaló la poca visibilidad de la violencia conyugal en el ámbito de la estrategia de salud de la familia y la escasa referencia de los casos identificados para atención psicosocial (Pereira Gomes & Lorenzini Erdmann, 2014).

Gonçalves, Edna; Peixoto, Adalgisa y Ramos, Edinilsa. Percepciones y prácticas de los profesionales de salud de Angola sobre la violencia contra la mujer en la relación marital, 2014; los autores realizaron un estudio cualitativo exploratorio con el objetivo de identificar las percepciones y prácticas de los profesionales de salud de Angola en relación a la violencia contra la mujer en tres hospitales nacionales de Luanda, siendo elegidos por ser centros de referencia de mujeres que sufren de violencia, las mismas que llegan a través de los servicios de urgencias aunque ninguno realiza un registro sistemático de los casos que llegan. Entrevistaron a personal de salud como directores, médicos, enfermeros, psicólogos y

técnicos, haciendo un total de 13 entrevistas semiestructuradas. Respecto a lo estudiado por los autores sobre las percepciones de los profesionales de salud encontraron, que las atenciones están influenciadas por una construcción cultural sobre el rol social de la mujer, su fragilidad y la creencia de la superioridad masculina, lo que llevan a realizar prácticas que priorizan el tratamiento de las lesiones físicas sin ver lo complejo de la situación a pesar de conocer los tipos de violencia y sus consecuencias para la salud física y mental, y que el gobierno haya incluido el tema en las políticas públicas, en ese sentido se mencionan algunos desafíos por cumplir para la atención de los casos de violencia contra la mujer en los servicios de salud como son: a) que los dirigentes de los servicios de salud y los que forman profesionales tomen conciencia del tema, b) la atención mediante un equipo multidisciplinario capacitado, sensibilizado en el cambio de ideas tradicionales que promueven concepciones erradas en el tema, c) red intra e intersectorial articulada para el apoyo y atención a las víctimas, d) uso de protocolos y flujos de atención adecuados para el tratamiento integral y registro de los casos (Gonçalves Alves do, Peixoto Ribeiro, & Ramos de Souza, 2014).

Bastos da Silva, Ethel; De Mello Padoin, Stella Maris; Carneiro Vianna, Lucila Amaral. Violencia contra la mujer: límites y potencialidades de la práctica asistencial. Brasil, 2013; Los autores analizaron las situaciones que limitan y potencian la atención de las mujeres violentadas por los equipos de Salud de la Familia, para ello realizaron ocho talleres para el conversatorio sobre el tema con 30 profesionales, con lo cual obtuvieron que para potenciar el acceso de los usuarios al servicio de salud fue necesario la elaboración de un plan de asistencia con el usuario, respetando sus decisiones y contexto familiar, además del uso de las visitas domiciliarias para mejorar el vínculo con el profesional, mientras que la limitante fue obtener el reporte de las mujeres que sufrieron violencia para realizar una intervención. Los autores mencionan las recomendaciones que se dieron en los talleres como fueron ahondar en conceptos, prácticas de género y derechos humanos; y sociales para fortalecer las acciones de apoyo por parte de los profesionales (Bastos da Silva, De Mello Padoin, & Carneiro Vianna, 2013).

Franzoi, Neusa M; Godoy Serpa da Fonseca, Rosa M. y Nunes Guedes, Rebeca. Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia. Brasil, 2011; el estudio resultante de una investigación entre profesionales de los equipos del Programa de Salud de la Familia del municipio de Araraquara tuvo como objetivo conocer y analizar, bajo la perspectiva de género, las concepciones que los profesionales de los equipos de salud de la familia de ese municipio tienen en relación a: mujer, hombre y violencia de género. Se manifiesta que el referencial teórico metodológico fue constituido por el género y la violencia de género como constructos sociales orientadores de las prácticas en salud. Los datos empíricos fueron obtenidos en Talleres de Trabajo y sometidos al análisis de contenido. Constataron la coexistencia de concepciones críticas, potencialmente transformadoras con otras conservadoras y reproductoras de la ideología hegemónica de la dominación masculina. Confirman la necesidad de ampliar la calificación profesional en el sentido de capacitar a los trabajadores para lidiar con el fenómeno de la violencia de género, común en lo cotidiano de la vida de las mujeres que buscan los servicios de salud (Franzoi Neusa, Godoy Serpa da Fonseca, & Nunes Guedes, 2011).

Gomes Bonfim, Elisiane; Marques Lopes, Marta Julia y Peretto Marcelle. Los Registros Profesionales de la atención prenatal y la (In)Visibilidad de la violencia doméstica contra la mujer. Brasil, 2010; realizaron un estudio con el objetivo de identificar y analizar las conductas y estrategias utilizadas por los profesionales de la salud durante el prenatal, en la sospecha de casos de violencia y en la violencia declarada; y discutir la problemática de la atención a las mujeres embarazadas en situación de violencia, bajo la luz de los registros, mediante la metodología cualitativa utilizaron la búsqueda documental para la recolección de los datos. En el 2006, analizaron 784 registros de mujeres embarazadas en 12 Centros de Servicios de Atención Básica de Porto Alegre, identificaron 20 registros de violencia contra la mujer, 10 anteriores al periodo prenatal, 07 durante el periodo prenatal y 03 durante el periodo postnatal. Concluyeron que la violencia aparece descontextualizada y la conducta se centró en las consecuencias sobre la salud

física y psicológica de la mujer y de los hijos, la violencia no era registrada como un agravante de la salud de la mujer, provocando omisiones en la atención, subregistro y la franca invisibilidad, causando como consecuencia, la imposibilidad de desarrollar estrategias para enfrentar la violencia (Gomes Bonfim, Marques Lopes, & Peretto, 2010).

Agrawal, Siddharth y Banerjee Amita. Percepción de la violencia contra las mujeres entre los futuros profesionales de salud en un municipio industrial. India, 2010; realizaron un estudio entre estudiantes de una Facultad de Medicina y una escuela de enfermería ambos ubicados en Pune-India para obtener las percepciones de los sujetos de estudio hacia la violencia contra las mujeres, para lo cual usaron un diseño de estudio transversal descriptivo, empleando métodos cuantitativos y cualitativos para la recolección de datos, obteniendo una muestra aleatoria de 125 estudiantes de enfermería y 125 médicos. Concluyeron que la mayoría de los encuestados tendían a tener actitudes desalentadoras frente a la violencia contra las mujeres; la comparación de las percepciones por género y variables socioeconómicas como zona urbano rural, la alfabetización y la ocupación de los padres revelaron consistentemente que las mujeres encuestadas tenían una percepción más deseable respecto a la violencia contra las mujeres en comparación con los estudiantes varones. Vieron que los planes de estudio de medicina y enfermería no incluían los temas adecuados, el desarrollo de habilidades prácticas o cursos para preparar a los futuros médicos y enfermeras para hacer frente a la tendencia al alza de la violencia contra las mujeres (Agrawal & Banerjee, 2010).

Rodríguez-Borregoa, María Aurora; Vaquero Abellánb, Manuel; Bertagnollic, Liana; Munoz-Gomarizd, Elisa; Redondo-Pedrazae, Rosa y Muñoz-Alonso, Adoración. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. España, 2010; realizaron un estudio con el objetivo de describir la violencia ejercida por el compañero íntimo en mujeres que además son enfermeras, realizando un estudio descriptivo transversal en Hospitales y distritos sanitarios de Andalucía, en el cual incluyeron a 622

mujeres enfermeras que desarrollaban sus actividades profesionales en las ocho provincias andaluzas, encontraron que el 78,5% de las enfermeras estaban casadas o con pareja estable y con un sustento económico familiar con ambos sueldos; el 71,1% poseían hijos y/o personas mayores dependientes, comprobaron asociación significativa entre maltrato y: estado civil; convivencia; sustento económico familiar; hijos y/o personas mayores dependientes, la media de edad fue de 42,5 años \pm 8,1 (22-62 años); superior entre maltratadas (44 años) que en no maltratadas (41,8 años); el 21,7% de las parejas pertenecían a la clase social I y el 16,9% a la clase II; el 33,0% de las enfermeras sufrió maltrato, de estos, el 75,1% fue psicológico. Del total de casos de abuso, el 60,0% era menos grave o de menor gravedad y el 40,0% era más grave o de mayor gravedad. Encontraron la presencia de maltrato, por el compañero íntimo, en mujeres que tienen como profesión la Enfermería, predominando las manifestaciones referidas al aspecto psicológico, aunque se dan también otras formas de maltrato (Rodríguez Borrego, y otros, 2011).

Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género, 2009; los resultados de este informe, surgieron de una investigación cualitativa basada en 15 entrevistas a hombres sanitarios implicados en las intervenciones contra la violencia de género, seleccionados entre ex-alumnos, docentes y planificadores de los cursos de formación específica y que continuaban trabajando de un modo u otro en el campo. En esta investigación concluyeron que, el sistema sanitario no ofrecía un marco institucional de formación obligatoria para la atención de la violencia machista, se sigue jerarquizando el modelo biologicista y por tanto es reacio a aceptar el modelo biopsicosocial que incluye el concepto de salud integral y una comprensión adecuada de la violencia hacia las mujeres y sus efectos, consideran que el enfoque de género no goza del “rigor científico” imprescindible y que los problemas de origen social, no son de su competencia profesional, los cursos de formación sobre violencia de género resultan actualmente, el recurso más adecuado para convocar, concienciar y

formar al personal sanitario (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Da Nóbrega Tomaz Moreira, Simone; Lira Lisboa Fagundes Galvão, LÍlian; Oliveira Medeiros Melo, Carmen y Dantas de Azevedo, George. Violencia física contra a mujer en la perspectiva de los profesionales de salud. Brasil, 2008; realizaron un estudio con el objetivo de comprender la percepción de los profesionales de salud en la violencia física contra la mujer por parte de su pareja mediante el estudio cualitativo con 30 profesionales de tres unidades vinculadas a la Unidad de Salud neonatal, llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en tres temas: las ideas asociadas a la violencia física contra las mujeres, la acción de la salud de los profesionales y el papel de los servicios de salud. La serie de entrevistas incluyeron preguntas sobre la percepción de los profesionales sobre las relaciones de género, la violencia física, la acción y el papel de los servicios de salud. En los resultados indicaron que hay varios factores que influyen en la violencia doméstica, entre las que estaba el machismo, las malas condiciones económicas, alcoholismo y experiencias anteriores de violencia en el entorno familiar; reportaron falta de capacitación para discutir el tema con la población y la necesidad de servicios de salud en el desarrollo actividades educativas con esta finalidad. Sugirieron la necesidad de sistematizar acciones efectivas encaminadas a humanizar la atención a las mujeres en situaciones de violencia (Tomaz Moreira, LÍlian Lira, Medeiros Melo, & George, 2008).

Enrique Gracia, Marisol Lila. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. España, 2008; realizó una investigación cualitativa en la cual concluyó, que la intervención del profesional de salud es necesaria para la prevención, detección y tratamiento de la violencia contra la mujer, por lo cual considera necesario una mayor sensibilización y formación, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación lo que facilitaría que el médico y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada (Gracia & Lila, 2008).

Arredondo Provecho, Ana; Del Pliego Pilo, Gema; Nadal Rubio, Mónica; Roy Rodríguez, Raquel. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. España, 2008; realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, las opiniones del personal sanitario acerca de la violencia de género, conocer las barreras organizativas y sus propuestas para mejorar la detección precoz y la atención a las víctimas, mediante un estudio transversal, observacional, descriptivo, donde se empleó un cuestionario anónimo administrado a profesionales sanitarios de las unidades obstétricas, pediátricas y de urgencias de 2 hospitales del área 8 de Madrid. Determinaron que en la prueba de conocimientos las respuestas correctas alcanzaron, globalmente, un nivel medio; para un 58,2% de profesionales los malos tratos a mujeres se asocian a clases sociales bajas; un 72,8% cree que la violencia la sufren mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras; respecto al agresor, un 67,6% lo considera un varón bebedor, drogadicto o parado, el 97,7% de los profesionales cree que la violencia contra la mujer es un problema importante y que habitualmente pasa desapercibido, sin embargo el 66,7% no lo plantea como diagnóstico diferencial ante una paciente con lesiones físicas. Entre los problemas organizativos señalados destacan la presión asistencial, la falta de formación, información y de un protocolo de actuación. Los profesionales muestran un nivel medio de conocimientos acerca del tema, sin que se encuentren diferencias significativas entre los 2 hospitales que participan en el estudio, ni entre las 3 categorías profesionales estudiadas. Concluyen que hay creencias estereotipadas entre los profesionales, quienes, por otra parte, consideran que su labor es importante a la hora de detectar los casos de maltrato, y agregan que reducir las barreras organizativas detectadas podría mejorar la asistencia a estas pacientes (Arredondo Provecho, Del Pliego Pilo, Nadal Rubio, & Roy Rodríguez, 2008).

Coll-Vinenta, Blanca; Echeverría, Teresa; Farrás, Úrsula; Rodríguez, Dolores; Millá, José; Santiñá, Manel. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. España, 2008; realizaron un estudio descriptivo de prevalencia, utilizando un cuestionario, el cual se

aplicó a 287 profesionales, seleccionados aleatoriamente, acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud para evaluar la opinión del personal sanitario del Hospital Clínico de Barcelona frente al fenómeno de la violencia doméstica. Encontraron que los profesionales de la salud estaban sensibilizados frente al problema de la violencia de género, aunque la mayoría de encuestados (87,1%) consideró que era un problema importante, no lo consideraban un problema de salud; el 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. Concluyeron que los profesionales valoraron como muy baja su preparación para atender a este tipo de pacientes y mencionan que el personal de enfermería era más sensible al problema y se consideraba más preparado que el personal médico (Coll Vinenta, Echeverría, Farràs, Rodríguez, & Millá, 2008).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Violencia contra la mujer

El concepto violencia deriva del latín y está compuesto de dos términos: vis, que significa fuerza, y lentus, que significa continuidad, lo que Jáuregui y Méndez (2011) denominan como la continuidad de la fuerza o el uso continuo de la misma mediante el ejercicio del poder abusando de ésta al utilizarla mal por exceso.

Respecto a la violencia contra la mujer, el 20 de diciembre de 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, conforme al artículo primero, la violencia contra la mujer incluye: “Todo acto de violencia de género que resulte o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico de la mujer, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada” (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en 1995, incluyó la violencia contra la mujer entre los temas preocupantes siendo el compromiso de 189 países, sin embargo a 22 años de ello este problema sigue representado un desafío para mantener las legislaciones compatibles con los estándares internacionales sobre los derechos humanos (NGO-CSW. ONU mujeres. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2014).

En nuestro país, la violencia es resultante de un conjunto de factores relacionados con aspectos socioculturales, familiares y personales que permiten que la violencia se tolere y se justifique, creando relaciones de poder y subordinación basadas en el género. La mujer expuesta a la violencia por años sin poder salir de ese círculo vicioso, termina por convertirse en una cadena que condena a la familia en su conjunto a una vida llena de violencia, muchas veces, con consecuencia fatales para la mujer y sus hijos.

Dentro de la vida familiar, el maltrato físico es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar, sin embargo el de tipo psicológico es el que deja huellas imborrables en la vida familiar (Blázquez & Moreno, 2008).

Según Corsi (1997), se está frente al resultado de conductas aprendidas en el proceso de socialización de una sociedad patriarcal y sexista, y en el seno de familias con problemas de violencia. Utiliza expresiones como el modelo masculino tradicional, la construcción de identidad masculina y el hombre golpeador. La violencia contra la mujer se ha definido como todas aquellas situaciones de abuso que ocurren al interior de una pareja y cuyas manifestaciones aparecen de manera cíclica y con una intensidad creciente, de acuerdo al denominado ciclo de violencia. Puede entenderse como un fenómeno social que se reproduce en el ámbito familiar, consensual o legal, y

que consiste en el uso de medios instrumentales por parte de conyugue para intimidar psicológica, física, moral y sexualmente a la pareja.

El fenómeno de la violencia en contra de la mujer al interior de su relación con la pareja en el contexto del fenómeno más amplio de la violencia de género, entendida como aquella que refleja la asimetría de las relaciones de poder entre varones y mujeres y que perpetua la desvalorización y subordinación de lo femenino frente a lo masculino. En el ámbito privado la violencia conyugal mantiene una dinámica que ha sido descrita por Walker (2009), como ciclo de violencia. Respecto al impacto de esta situación en la vida de una mujer, la violencia contra la mujer afecta gravemente su salud y constituye un daño a su integridad psicosocial.

En un informe de la Naciones Unidas (2006) acerca de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la Plataforma de Acción de Beijing plantea los escenarios en los cuales se puede desarrollar la violencia contra la mujer, como:

- La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido o compañero permanente, la mutilación genital, la violencia ejercida por personas distintas al marido o compañero y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica a nivel de la comunidad, incluida la violación. Abusos sexuales, acoso sexual en el trabajo, colegios y universidades, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica realizada o tolerada por el Estado dondequiera que ocurra.
- Violaciones a los derechos humanos en situaciones de conflicto armado, asesinatos, esclavitud sexual.

Cuando se menciona las formas de violencia, se pueden distinguir principalmente tres tipos de violencia, como la física, psicológica y sexual, entendiendo que: la violencia física es el tipo de maltrato más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el social. Siendo una forma de agresión producida por la aplicación de la fuerza física no accidental, caracterizada por lesiones variables sobre el cuerpo de la persona agredida, con consecuencias leves o graves, incluso la muerte, pero que siempre tienen efectos traumáticos de orden psicológico o emocional ya que es generada con una intencionalidad específica. Se expresa cotidianamente en el ámbito familiar, como consecuencia de una dinámica de poderes donde histórica y culturalmente la mujer se sitúa en un plano inferior al hombre. No obstante, suele verse precedido por el maltrato psicológico; el que se refiere a todo tipo de agresión a la vida afectiva lo cual genera múltiples conflictos, frustraciones y traumas de diferentes órdenes, emocional, psicológico, social, en forma temporal o permanente. Además de estar íntimamente relacionado con las agresiones físicas y sexuales, puede presentarse como una relación cotidiana en la convivencia familiar expresada en: *agresión verbal*, utilizada para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al agredido, que expresa el deterioro en las formas de comunicación entre los integrantes del grupo familia; *lenguaje corporal*, referida a manifestaciones exageradas y permanentes miradas de insatisfacción, de rechazo o burlescas; ausencia de expresiones afectivas, la exclusión y el aislamiento llegan a formar parte del lenguaje cotidiano como una forma de hostilidad y agresión emocional; y *chantaje afectivo*, que se ejerce entre la pareja y entre padres e hijos. En este caso, la violencia emocional se expresa en la negación a la libertad de la otra (Naciones Unidas, 2006; De Lujan Piatti, 2013).

Finalmente, tenemos a la violencia sexual, referida a toda acción u omisión, voluntaria o involuntaria, protagonizada por un hombre o

una mujer, contra otro hombre o mujer, que, causando daño físico o emocional, vulnera los derechos sexuales de la otra persona, le impide o limita la satisfacción de sus necesidades sexuales e inhibe el pleno desarrollo de su sexualidad. La violencia sexual atenta contra la libertad sexual que se refiere a la capacidad de autodeterminación de mujeres y hombres sobre su vida sexual y reproductiva, teniendo en cuenta los derechos de los demás. La libertad entraña la capacidad de elección, control y la responsabilidad acerca de los asuntos que competen con la sexualidad y la vida reproductiva incluidos la salud sexual y la salud reproductiva sin sufrir discriminaciones, coacción o violencia (Naciones Unidas, 2006; Blázquez & Moreno, 2008; De Lujan Piatti, 2013).

Walker (2009) menciona que los tipos de violencia son desencadenados por múltiples factores los cuales inciden en que se manifieste consecutivamente a través de un ciclo constante en el que se manifiesta el comienzo de la violencia psicológica hasta llegar a la violencia física, así divide estas fases, que comienzan por una *acumulación de tensiones*, caracterizada por el aumento de la tensión, donde se presentan sutiles menosprecios, indiferencia, ira contenida, sarcasmos, exigencias irrazonables o manipuladoras. Las mujeres tratan de evitar que los incidentes se agraven y para ello, incluso, llegan a adherirse a algunos de los razonamientos del agresor, intentan llegar a acuerdos, que casi siempre son desventajosos para ella, con el fin de evitar un mayor enojo. Esta fase continua con la *explosión violenta*, caracterizada porque la persona que agrede pierde el control, explota y castiga a su víctima; el agresor tiene la intención de “enseñar” o de “dar una lección a la mujer” y para ello el camino escogido es la agresión física, psicológica o sexual, o todas juntas. Luego de la agresión las mujeres se sienten impotentes, débiles, con la autoestima disminuida y no saben cómo actuar, suelen encerrarse en sí mismas, al menos por un tiempo, y sólo después buscan algún tipo de ayuda. Es en este momento que los servicios de salud deben estar

dispuestos a ofrecer una atención adecuada. Finalmente, a estas dos primeras fases se encuentra *la luna de miel o reconciliación*, caracterizada por el “arrepentimiento” del agresor quien presenta un comportamiento cariñoso; es una fase de manipulación afectiva, la persona que agredió pide perdón, llora, promete cambiar y asegura que ésa será la última vez que ocurra algo así. En este momento el agresor recurre a cualquier ayuda externa para retener a la mujer, busca, principalmente, la intervención de los familiares; si ella lo ha abandonado, él hará lo que sea para que ella vuelva. Por lo general, la agredida cree que él cambiará. Se produce una especie de recompensa, una etapa de “paz y tranquilidad”, donde el agresor se mostrará amable y bondadoso, ayudará, incluso, en las tareas del hogar. Este periodo casi siempre es momentáneo por cuanto una vez pasado un tiempo el proceso de irritabilidad vuelve a iniciar seguido de tensión, acabando con ello la luna de miel e iniciándose un nuevo ciclo de la violencia.

2.2.2 Las Acciones frente a la Violencia contra la Mujer en el Mundo y el Perú

La violencia ha sido una constante en la vida de las mujeres a lo largo de la historia. Todas las sociedades cuentan con unas formas de violencia de género proscritas y otras que son más toleradas, y en algunos casos, incluso favorecidas por las costumbres y normas locales.

Desde mediados de los años 70, escritoras e investigadoras feministas y organizaciones de mujeres han puesto de relieve el problema de la violencia de género en las agendas locales, nacionales e internacionales.

La Convención para la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación Contra las Mujeres (CEDCM), fue aprobada por la O.N.U. en 1979 y

se convirtió legalmente en acuerdo vinculante en 1981. En Enero de 1997 ya había sido ratificada por 155 países y continúa siendo el fundamento internacional para el logro de la igualdad de la mujer, inicialmente la CEDCM no hizo referencia explícita a la violencia contra las mujeres, lo que dificultó el enfoque del problema desde la perspectiva de los derechos humanos y provocó la formación de una coalición mundial de 900 organizaciones de mujeres, que presionaron con éxito para que la ONU reconociera la violencia de género como una violación fundamental de los derechos humanos de la mujer (Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2011).

Posteriormente en 1992, se realizó una enmienda en la CEDCM que incluyó una recomendación a los Estados para que tomen las medidas necesarias de cara proteger a las mujeres contra todo tipo de violencia. La Plataforma de Acción de Beijing, de la IV Conferencia Mundial de la ONU sobre las mujeres, insta a los gobiernos a “tomar medidas conjuntas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer” (Naciones Unidas, 2006).

Durante los años 90 otros organismos internacionales, como el Consejo de Europa y el Banco Mundial, han reconocido la violencia de género como una barrera considerable para lograr la igualdad de la mujer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado la violencia contra la mujer como uno de los factores más importantes en el deterioro de su salud (Rodríguez Borrego, y otros, 2011).

En nuestro país, nos encontramos en la actualidad con la Norma y Procedimientos para el Abordaje de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil del MINSA (2001) , el cual se debe realizar a nivel de todas las redes de salud. El plan consta de: Normas y procedimientos preventivos promocionales, detección, atención, capacitación, seguimiento, referencia, vigilancia epidemiológica y el

rol de los profesionales de la salud en la intervención de la violencia familiar.

Así según la normativa del MINSA el rol de los profesionales de la salud es el de:

- Realizar acciones de prevención, detección y atención.
- Desarrollar acciones educativas con los diferentes actores sociales a través de redes en contra de la violencia.
- Registro de datos sobre la violencia familiar para el sistema de vigilancia epidemiológica en sus diferentes niveles.
- Realizar reuniones periódicas de análisis y discusión sobre casos de violencia familiar.
- Brindar seguridad y asegurar confiabilidad a las víctimas de violencia familiar para realizar exámenes médico legales en caso de violencia sexual.
- Conocer la ley de protección frente a la violencia familiar y las responsabilidades de los profesionales de salud.
- Establecer las redes de referencias y contra referencia intra e intersectorial para la atención de las víctimas.
- Contar con espacios físicos que aseguren privacidad para la atención a víctimas de violencia y el equipo básico para la prestación de los servicios.

Según la norma del MINSA (2001), las competencias del personal médico es la de realizar el tamizaje, examen físico, orientación y derivación, en el caso de la consejería esta será realizada por un personal entrenado y acreditado.

La aprobación de la Ley N° 30364 “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, publicada el 23 de noviembre de 2015, constituye el marco normativo de la política nacional en la materia. Dicha ley establece la creación del “Sistema Nacional para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del

Grupo Familiar” como un sistema funcional y ello define el estatus que adopta el nuevo Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016 – 2021, como Plan Especial Multisectorial, publicado el 25 de julio de 2016, que constituye un instrumento que recoge sus lineamientos y concreta las responsabilidades que tienen las diferentes entidades públicas respecto a su implementación. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, como ente rector en materia de violencia de género, ha planteado indicadores para las acciones estratégicas diseñadas, buscando mantener la coherencia lógica y promover una mayor eficacia en las acciones que desarrollan las diferentes entidades públicas que participan del Sistema Nacional para el logro de los resultados deseados (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2016).

2.2.3 Teoría sobre la violencia contra la mujer desde la perspectiva del profesional de salud

El lenguaje de la salud y la enfermedad está estructurado por la relación del individuo al resto de su sociedad. Se construye la representación como un integrador, sobre distintos planos: a) la experiencia misma, b) las nociones que dan cuenta de ella y c) las normas de comportamiento que derivan. Una intersubjetividad de la enfermedad y la salud se elabora, tejida en el lenguaje mismo de las relaciones del individuo a la sociedad: la actividad (o inactividad), la participación social (o exclusión) que es lo que determina para el individuo el sentido de su experiencia (Herzlich, 1969).

Así como se tiene un lenguaje de la salud enfermedad, los profesionales de la salud tienen diversas formas de ver la violencia contra la mujer, interpretarla y hacer construcciones teóricas a partir de las valoraciones que toman de su entorno social y lo interiorizan de manera particular. Una misma persona puede haber interiorizado y creado conceptos diversos según el medio en el que vive, el género, la

ocupación o profesión, su edad o experiencias vividas, que suelen manifestarse ante determinadas situaciones.

Herrera y Agoff (2006), plantean desde el análisis de la teoría fundamentada las prácticas de los profesionales de la salud respecto a la violencia contra la mujer, con lo que describen que: a) Los prestadores de salud tiene un conocimiento deficiente o nulo de la norma de atención en casos de violencia contra la mujer, la misma que debería ser obligatoria y de rutina; b) Sólo unos pocos profesionales reportan haber recibido capacitación sobre el tema, siendo ésta una charla no obligatoria; c) Los profesionales de la salud no suelen reportar las lesiones como producto de la violencia doméstica, principalmente a falta de los formularios en los servicios de salud; d) En general, los casos de violencia suele no detectarse y cuando se hace la mujer es derivada al servicio de trabajo social o psicología, con lo cual en la mayoría de los casos, no hay seguimiento posterior.

Respecto a lo descrito Herrera, Rajsbaum, Agoff y Franco (2006), describen los discursos dados por los profesionales de la salud comprendidos en: a) Discurso dominante basado en estereotipos rígidos de género, a los que se les llama los "negadores de la violencia", quienes tienen valores tradicionales relacionados al género y la familia, tendiendo a negar o restar importancia al problema, culpando a las mujeres por ser agredidas o ser agresoras, planteando obstáculos en la atención de las mujeres por parte de los profesionales de salud; b) Discurso antiviolencia basado en valores tradicionales de género, al que se le cito como "las empáticas", debido a que fue un discurso realizado en su totalidad por mujeres, las mismas que reconocen la violencia en sus diversas formas, la condenan y lo hacen dándole un valor especial a la mujer en sus diversos roles; c) Discurso antiviolencia basado en algunas ideas sobre "lo moderno", a este grupo se le llamó el de "los educados" , los que identifican a la violencia con valores tradicionales aunque no se desvinculan del

problema no hacen seguimiento de los casos, la práctica común es derivar a las mujeres a trabajo social o a psicología, donde pueden recibir un maltrato adicional o bien un buen trato, sin embargo a pesar de no ser un tratamiento integral puede hacer una diferencia en la atención; d) Discurso antiviolenencia basado en los derechos de la mujer y forma parte de una "ideología de la modernidad" debido al compromiso y conciencia que se tiene con los derechos de las mujeres que puede ir desde apoyo moral y consejos hasta el acompañamiento a la denuncia del caso; no obstante, la falta de continuidad en este trabajo se justifica por sentimientos de vergüenza, estados dolorosos y pensar que es un tema privado. A pesar de lo que se piensa respecto al personal, como un ser insensible a los hechos, el mayor grupo del personal de salud se encontró aquí.

Como se puede suponer ver los diversos discursos sobre la violencia contra la mujer de los profesionales de la salud, puede tener importantes implicancias para su atención, los cuales están dados por los diversos elementos valorativos, lo que determina las diferencias que pudieran encontrarse entre sus prácticas cotidianas y, especialmente, su manera de vivir y enfrentar la violencia contra la mujer. Aunque el género o la profesión del prestador de servicios también son factores relacionados a un contexto global de escaso compromiso institucional frente al problema, que tiende a homogeneizar las prácticas profesionales y a desmotivar la acción (Herzlich, 1969).

2.2.4 La detección de la Violencia contra la mujer en el ámbito de la salud

A pesar de la elevada prevalencia y las importantes consecuencias que tiene sobre la salud, la violencia contra la mujer, son todavía demasiados los casos que se quedan sin denunciar.

La violencia contra las mujeres ha sido reconocida por la ONU como “el crimen encubierto más frecuente del mundo”. Al igual que otras conductas que tienen lugar en un entorno privado, esta violencia se denuncia con muy poca frecuencia. Además, si los malos tratos no producen lesiones severas, las probabilidades de denunciar la violencia se reducen sustancialmente (Gracia & Lila, 2008).

Las denuncias por malos tratos producidas por el compañero íntimo constituyen tan sólo una pequeña parte de las dimensiones “reales” estimadas de este problema, las mismas tienden a representar el extremo más severo, crónico y con frecuencia irremediable de la violencia contra la mujer. Este fenómeno suele representarse utilizando la metáfora del iceberg de la violencia contra la mujer, en la que los casos denunciados y los homicidios de mujeres a manos de sus compañeros representan únicamente la punta del iceberg. De acuerdo a ello, la mayoría de los casos se encuentran sumergidos y son invisibles para la sociedad. De Lujan Piatti (2013) dice que “probablemente, son muy escasos los problemas de salud pública que compartan esta característica: esta situación o condición está afectando a 25% de la población, pero únicamente unos pocos afectados, entre 2,5% y 15%, informan que están sufriendo esta situación”.

La Organización Mundial de la Salud, considera que la prevención de la violencia es una prioridad de salud pública en la que el sistema de salud puede desempeñar un importante papel en su prevención y en apoyo a las víctimas. En este sentido, los profesionales de la salud sensibilizados sobre la violencia familiar, puede desempeñar un papel decisivo en la identificación de casos de violencia que, probablemente, de otra forma quedaría invisibilizado por el silencio de las víctimas y una sociedad que no la considera como un problema (Herrera, Rajsbaum, Agoff, & Franco, 2006; Gracia & Lila, 2008).

Enrique Gracia (2008) en su revisión menciona que diversos estudios confirman que el número de mujeres atendidas por profesionales de la salud en los servicios hospitalarios como consecuencias de la violencia familiar es muy elevado, sin embargo la detección sigue siendo baja pese a que las mujeres llegan a los servicios, lo que se menciona es que este hecho puede deberse a que las mujeres no desean decir la causa de las lesiones y prefieren callar, y por otro lado la falta de interés del personal para llegar a tener una mayor profundización de la causa de las lesiones. Así, Gracia hace alusión a un informe de la Organización Mundial de la Salud en la que se señala que los profesionales de la salud ocasionalmente indagan sobre los síntomas de violencia o si han sufrido algún tipo de abuso, incluso en aquellas que tienen actitudes favorables a las entrevistas sobre violencia, ello debido a que lo minimizan, no creen en las mujeres o prefieren hacer caso omiso.

Gracia, Lila y Borra, refieren que el personal médico, en muchas ocasiones, se centra en las lesiones o daños, ignorando lo que hay detrás de tales lesiones o las causas que lo provocaron, llevando a una falta de identificación de los casos por los proveedores. Los autores mencionan que las razones que dan los médicos y otros profesionales de la salud para no preguntar sobre los malos tratos, es por encontrarse “saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la “caja de Pandora”, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar”. Por otro lado, están “la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental”. Así mismo las creencias del personal de considerarlo como un asunto privado y que es un tema que no pertenece al ámbito de la salud (Gracia & Lila, 2008; Borra Toledo, 2010).

A pesar de todo lo mencionado, son los servicios de atención médica públicos y privados los lugares más importantes para poder llevar a

cabo las intervenciones puesto que reciben a una mayor cantidad de mujeres que acuden por atenciones médicas de diversa índole, pudiendo ser estos lugares en donde se empieza por realizar los tamizajes de violencia contra la mujer.

Mujeres que no buscarían ayuda en refugios o centros de acogida o que no llamarían a la policía, podrían acudir a su médico de cabecera, aunque fuera con una queja vaga. En este sentido, una mayor sensibilización y formación de los profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitarían el que médicos y otro personal de salud pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada (Bott, Guedes, Claramunt, & Guezmes, 2010).

La OMS (2014) en un Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia, estimó que “al menos de un tercio de los países encuestados (26%) indicaron haber puesto en marcha campañas para educar a los profesionales a reconocer los signos y síntomas del maltrato de las personas mayores y mejorar su capacidad para resolver problemas y gestionar casos a gran escala, lo que resulta por demás deficiente para un problema con dimensiones considerables a nivel mundial”.

2.2.5 Las organizaciones de salud frente a la violencia contra la mujer.

Las organizaciones de salud, en especial las que se dedican a la salud sexual y reproductiva, podrán suministrar una atención adecuada si establecen un compromiso con las necesidades y la seguridad de la mujer que sufre violencia. Las y los proveedores de salud que no toman en cuenta la violencia contra la mujer pueden, sin darse cuenta, ocasionar daño a la mujer o exponerla a otras situaciones de violencia.

Las organizaciones de salud deben tratar la violencia basada en género, teniendo en cuenta que la violencia basada en género es una

de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres. También puede producir consecuencias adversas para la salud sexual y reproductiva de la mujer, como embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual (ITS) e incluso del VIH.

Por ende, es de vital importancia el trabajo de los proveedores de salud en el tema ya que si no abordan la violencia en la consulta podrían realizar un diagnóstico errado de las víctimas o no ofrecerles atención adecuada en aspectos relacionados con la planificación familiar, la prevención de ITS o el VIH/SIDA.

Los programas de salud, especialmente los que suministran servicios de salud sexual y reproductiva, suelen figurar entre las pocas instituciones que mantienen contacto permanente con la mayoría de las mujeres adultas en los países en desarrollo. Por lo tanto, las y los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para identificar a las mujeres que son víctimas de violencia basada en género. Sin embargo, muchas mujeres no revelan a sus proveedores las experiencias de violencia que han padecido, a menos que se les pregunte. Los programas de salud pueden contribuir para que esto sí suceda, suministrando a su personal las herramientas necesarias para discutir el tema de la violencia con su usuaria y proporcionar las respuestas adecuadas cuando la mujer revele un hecho de violencia. En efecto, las sobrevivientes indican a menudo que esta instancia es el primer paso hacia la búsqueda de ayuda (Villegas Díaz, 2010).

La calidad de atención se puede mejorar, sobre todo si se fortalece la privacidad y confidencialidad en la atención, así como el tener una visión más integrada y holística de la salud de la mujer. Muchos centros de salud no tienen salas de consulta lo suficientemente privadas para atender a las usuarias en momentos de crisis o para obtener información de admisión. Para vencer esos desafíos, las y los administradores de salud pueden aumentar la cantidad de espacios

privados disponibles o utilizar el espacio de manera más eficaz, si ello no fuera posible, deberían considerar maneras de ajustar el flujo de pacientes. El desarrollo de normas y políticas le permite al personal compartir ideas y establecer luego normas claras para llevar a cabo su labor (Villegas Díaz, 2010).

2.2.6 Estrategias de respuesta desde el ámbito de la salud ante la violencia contra la mujer.

Gracia (2008), hace una revisión de diversos autores sobre las estrategias de respuesta ante la violencia contra la mujer desde el ámbito de la salud, entre ellas se menciona: (1) La formación de los profesionales de la salud, que incluya información sobre factores de riesgo, indicadores, prevalencia y secuelas de la violencia; (2) La educación de las mujeres a través de diversos medios de comunicación, lo que podría sensibilizarlas en el tema y hacer tomar conciencia de su situación, así como de los efectos directos sobre su salud lo que tendría un impacto positivo sobre la seguridad de ellas mismas y la posibilidad de que la mujer tome contacto con el profesional de salud; (3) Cribado o tamizaje de todas las mujeres en los servicios de salud, debido a la mayor posibilidad a que la mujer maltratada opte por acudir a un servicio de salud, esto complementado con un adecuado protocolo y conexión a otros servicios de ayuda; (4) Programas que conecten la atención de las mujeres en los servicios de salud con el tema legal a través de la formación de los profesionales sobre la responsabilidad legal de las notificaciones de casos, documentación, recolección de la evidencia, coordinación con la policía y sistema judicial, cuestiones de seguridad para el personal sanitario y para las víctimas; y (5) Promover programas que permitan reducir los efectos de la violencia en mujeres embarazadas para asegurar el cuidado prenatal adecuado y las complicaciones a posteriori, así como la identificación de las mujeres en riesgo.

Es importante la participación de los profesionales de la salud y la sociedad en general, así para Gracia (2008) el incremento de los recursos y la calidad de la formación de los profesionales de la salud, generando habilidades y actitudes más sensibles entre los profesionales, puede mejorar la visibilidad social de este problema, lo que traduciría en un beneficio directo para la víctima como resultado de una intervención temprana.

2.2.7 Perfil y actitudes del personal de salud que se implican en procesos formativos sobre violencia de género.

Se sabe que las/los profesionales que participan en los cursos de formación sobre violencia son en su mayoría médicos de Atención Primaria o de Salud Mental y entre los sanitarios no médicos, obstetras y psicólogos. Esto se debe probablemente a que por un lado, se trata de profesionales con más inquietudes psicosociales y por el otro, son los que tienen mayor trato cotidiano con las mujeres. En cambio, es muy poco frecuente la presencia de médicos especialistas (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Hay que mencionar, que más allá de la necesidad de fomentar la presencia de los hombres en los cursos de formación, no hay que olvidar que el ámbito de la salud está feminizado y que la presencia masculina en el conjunto de la población sanitaria no superaría el 30 por ciento, especialmente en la población joven, la más motivada a formarse, siendo mínima entre los sanitarios no médicos (Fernández Godenzi, 2009).

Algunos sanitarios reconocen que aun siendo conscientes del problema, estuvieron obviándolo durante años, específicamente a la hora de “afrontar” posibles casos de maltrato en consulta. Después de cursos de formación algunos profesionales aseguran haber tomado conciencia y haber tenido un sentimiento de culpa a posteriori, aunque

reconocen que su falta de implicación estaba relacionada con que no contaban con estrategias prácticas de intervención -que sí obtuvieron luego en su formación- para abordar un tema tan complejo (Fernández Godenzi, 2009).

2.2.8 Resistencias y dificultades del personal de salud.

Los profesionales de la salud que han realizado su formación en los cursos especializados en violencia de género, reconocen que de una manera u otra, la tarea implica en principio diferentes dificultades y resistencias propias. Muchas de ellas se derivaban del cuestionamiento sobre sus propias costumbres y concepciones concerniente a las relaciones entre los sexos, así como del modelo biomédico en el que fueron formados con deficiencias en lo social y preventivo. En el caso de los varones, se puede dar un sentimiento de incomodidad que los llevaba a adoptar actitudes defensivas al sentirse cuestionados en sus relaciones con las mujeres. Algunos profesionales pueden resolver esas dificultades si cuentan con un mayor grado de sensibilización a través de su formación, otros por el contrario, pueden seguir manteniendo sus resistencias por sobrepasar en ellos una formación cultural que denigra a la mujer (Franzoi Neusa, Godoy Serpa da Fonseca, & Nunes Guedes, 2011; Segura Vera & Stranieri, 2016).

Lo que expresan algunos profesionales es su escasa capacitación sobre el tema, el temor a involucrarse en asuntos legales y el carácter privado de la violencia, los mismos que constituyen las barreras más importantes para la atención de las mujeres violentadas, además de ello la falta de una perspectiva de género rechazada por algunos hombres sanitarios, lo que les llevaría a tomar distancia respecto a la atención, transfiriendo la responsabilidad a otros servicios (Segura Vera & Stranieri, 2016).

En un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2009), se menciona la posibilidad de los profesionales varones de verse reflejados en la desigualdad de género, como parte integrante del sistema sexista y como sujetos potenciales de ejercer malos tratos, en algunos casos, la sensación de los varones de estar en un ambiente hostil, en donde se les incluye como responsables de la desigualdad, situación que podía provocar malestar.

A esto se añade, la creencia de que desde las instituciones se da una mayor importancia a la violencia de género porque “está de moda”, cuando la realidad muestra que existen otros tipos de violencia tanto o más graves (maltrato a menores, terrorismo, etc.), ello genera rechazo por no responder a causas verdaderamente objetivas y para evitarlo, es necesario cambiar la estrategia formativa. Por otro lado, el poco conocimiento con los conceptos de desigualdad de género o de derechos humanos, hace más difícil lograr el apoyo de las y los proveedores y superar las actitudes negativas (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

2.2.9 Desempeño de la Práctica Profesional: Grado de Implicación y Dificultades.

La jerarquización excesiva que tiene el personal médico del modelo biomédico en el que son formados y desde el cual interpretan el malestar, se puede convertir en un verdadero obstáculo que cierra la escucha al marco referencial de género que se pretende transmitir en la comprensión y abordaje integral del problema.

Las dificultades y miedos iniciales, relacionados con la falta de habilidades en la entrevista clínica y con las dudas y contradicciones que les generaba el protocolo a seguir, al detectar un nuevo caso (obligatoriedad de hacer un parte de lesiones o denunciar aunque las pacientes no quisieran), han ido dejando paso al progresivo

convencimiento de que se trata de un proceso complejo en donde las respuestas inmediatas no siempre son las adecuadas, ya que la mayoría cree que la prioridad pasa necesariamente por respetar lo que demande la víctima más allá de las exigencias legales (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009).

Respecto a la atención, es importante la empatía que pueden desarrollar los profesionales de la salud con la mujer que llega a la atención para que se dé a la usuaria la confianza necesaria que le permita hablar del tema; en este sentido, la Guía Clínica de la OMS propone tener cuidado de no mostrar una actitud crítica y ofrecer apoyo sin presionar, realizando prácticas que no resulten intrusivas (Askew, 2016).

La falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo para realizar una intervención adecuada y los problemas a la hora de poner en funcionamiento el proceso legal que acompaña a la denuncia (muy especialmente cuando aun existiendo indicios objetivos de malos tratos, la mujer no quiere denunciar), suelen ser los obstáculos más frecuentes. La mayoría siente inseguridad en su relación con el sistema judicial, al no percibir un respaldo institucional adecuado, especialmente cuando surgen dudas a la hora de tramitar una denuncia por violencia de género. Concretamente, relatan que reciben información contradictoria sobre la conveniencia o no de emitir el parte de lesiones, derivado del conflicto que se establece entre las demandas de las mujeres víctimas de malos tratos y la obligatoriedad judicial de comunicarlo rápidamente. A ello, añaden lo que perciben como falta de delimitación de sus competencias en el ámbito legal, y todo junto da como resultado que muchas veces eviten entrar en este proceso y se limiten a realizar el seguimiento de las pacientes (Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009; Boira, Carbajosa, & Marcuello, 2013).

La mayoría de los profesionales en salud entiende que atender adecuadamente los casos de violencia contra la mujer, supone necesariamente un tiempo del que generalmente no disponen, en un proceso que consideran lento y complejo, en donde no es posible dar una respuesta profesional efectiva en un sólo encuentro. Si bien se trata de una reflexión que puede ser consecuencia positiva de la formación recibida, lo cierto es que finalmente muchos se quejan de que no pueden llevarlo a la práctica por la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo de las instituciones de las que dependen (conciliación de horarios, más personal de apoyo, etc.). Cuando a pesar de ello intentan buscar soluciones individuales, lo hacen a través del apoyo de otras compañeras que puedan sustituirlos, o bien sacrificando sus tiempos extra-laborales. También la falta de tiempo, según los testimonios, puede generar situaciones de desbordamiento que condicionarían al profesional a intentar acelerar el proceso terapéutico, presionando a las mujeres para que reconozcan la situación y denuncien cuanto antes (Matos Marcelo & Haak, 2009).

Algunas veces las y los proveedores de salud consideran, erróneamente, que la mujer estará a salvo tan pronto como abandone a su pareja abusiva, por lo que minimizan su riesgo, sin embargo, los estudios sostienen lo contrario: el riesgo de que la pareja intente matar o lesionar gravemente a la mujer ocurre en el período en que lo abandona (Villegas Díaz, 2010).

2.2.10 El profesional de Obstetricia en la Atención primaria y su rol en la atención y detección de la violencia contra la mujer.

A través de la historia, el nacimiento fue un hecho importante en la vida de la mujer y la comunidad, siendo la madre acompañada en este evento, por otra mujer quien brindaba su conocimiento y pericia para poder arribar a un feliz desenlace.

Surgen así las parteras que reciben distintas denominaciones según los lugares. En las denominaciones se deja ver la alta estima en que se las tenía y el reconocimiento de su sabiduría: Comadres, matrona, Cummater, Midwife, Sage Femme, Abuena Sabia, Sacerdotisa de la Luna, entre otros. La corporación de parteras y su formación fue instituida por Hipócrates en el siglo V antes de Jesucristo, pero los intentos de perfeccionamiento de las técnicas obstétricas fueron lamentablemente escasos e ineficaces durante mucho tiempo. Recién en el siglo XVIII comienzan a propagarse las Escuelas para Parteras. En el Perú, antes y sobre todo después de la gesta independentista de 1821, se produjeron severos cambios en todas las esferas del acontecer político, económico, social, demográfico y sanitario del país que impactó severamente en la salud y en la economía nacional de los peruanos de esa época. Por esas fechas los partos eran atendidos en los domicilios por parteras aficionadas, con los riesgos que esto implicaba (Colegio de Obstetras del Perú, 2016).

Una partera era una mujer que seguía la tradición, sin estudios en la materia, calificada para su oficio por el solo hecho de haber asistido otros partos. Fue en estas circunstancias que llegaban desde Europa al país, dos destacados profesionales de Obstetricia: el Dr. Juan Fessel y Benita Paulina Caudeau de Fessel, fue entonces que el Dr. Hipólito Unanue, siendo Ministro de Salud, propuso al gobierno de la época la creación de una clínica de maternidad para la atención de partos de las madres pobres, así como la capacitación de jóvenes para que estudiaran la ciencia y el arte de la Obstetricia, tal como se acostumbraba en las Escuelas de Francia. El 10 de octubre del 1826, don Andrés de Santa Cruz, determina que se estableciera una Casa de Maternidad (hoy Instituto Nacional Materno Perinatal) que tuviera como objeto socorrer a las mujeres pobres en sus partos y Escuela de Parto (hoy Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UNMSM) para la formación de jóvenes en el arte y ciencia de su atención (Colegio de Obstetras del Perú, 2016).

El Colegio de Obstetras del Perú, hoy Colegio de Obstetras del Perú, se constituyó el 15 de julio de 1975, mediante el Decreto Ley N° 21210, como entidad autónoma y representativa de los profesionales de obstetricia en todo el territorio, con personería jurídica y sede en la ciudad de Lima; se estableció la colegiación como requisito indispensable para el ejercicio de la profesión. En 1981, bajo La ley N° 23346, se reconoce al profesional de Obstetricia como profesión médica. Así mismo la Ley N° 27853, reconoce las funciones de este profesional en el campo preventivo promocional de la atención primaria entre otras funciones (Colegio de Obstetras del Perú, 2016).

El profesional de Obstetricia es un profesional que se encarga de cuidado y la atención del binomio madre-niño, durante el proceso de gestación y nacimiento; la que lo sitúa dentro del grupo de profesionales médicos indispensables en el proceso del desarrollo del ser humano. Debemos considerar también, que a los obstetras se los identifica como dispensadores principales de la atención primaria de salud. Así pues, su ejercicio profesional abarca los cuidados de fertilidad de la familia, la promoción de la maternidad sin riesgo y la salud sexual y reproductiva de la mujer y del niño a lo largo de la vida. Entre sus funciones, el MINSA a través de la Norma y Procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil (2001) , estableció las competencias del personal de salud en el trabajo de la violencia familiar y maltrato infantil, entre ellas el del personal de Obstetricia, quedando establecido su rol en el tamizaje, examen físico, orientación y derivación, así como consejería y educación en caso de ser responsables de Salud Mental o de los Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud (MAMIS).

Recordemos que la atención primaria de salud (APS) es una estrategia específica surgida en 1978 de la Reunión de ALMA ATA para poder cumplir o alcanzar la política de salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la O.M.S. en 1977 con

el lema "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000" (Organización Mundial de la Salud, 1984).

Tenemos entonces definidos a los personajes de nuestro trabajo: el Obstetra y la atención primaria para la salud.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales, es decir, abarcan no sólo a lo curativo sino fundamentalmente a lo preventivo.

Para alcanzar salud para todos a través de la atención primaria es necesario readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad.

En lo establecido por la Norma del MINSA (2001), los centros de salud deben: promover la salud y prevenirla, favorecer y participar en las redes de atención a la violencia familiar y maltrato infantil, detección y derivación de casos, atención médica, apoyo emocional, orientación, y consejería, registro estadístico de los casos detectados y atendidos, participación en el sistema de vigilancia epidemiológica y seguimiento de los casos.

Desde el primer nivel de atención, como los puestos y centros de salud, hasta los hospitales especializados, el cumplimiento de los objetivos trazados implica el uso de los servicios básicos de salud con participación comunitaria, partiendo del propio núcleo familiar y el trabajo del personal de salud, siendo los Obstetras un personal con funciones reconocidas en el ámbito de atención primaria es necesaria su acción frente a los hechos de violencia contra la mujer que tienen que enfrentar en el quehacer diario.

2.3 Marco conceptual o glosario:

Atención primaria: Es el nivel básico e inicial de atención longitudinal, integral e integrada, preventiva, promocional y curativa para individuos y familia.

Saberes: Es aquel conjunto de conocimientos, que proviene de la vivencia de un evento, sobre algún contexto particular, que puede dejar marcas en el individuo, por su importancia o por su trascendencia.

Prácticas: Son las acciones que desarrolla el profesional con la aplicación de ciertos conocimientos.

Dilema: Es la situación que enfrenta un individuo ante una situación posible en el contexto, que lleva a una decisión entre dos alternativas y análisis con una posible solución.

Obstetra: Personal de salud encargado de la atención de la mujer y su recién nacido durante el embarazo, parto y puerperio normal. Reconocido como profesional médico bajo la Ley N°23346.

Agresor: Que comete agresión o provoca un ataque o acto violento.

Víctima: Es quien sufre un daño por caso fortuito o culpa ajena.

Violencia: Es el tipo de interacción humana que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan con hacerlo, un daño o sometimiento grave (físico o psicológico) a un individuo o una colectividad.

Violencia contra la mujer: Se entenderá por toda acción, omisión, abuso, que afecte la integridad física, psíquica, moral, sexual y/o la libertad de la mujer.

Violencia Psicológica: Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, negligencia, abandono, celos compulsivos, insultos, humillaciones, devaluación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la auto determinación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.

Violencia Física: Cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

Violencia sexual: Cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que por tanto atenta contra su libertad, dignidad e integridad física.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación

La investigación se realizó con un enfoque cualitativo, por cuanto se consideró que era el más adecuado para lograr los objetivos propuestos, que buscaron comprender los saberes y prácticas de los Obstetras que brindan atención a las mujeres que sufren violencia en el primer nivel de atención, además de los dilemas que enfrentan a nivel personal y como profesional, en su contexto natural; como refieren Hernández, Fernández, & Baptista, respecto a la investigación cualitativa: “profundiza en las experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (2014, pág. 364). Cerda (2011), por otro lado, refiere que la investigación cualitativa hace alusión a “caracteres, atributos o facultades no cuantificables que pueden describir, comprender o explicar los fenómenos sociales o acciones de un grupo o del ser humano”.

Para González (2013), la investigación cualitativa tiene como propósito “la construcción de conocimiento sobre la realidad social, a partir de las condiciones particulares y la perspectiva de quienes la originan y la viven; por tanto, metodológicamente implica asumir un carácter dialógico en las creencias, mentalidades y sentimientos, que se consideran elementos de análisis en el proceso de producción y desarrollo del conocimiento con respecto a la realidad del hombre en la sociedad de la que forma parte”. Mientras que para Martínez (2011), es llegar a la “comprensión o la interpretación de la realidad humana y así mismo de la realidad social, con un

interés práctico, con el objetivo de enmarcar y dirigir la acción humana y su verdad subjetiva, obteniendo de esta manera entendimiento de la singularidad de los individuos y de los grupos”.

En general, hay muchos conceptos sobre investigación cualitativa; sin embargo, podemos decir que todos coinciden en el hecho de que la investigación cualitativa permite la comprensión del fenómeno social a través del entendimiento de los significados y acciones del actuar, sentir, pensar y vivir, que se considera un proceso activo, que viene de la interacción social de las personas que los conforman, dando lugar a una construcción social del fenómeno de estudio. En este sentido, en el desarrollo del estudio fue posible elaborar la información a partir de las experiencias de los sujetos investigados, por lo cual fue necesario interactuar directamente con los entrevistados, haciendo entrevistas semiestructuradas, lo que permitió captar el fenómeno en la realidad de sus protagonistas.

3.2. Método de la investigación

En la investigación se usó el método basado en la Teoría Fundamentada, que enfoca al ser social en interacción, sus bases teóricas provienen de la sociología y del interaccionismo simbólico, desde que Barner Glaser y Anselm Strauss (1967) , la presentaran por primera vez. Posteriormente definida por Strauss y Corbin (2002), como un método de análisis cualitativo de los textos escritos, obtenidos como resultado de entrevistas en profundidad, semiestructuradas o estructuradas, tiene un énfasis especial en el procedimiento, tanto en el proceso de obtención de los datos como en su codificación en palabras de los incidentes recogidos en el proceso. Debido a que la teoría fundamentada se basa en los datos, generarán conocimientos, aumentarán la comprensión y proporcionarán una guía significativa para la acción investigación.

Como lo refieren Jáuregui & Méndez (2011), “la teoría fundamentada se deriva del estudio de los fenómenos a los cuales representa, es decir se descubre, se desarrolla y se verifica provisionalmente a través de la recolección sistemática y el análisis de los datos que son parte de un

fenómeno. Por lo anterior, la teoría, la recolección de datos y el análisis están en relación constante entre ellos”.

Así, este método de análisis contribuyó al desarrollo de una teoría fundamentada sobre los saberes, prácticas y dilemas de los Obstetras en la atención primaria basada en los datos recopilados en las entrevistas realizadas. Se basó en un proceso de codificación dividido en tres fases: abierta, axial y selectiva.

En la **codificación abierta**, se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones, para ello se usó una manera de codificar como fue la de línea por línea, con la cual se realizó un examen minucioso de los datos, frase por frase. Durante la codificación abierta, los datos se descomponen en partes, para ser examinados y comparados minuciosamente, buscando similitudes y diferencias. "Los acontecimientos, éxitos, objetos y acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza se agrupan bajo conceptos más abstractos, denominados" categorías (Strauss & Corbin, 2002). En cuanto las categorías estas son derivadas de los datos que representan los fenómenos y subcategorías emergen de una categoría al denotar información tal como cuándo, dónde, por qué y cómo es probable que ocurra un fenómeno, además para realizar este trabajo se trabajó consignando en el análisis el uso de los memorandos (Strauss & Corbin, 2002).

En la **codificación axial**, se relacionan las categorías a sus subcategorías, denominado "axial" porque la codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones; en este sentido una subcategoría responde preguntas sobre el fenómeno tales como cuándo, dónde, por qué, quién, cómo y con qué consecuencias, dando así a los conceptos un mayor poder explicativo; así Strauss y Corbin (2002) mencionan que para realizar este proceso de deben hacer algunas tareas básicas como:

- Acomodar las propiedades de una categoría y sus dimensiones, tarea que comienza durante la codificación abierta.

- Identificar la variedad de condiciones, acciones/interacciones y consecuencias asociadas con un fenómeno.
- Relacionar una categoría con sus subcategorías por medio de oraciones que denotan las relaciones de unas con otras.
- Buscar claves en los datos que denoten cómo se pueden relacionar las categorías principales entre sí.

Modelo paradigmático

Durante el proceso de la codificación axial se tendrá un esquema que se pueda usar para descifrar u organizar las conexiones que van emergiendo, a ello se le denomina “paradigma”. Como lo refieren Strauss y Corbin (2002), se denomina paradigma a la perspectiva que se adopta sobre los datos, ayuda a recolectarlos y ordenarlos de manera sistemática, de tal modo que la estructura y el proceso se integren; así mencionan los componentes básicos del paradigma como son: las condiciones causales, que suelen representar conjuntos de acontecimientos que influyen sobre el fenómeno; las condiciones intervinientes que son las que mitigan o de alguna manera alteran el impacto de las condiciones causales sobre los fenómenos; las condiciones contextuales que son el conjunto de condiciones específicas (patrones de condiciones) que se entrecruzan en las dimensiones en un tiempo y lugar para crear el conjunto de circunstancias o problemas a los cuales responden las personas por medio de la acción/interacción, que son las respuestas estratégicas o rutinarias dadas por los individuos o grupos a los asuntos, problemas, acontecimientos o sucesos que emergen bajo estas condiciones. Hay consecuencias, que son el resultado de las acciones e interacciones, están representadas por preguntas relativas a qué sucede como resultado de estas acciones/interacciones o por qué los grupos no responden a situaciones por medio de acciones/interacciones, lo que constituye un hallazgo importante por sí mismo.

Respecto a la **codificación selectiva**, se integró y refinaron las categorías para plantear una teoría sustantiva, para ello se identifica la categoría central y la integración de los conceptos. Strauss (1987) hace mención a una lista de

criterios que se pueden aplicar para determinar una categoría central, estas son:

- Tiene que ser central; o sea, que todas las otras categorías principales se puedan relacionar con ella.
- Debe aparecer con frecuencia en los datos. Ello significa que en todos, o en casi todos los casos haya indicadores que apunten a tal concepto.
- La explicación que se desarrolla a partir de relacionar las categorías es lógica y consistente, y los datos no son forzados.
- El nombre o la frase usados para describir la categoría central deben ser lo bastante abstractos para que puedan usarse para hacer investigación en otras áreas sustantivas, que lleven al desarrollo de una teoría más general.
- A medida que el concepto se refina analíticamente por medio de su integración a otros conceptos, la teoría crece en profundidad y poder explicativo.
- El concepto puede explicar las variaciones, así como el asunto central al que apuntan los datos; o sea, cuando varían las condiciones, la explicación se mantiene, aunque la manera como se expresa un fenómeno puede variar algo. También debería uno poder explicar los casos contradictorios o alternativos en términos de la idea central.

Así, en la investigación se encontró como categoría central: “Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas”. Para la organización de los conceptos se usó un diagrama que permitió organizar las relaciones entre los conceptos.

3.3. Escenario del Estudio

Se tuvo en cuenta los siguientes escenarios:

El estudio de investigación se realizó en los centros de salud del Ministerio de Salud-MINSA de la Provincia de Barranca, lo que incluyó a los centros de salud de Pativilca, Paramonga, Puerto Supe y Lauriama.

Los centros de salud, lugares del escenario, están comprendidos dentro de la Red Barranca Cajatambo, situada en la parte Norte de la Región Lima Provincia.

Los centros de salud brindan servicios de salud 12 horas del día, acorde al nivel I-3 al que pertenecen, mediante dos turnos para la atención de los usuarios; así, como parte de sus funciones: brindan atención integral de salud a las personas por etapas de vida, en el contexto familia y comunidad; participan en las actividades de educación permanente en salud y en el análisis del proceso de atención en salud para la toma de decisiones eficiente y efectiva.

En cuanto a los recursos humanos de los establecimientos se cuenta con: Médicos Generales, Obstetras, Enfermeras, Nutricionistas, Psicólogos, Asistentas Sociales y Técnicas de Enfermería, para las atenciones de las usuarias.

Estos centros de salud cuentan con personal de Obstetricia nombrado y contratado, quienes se encargan de atender a las mujeres que llegan a los consultorios de materno y planificación familiar, donde realizan la ficha de tamizaje de violencia. En estos centros de salud se invitaron al estudio a Obstetras para solicitarles su participación en el estudio.

3.4. Unidad de Análisis

El discurso de los profesionales de Obstetricia, de los centros de salud de la Provincia de Barranca, los que incluyen a los centros de Pativilca, Paramonga, Puerto Supe y Lauriama; sobre la violencia en contra de la mujer, sus saberes, prácticas y dilemas en el tema.

3.5. Población de estudio

Estuvo constituido por 18 Obstetras de los centros de salud de la Provincia de Barranca, a los cuales se invitó a participar del estudio hasta llegar a obtener la muestra por saturación.

3.6. Tamaño de la muestra

En la investigación cualitativa la representatividad de la muestra no radica en la cantidad de las mismas, sino en las posibles configuraciones subjetivas (valores-creencias-motivaciones) de los sujetos respecto a un objeto o fenómeno determinado. Así, Glasser y Strauss (1967) mencionan al muestreo teórico como la “recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y dimensiones”.

En este sentido, el criterio que permite saber cuándo detener el proceso de muestreo, se denomina "saturación teórica", lo que significa que “no se encontrará informaciones adicionales en el desarrollo de las propiedades de la categoría, siendo así, el investigador analista debe ir en busca de nuevos grupos para conseguir más datos sobre otras categorías, con el propósito de alcanzar la saturación de éstas” (Hernández, Herrera, Martínez, Páez, & Páez, 2011).

Para la investigación, se tomó una población de estudio conformada por 18 Obstetras, de los diferentes centros de salud de la Provincia de Barranca, se consideraron los criterios de inclusión y exclusión para conformar la muestra. Del total mencionado, algunos Obstetras no concedieron su consentimiento para realizar la entrevista por diferentes motivos y otros no cumplían con los criterios, por cuanto era personal que tenía poco tiempo en el establecimiento de salud o con poca experiencia laboral. Al final, la muestra por “saturación teórica” estuvo conformada por 10 Obstetras de los centros de salud de la Provincia de Barranca, siendo esta representativa debido a que se constató

que en los discursos ya no había nuevos datos de relevancia que podían contribuir a la teoría, siendo estos redundantes o repetitivos.

3.7. Selección de la muestra

La muestra se seleccionó teniendo en cuenta:

Criterios de inclusión:

Profesional de Obstetricia que trabajó al menos un año en un centro de salud correspondiente a Pativilca, Paramonga, Puerto Supe o Lauriama.

Criterios de exclusión:

Profesional de Obstetricia que no dio su consentimiento para la entrevista.

A pesar de que se tenía considerado a todo el personal de Obstetricia para realizar las entrevistas, en el momento en que se realizaron las mismas, no se pudo contar con ningún Obstetra varón en los centros de salud de la Provincia de Barranca, siendo todas las plazas cubiertas por personal femenino, por lo que no se tiene los discursos del otro género.

3.8. Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se usó como técnica la entrevista semiestructurada hasta la saturación de la información. La entrevista semiestructurada contó con algunas preguntas norteadoras las que fueron una guía que permitió ahondar en las experiencias del personal de Obstetricia, además se usaron grabaciones y anotaciones para un mejor análisis, interpretación y teorización para conducir a resultados valiosos.

Instrumento de la investigación

Preguntas norteadoras:

¿Qué piensa usted sobre la violencia contra la mujer?

¿Cuál es el contexto en que se desarrolla el fenómeno?

¿Qué condiciones causales considera que origina la violencia contra la mujer?

¿Qué estrategias se proponen para mejorar la atención de la violencia contra la mujer?

¿Cuáles son los aspectos que intervienen en el desarrollo del fenómeno?

¿Qué sentimientos le genera la atención de una mujer que ha sufrido violencia?

¿Cuáles serían las consecuencias de aplicar las estrategias propuestas por los Obstetras?

En las entrevistas se dispone de un «guión», que recoge los temas que debe tratar a lo largo de la entrevista, sin embargo, el orden y modo en el que se aborda el tema se dejó a la libre decisión y valoración del entrevistador. En este sentido, durante la conversación se efectúan las preguntas que se crean oportunas y se pide a las entrevistadas aclaraciones cuando no se entienda algún punto o que se profundice en algún tópico que se considere importante.

Esta técnica es de gran relevancia, por cuanto se adquieren las primeras impresiones del entrevistado mediante la observación de la comunicación no verbal y verbal.

La entrevista semiestructurada constituye un recurso para acceder a la información con el propósito central de captar lo que es importante en el contexto de los informantes, de cómo ven, clasifican y experimentan el mundo.

3.9. Proceso de Recolección de Datos

Para iniciar la investigación se pidieron los permisos correspondientes para conversar sobre el estudio con el personal de Obstetricia, y pedir su consentimiento para la entrevista (Anexo N°2).

Después de firmado el consentimiento se concordaron las entrevistas con los participantes en cuanto a la fecha, hora, lugar y duración de la entrevista, teniendo como condiciones necesarias la privacidad y tranquilidad.

Las entrevistas fueron desarrolladas durante el periodo de octubre 2016 a enero 2017, se realizaron en varias sesiones con una entrevista semiestructurada para permitir la obtención de información de manera holística, en palabras y enfoques de los entrevistados. Esta técnica facilitó

además la intimidad y la recolección directa de información. Se realizaron encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus experiencias o situaciones, tal como los expresa con sus propias palabras.

Para facilitar las entrevistas se realizaron las mismas en un ambiente externo al establecimiento de salud (se usó un consultorio externo privado), libre de factores externos que interfirieran en el desarrollo de la misma.

Se comenzó con una breve presentación de la entrevistadora y una explicación sobre el propósito de la investigación, basada en la experiencia ganada en el piloto. Se le dio a conocer la finalidad de haber concertado la entrevista en la que participó. Se estimó la duración de las entrevistas aproximadamente entre 40 a 60 minutos.

También quedó explícito la confidencialidad y anonimato en el uso de la información recabada.

Se solicitó la autorización para grabar la entrevista, explicando que la finalidad de la grabación fue para agilizar la toma del dato y sólo para fines del análisis. Adicionalmente a este medio, se tomaron notas durante la entrevista.

La Grabación, fue un medio necesario para posteriormente transcribir literalmente cada una de las entrevistas, lo que facilitó el análisis respectivo, por lo que quedó explícito en un consentimiento la autorización de grabación de la entrevista (Anexo N°3).

Se identificaron a los Obstetras dándole un número correlativo según el número de entrevista.

3.10. Proceso de Análisis e Interpretación de la información

Para el análisis e interpretación de la información se usó el interaccionismo simbólico como referencial teórico filosófico siendo que se encuentran dentro de los orígenes de la Teoría Fundamentada.

Herbert Blumer (2009), plantea por primera vez el término interaccionismo simbólico en 1937, sobre esta base plantea que la investigación cualitativa es la única forma real de entender cómo la gente percibe, entiende e interpreta el mundo.

El interaccionismo simbólico tiene como propósito comprender cómo definen los individuos un fenómeno o acontecimiento a través de su interacción social, donde el individuo no es sólo un receptor de estímulos externos, sino un activo participante en la creación y construcción de la realidad social.

En 1969, Herbert Blumer (2009) resume el interaccionismo simbólico en tres premisas: la primera es que las personas actúan en relación a las cosas a partir del significado que las cosas tienen para ellos; la segunda dice que el contenido de las cosas se define a partir de la interacción social que el individuo tiene con los demás y el tercero implica que el contenido es trabajado y modificado a través de un proceso de traducción y evaluación que el individuo usa cuando trabaja las cosas con las que se encuentra. Esto resume un sistema complejo de ideas acerca de cómo es el mundo de las personas y cómo éstas reaccionan en él.

Los datos obtenidos fueron sometidos a un proceso de identificación de conceptos, generando unas etiquetas de fenómenos y hechos observados, para su posterior procesamiento y codificación; relacionando entre sí conceptos y códigos o categorías de datos. Así los datos fueron reducidos a clases y subcategorías de análisis.

Para desarrollar este proceso se llevó a cabo una codificación abierta, axial y selectiva:

En la **codificación abierta** se identificó línea por línea los conceptos (palabras, frases u oraciones clave) emergidos de los datos, permitiendo generar categorías rápidamente descubriendo sus propiedades y dimensiones; en este proceso se generaron memos que dieron cuenta de las impresiones del investigador (Strauss & Corbin, 2002).

Durante la **codificación axial** se relacionaron las categorías con sus subcategorías, encontrando una categoría central, que permitió relacionar todas las anteriores categorías con el fenómeno en estudio en relación a sus propiedades y dimensiones. (Strauss & Corbin, 2002). En esta etapa se descubrió el problema principal desde el punto de vista de los participantes del estudio.

Posteriormente, se dio inicio a la **codificación selectiva** con el propósito de codificar de forma sistemática y concertadamente la categoría central, es decir, integrar la teoría y lograr explicar y comprender el fenómeno con la mejor exactitud y el menor uso de categorías y conceptos (Strauss & Corbin, 2002).

A partir de todo este procesamiento y análisis de los datos, el establecimiento de categorías y subcategorías y sus vínculos mediante una constante búsqueda de sentido; se dio la teoría sustantiva sobre el fenómeno “Reconocimiento de los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas” mediante el Modelo Paradigmático centrado en el contexto, factores causales, aspectos intervinientes, estrategias y consecuencias (Lenise Do Prado, De Souza, & Carraro, 2008).

3.11. Validando el modelo teórico

Para validar el modelo teórico propuesto, el mismo que se construyó basado en categorías, subcategorías, componentes y códigos, se solicitó la participación de cuatro Obstetras de los diferentes centros de salud para que realizaran la lectura del fenómeno basado en el Reconocimiento de los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas en base a los datos obtenidos. En este sentido, los Obstetras aportaron contribuciones muy valiosas para la investigación, partiendo de la necesidad de enfatizar el rol del Obstetra como un personal con más posibilidades de detección de los casos de violencia contra la mujer por el campo de acción en el que se desenvuelve, además de

involucrar la falta de personal para realizar el seguimiento de los casos, hecho que manifestaron, les dificulta el trabajo. Estas recomendaciones fueron incorporadas en el modelo, por lo que posteriormente se les pidió otra entrevista para corroborar si los cambios realizados representaban lo manifestado por ellos, con lo que dieron por valido lo elaborado.

Dentro de las entrevistadas resaltamos el comentario de dos Obstetras:

“[...] el estudio explora una realidad muy frecuente en nuestro quehacer diario y me permitió analizar algunas situaciones que verdaderamente están deficientes y que a lo mejor nosotros lo tratamos rutinariamente, pero el ver este modelo me hizo ver diferentes aspectos que están plasmados ahí “ (Obstetra-8)

“[...] el ver esto me hace darme cuenta que lo que muchas veces comentamos se encuentra plasmado en este esquema” (Obstetra-10)

3.12. Consideraciones éticas de la investigación

En el cumplimiento de las normas éticas de las investigaciones basadas en el código de Núremberg y la Declaración de Helsinki, se tomó el consentimiento informado previo a los participantes, por lo cual se leyó y explicó el contenido del mismo y posterior a la absolución de las preguntas se procedió a la firma de su aceptación, si así lo consintieron (Anexos N°02 y N°03).

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la cuantitativa, así para evaluar la ética de la investigación que involucra a seres humanos, se considera los siete requisitos éticos propuestos por Ezekiel Emanuel (2003), tenemos así que:

Valor social o científico, asegura que las personas no sean expuestas a riesgos o agresiones sin la posibilidad de algún beneficio personal o social, respetando así los principios de beneficencia y justicia.

Validez científica, propone el deber de plantear un propósito claro de generar conocimiento con credibilidad; un método de investigación coherente con el problema, selección del sujeto, instrumento y marco teórico suficiente. Esto se relaciona con los principios de beneficencia y no maleficencia.

Selección equitativa de los sujetos, requiere que sea la ciencia y no la vulnerabilidad la que dicte a quien incluir como probable sujeto, lo que se relaciona con los principios de justicia, autonomía y no maleficencia.

Proporción favorable del riesgo-beneficio, este requisito incorpora los principios de no-maleficencia y beneficencia.

Evaluación independiente, para evitar conflictos de intereses y garantizar que el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales. Esto se relaciona con los principios de no-maleficencia, beneficencia y justicia.

Consentimiento informado, que tiene como finalidad asegurar que en la investigación se participe sólo cuando ésta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen por propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismos. Esto se relaciona con los principios de autonomía y no maleficencia.

Respeto a los participantes, no concluyen cuando los individuos hacen constar que aceptan participar en ella. El respeto a los participantes implica permitir que se retiren sin sanción, la confidencialidad, así como información nueva y pertinente durante la investigación. Esto se relaciona con los principios de autonomía y no maleficencia.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como resultado de las entrevistas semiestructuradas realizadas a las Obstetras, se encontraron unidades de significado en la descripción

4.1. Caracterización de los participantes del estudio

A los Obstetras participantes del estudio se les identificó como “Informantes” asignándole un número a cada una, fueron en total 10, quienes accedieron voluntariamente a la entrevista luego de realizar el consentimiento informado con lo cual se les garantizó el anonimato. El personal de Obstetricia entrevistado trabajó como mínimo un año en alguno de los Centros de Salud de la Provincia de Barranca. Las entrevistas fueron realizadas en un espacio privado fuera del consultorio.

El perfil de los Obstetras que participaron de las entrevistas se muestra en la tabla 1:

Tabla 1. Perfil de los Obstetras participantes

Edad	Años de servicio	Estado civil	Estudios de postgrado
55	16	Soltera	Estudios de maestría
31	8	Casada	No
40	9	Casada	Estudios de especialidad
43	15	Casada	Diploma de Especialista

36	7	Divorciada	Estudios de maestría
36	9	Casada	No
37	9	Casada	No
35	7	Separada	No
30	4	Soltera	No
42	12	Conviviente	Estudios de maestría

Fuente: Elaboración propia

4.2. Resultados

En el proceso de recolección de los datos obtenidos y la constante reflexión para comprender los discursos de los Obstetras se planteó un fenómeno central: *Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas*, como estructuración de la Teoría Fundamentada.

Para la estructuración se tomó en cuenta la teoría planteada por Pereira y Lorenzini (2014) para conceptualizar las categorías, subcategorías y componentes. La experiencia en la atención de los casos de violencia permitió a los Obstetras manifestar en pleno sus pensamientos y sentimientos.

Respecto a los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas realizadas a los Obstetras, se realizó la construcción de discursos que nos llevaron a entender la realidad actual, respecto a la identificación y atención de las mujeres violentadas que acuden a los servicios de atención primaria. En este sentido, se consideró a la categoría central que representa los elementos del modelo paradigmático: *Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas*, a través de: a) El Contexto; b) Las Condiciones Causales; c) Las Estrategias; d) Aspectos Intervenientes y e) Las Consecuencias.

El fenómeno es descrito mediante su categoría, subcategorías, componentes y códigos, los que se describirán por separado.

Discursos referidos al Contexto de la violencia contra la mujer

El contexto está referido al conjunto específico de acontecimientos, hechos o condiciones relacionadas al fenómeno, sobre el cual se definen las estrategias de acción/interacción (Charmaz, 2009). En el estudio, el contexto tiene como categoría a: *La violencia contra la mujer como problema oculto y el rol del Obstetra en su detección*, la misma que tiene dos categorías: Interpretando la violencia contra la mujer como un problema oculto e Interpretando el rol del Obstetra en la violencia contra la mujer. Esto se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. La violencia contra la mujer como problema oculto y el rol del Obstetra en su detección

Subcategorías	Componentes/ Códigos
a) Interpretando la violencia contra la mujer como un problema oculto	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando la violencia contra la mujer como un problema de salud pública • Percibiendo a la violencia contra la mujer como un problema en aumento • Considerándolo como un acto de cobardía • Percibiendo su desarrollo en diferentes estratos sociales • Considerándolo como un problema oculto
b) Interpretando el rol del Obstetra en la violencia contra la mujer	<p><u>Tamizaje de violencia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo la importancia de su rol en el tamizaje. • Realizando el tamizaje a todas las pacientes. • Considerando a la hoja de tamizaje como un documento que no permite hacer una buena detección. • Viéndose como un profesional con mayores posibilidades de detección debido al tipo de funciones que cumple. <p><u>Orientación y derivación de los casos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconociendo la importancia de su trabajo como primer contacto con la mujer en la consulta. • Reconociendo su rol en la orientación y derivación de los casos. • Considerando a la consejería como un punto básico para sensibilizar a la mujer sobre sus derechos. <p><u>Generar confianza en la mujer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindando confianza a la mujer • Creando un clima de confianza • Creando confianza para abordar el problema

Fuente: Elaboración propia

La categoría se divide en las siguientes subcategorías:

a) Interpretando la violencia contra la mujer como un problema oculto

Las Obstetras perciben a la violencia contra la mujer como un problema que se ha incrementado en el tiempo, que se da sin ninguna distinción en todos los estratos socioeconómicos, sin embargo, aún sigue siendo un problema oculto en la sociedad, en tanto las mujeres callan los actos de violencia.

“[...] la violencia sobre la mujer es un problema que cada día está en aumento” (Obsta-1)

“[...] me parece que la violencia es un acto de cobardía” (Obsta-2)

“[...] se da en todo los lugares, en todos los momentos, en diferentes estratos” (Obsta-4)

“[...] es un acto que todavía está muy, digamos así, muy escondido o muy oculto por la misma mujer” (Obsta-8)

“[...] todo tipo de violencia es condenable, porque muchas están acostumbradas a que lo psicológico no lo es” (Obsta-9)

“[...] es un problema de salud pública, que se ha incrementado y todavía sigue siendo invisible” (Obsta-10)

b) Interpretando el rol del Obstetra en la violencia contra la mujer

Dentro de las prácticas de los Obstetras, el tamizaje de la violencia basada en género es una de las actividades que manifiestan realizar a todas las mujeres que llegan a la consulta como parte del proceso de detección, aunque aseguran que es necesario ir generando confianza en la mujer violentada para poder tener una detección efectiva. Así también, la orientación, es considerada como un punto crucial para brindar información a la mujer sobre sus derechos, y por otro lado, respecto a la consejería que manifiestan realizar, ella esta normada en la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, como una consejería básica para la intervención durante la

crisis y posteriormente hacer la referencia respectiva de los casos detectados sea este a un nivel superior o instituciones locales.

Tamizaje de violencia

“[...] nuestro trabajo en el tamizaje es importante, ¡sí! Porque estamos con las gestantes todo el tiempo, a pesar de que podemos hacer interconsultas a otras áreas, son sólo interconsultas, nosotras estamos con ellas en todos sus controles” (Obsta-1)

Memo sobre las emociones expresadas:

Expresa con contundencia, que el rol que cumple es importante para hacer un buen tamizaje, ya que considera que el tener a la mujer en varias consultas le permite aumentar las posibilidades de detección.

“[...] a las pacientes que vienen con nosotras, le hacemos el tamizaje; depende de la confianza que le das, cómo le hablas, cómo te diriges a ellas o cómo les tratas” (Obsta-7)

“[...] el tamizaje es parte de nuestro trabajo y el saber orientar, diciéndole cuales serían las consecuencias de esa violencia [...] la hoja de tamizaje es muy directa debería ser más sutil y tener mayor contenido” (Obsta-8)

“[...] los Obstetras detectan más a diferencia de los médicos, ellos sólo atienden el caso y listo, no tienden a conversar con el paciente excepto que vean lesiones, recién ahí lo diagnostican” (Obsta-9)

Orientación y derivación de los casos

“[...] el trabajo de violencia contra la mujer está dentro de nuestra carrera, porque somos el primer contacto que tienen las mujeres, no?, nosotros nos abocamos a todo lo que es la salud sexual y reproductiva, dentro de eso mayormente trabajamos con mujeres, muy independientemente de la edad” (Obsta-2)

“[...] nosotras las orientamos sobre, la salida, las opciones, las alternativas que ellas tienen en caso de que no quisieran continuar sufriendo este tipo de violencia, porque a nadie la gusta que la golpean y las humillan” (Obsta-3)

“[...] tratamos en lo que se puede de orientarlas, aconsejarlas y que tomen decisiones” (Obsta-4)

“[...] la consejería para nosotras es básica, debemos hacerle ver esa desigualdad de género, que siempre está ahí en la sociedad y decirle que nosotras tenemos iguales derechos, que no porque él sea varón, podemos permitirle cosas” (Obsta-7)

“[...] se realiza la orientación y consejería sobre violencia basada en género, diciéndole cuales serían las consecuencias de esa violencia” (Obsta-8)

Generar confianza en la mujer

“[...] infundir la confianza necesaria como para que ella me diga, que sí o que se abra, ¿no?, a una persona extraña es más difícil” (Obsta-2)

Memo sobre las emociones expresadas:

Expresa con mucha seguridad y dureza, la importancia de generar confianza a la mujer durante los contactos que se tiene, al encontrar que cuando no se da esa empatía la mujer no tendrá la confianza para expresar sus vivencias.

“[...] creamos un clima de confianza para que ella pueda contarte algunas cosas” (Obsta-8)

“[...] como profesionales de salud debemos ganar la confianza del paciente para abordar mejor el problema” (Obsta-9)

“[...] es necesario que le demos confianza a la mujer para que nos cuente más sobre ella y lo que ocurre en su casa” (Obsta-10)

Discursos referidos a las condiciones causales de la violencia contra la mujer

Las condiciones causales consisten en eventos, hechos o acontecimientos que influyen el fenómeno, estando asociadas a su ocurrencia o desarrollo (Charmaz, 2009). En el estudio, las condiciones causales se reflejan en dos categorías: la permisión de la violencia contra la mujer basada en lo social y la permisión de la violencia contra la mujer basada en lo personal, esto se muestra en la tabla 3 y 4.

Tabla 3. Permisión de la violencia contra la mujer basada en lo social

Subcategorías	Códigos
<u>Machismo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que el machismo se inicia desde el ámbito familiar. • Percibiendo que el machismo convierte al maltrato en algo normal. • Considerando que las mujeres sienten que los hombres tienen el derecho a maltratarlas.
<u>Dependencia económica</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando a la dependencia económica como causante del continuar en la violencia. • Percibiendo miedo en las mujeres por no poder afrontar la economía solas.

Fuente: Elaboración propia

a) *Permisión de la violencia contra la mujer basada en lo social.*

Los Obstetras tienen discursos que asocian la ocurrencia de la violencia a la mujer en aspectos sociales como el machismo dentro de una cultura mantenida por generaciones, incluso sostenida por la misma mujer como parte de la crianza de los hijos.

Por otro lado, la dependencia económica de las mujeres, hecho que no les permite salir del círculo de la violencia.

El interaccionismo simbólico reconoce las diferencias sociales entre los sexos, pero no lo ve como un problema derivado de la desigualdad de poder y recursos, sino como el resultado de las diferencias en el proceso de socialización (Blumer, 2009).

La categoría se divide en las siguientes subcategorías:

Machismo

El machismo es considerado como uno de las causas para que se desencadenen los actos de violencia contra la mujer, siendo esta formación recibida desde el entorno familiar donde se asumen roles diferentes según género, ello termina por dar al hombre la posibilidad de ejercer poder sobre la mujer.

“[...] se inicia desde el ámbito familiar, muchas veces nuestra sociedad machista, pues se está acostumbrado a que el varón sea full calle y la mujer esté en casa” (Obsta-1)

Memo sobre las emociones expresadas:

Expresa indignación por cómo se da la educación, con desigualdad de género, sobre todo, por que recuerda lo que ella vivió en casa y tomaba como algo normal.

“[...] los hombres crecen con esa idea, ¿no? De que ellos son todo poderosos y que la mujer está para atenderlos, para obedecer” (Obsta-4)

Memo sobre las emociones expresadas:

Tiene expresiones de rabia e indignación por cómo se han establecido los roles de género, recuerda lo que vivió su madre y ella misma.

“[...] algunos varones dicen, pues, pero hay algunas mujeres que sí se merecen que se les resondre o se merecen recibir el maltrato, ¿porqué?, porque dicen ellos que les vieron conversando o andando con sus amigos, esa forma machista de pensar” (Obsta-6)

“[...] mayormente es el machismo, porque piensan que el varón tiene el derecho de maltratarlas y ellas lo ven como algo normal” (Obsta-9)

Dependencia económica

En el simbolismo se ve que las Obstetras consideran que las mujeres no pueden salir del círculo de la violencia por cuanto temen que al dejar a

su pareja no puedan automantenerse, debido a que muchas son amas de casa y dependen económicamente del hombre.

“[...] primero el ejemplo del patrón que ellos ven, y ellos ya lo van ver casi normal, y dos el hecho de una dependencia económica” (Obsta-4)

“[...] las señoras, no quieren denunciar; más es por lo económico, porque ellas piensan que, por la economía, ¿no? Dicen ¡huy! Cuánto me voy a gastar o cuando mi pareja no me dé, con qué voy a mantener a mis hijos, ¿no?” (Obsta-7)

“[...] pienso que generalmente son aquellas mujeres que dependen económicamente del varón” (Obsta-8)

“[...] las mujeres sienten que si dejan al marido no podrán sobrevivir, porque dependen de ellos” (Obsta-10)

Tabla 4. Permisi3n de la violencia contra la mujer basada en lo personal

Subcategorías	C3digos
<u>Nivel educativo</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando al bajo nivel de instrucci3n como factor predisponente para la violencia en el entorno familiar. • Percibiendo en las mujeres de nivel educativo superior vergüenza por miedo al qu3 dirán.
<u>Baja autoestima</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Percibiendo sentimientos de merecimiento del maltrato. • Percibiendo sentimiento de culpabilidad y vergüenza producto de la baja autoestima.
<u>Antecedentes de violencia familiar</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Percibiendo la violencia como un patr3n aprendido en el entorno familiar. • Percibiendo al maltrato en la niñez como factor generador de violencia posterior. • Considerando que la violencia nace en el seno familiar y se convierte en un círculo vicioso.

Fuente: Elaboraci3n propia

b) Permisi3n de la violencia contra la mujer basada en lo personal.

La violencia contra la mujer basada en aspectos personales como el nivel educativo, hecho que dentro de los discursos se asume como un factor que impide a las mujeres salir del círculo de la violencia, aunque se

reconoce que mujeres profesionales también pueden sufrir violencia y la vergüenza puede ser aún mayor por el temor a su entorno social, lo que las mantiene en la situación de subordinación. Por otro lado, la baja autoestima como principal factor para la aceptación del maltrato creando en ellas culpa e impresión de merecerlo. Así mismo, el antecedente de violencia familiar fue otro de los puntos que afloraron y se asume como trascendente en la replicación de la violencia.

La categoría se divide en las siguientes subcategorías:

Nivel educativo

Las Obstetras perciben que las mujeres que tiene un bajo nivel educativo mantienen relaciones de violencia, aunque también se manifiesta que, las mujeres donde el nivel educativo es alto también pueden padecer violencia y no sale de ello por vergüenza al qué dirán. Aquí, el simbolismo adoptado por las Obstetras respecto a una mujer violentada esta dado por tener a mujeres con bajo nivel educativo.

“[...] el grado de instrucción y hay que ver el entorno familiar”

(Obsta-3)

“[...] cuando son profesionales la vergüenza es mayor, que van a decir no”

(Obsta-4)

“[...] aquellas con un menor grado de instrucción, las analfabetas, la de educación secundaria, primaria, lo que no implica que haya mujeres con educación superior que también sufran maltrato [...] tienen vergüenza de que, en algún momento, no sé, uno se entere y que la mire con compasión o quiera delatar al esposo”

(Obsta-8)

“[...] es por la educación que tienen porque la mayoría solo tienen primaria, incluso hay algunas analfabetas”

(Obsta-9)

Baja autoestima

Las Obstetras perciben que las mujeres que tienen una baja autoestima están más expuestas a mantener relaciones de violencia por cuanto creen

merecer lo que les pasa y se muestran inseguras. Este hecho está relacionado con el concepto simbólico de que las personas no nacen con un sentido de sí mismas, sino que desarrollan sus autoconceptos a través de la interacción social, de ahí la importancia de las familias en el desarrollo de la identidad y del autoconcepto (Blumer, 2009).

“[...] vemos y observamos que estas mujeres, están con la autoestima muy baja, se muestran inseguras y creen merecerlo” (Obsta-5)

“[...] de ahí creo parte todo, la autoestima que tiene cada persona, para poder liberarse de esa presión, que permite ser maltratada” (Obsta-4)

“[...] la violencia depende mayormente de la autoestima de la mujer, como se ven ellas” (Obsta-9)

“[...] las mujeres se sienten culpables y tienen vergüenza, esto se debe a su baja autoestima y sentirse culpable de lo que pasa” (Obsta-10)

Antecedentes de violencia familiar

Los profesionales perciben que las mujeres u hombres aprenden en el entorno familiar los roles que cumplirán posteriormente sea este como agresores o víctimas de agresión, en tanto esto sea algo que se suscite en la familia. El aprendizaje de la violencia puede surgir mediante los mecanismos de modelado y mantenerse por refuerzos. Por esta razón, la violencia en la familia, en ocasiones, suele ser una respuesta aprendida para hacer frente a los sentimientos de frustración o afrontamiento ante situaciones de estrés desarrollados en su seno. El interaccionismo simbólico incorpora la idea moral de que todos los miembros de una familia deberían adoptar una visión idéntica de su situación colectiva, en este sentido se simboliza a la familia violenta como precursora de hijos violentos o víctimas.

“[...] la violencia depende del entorno familiar, porque si yo como mamá, le enseño a mi hija que aguanto los golpes y maltrato por parte de la pareja, pues ella va repetir el mismo patrón, ¿no?” (Obsta-3)

“[...] esas personas que son violentas, que son asesinos, que son delincuentes, ellos, en su niñez han sido violentados han sido maltratados y resultado de esa niñez es lo que ahora está aflorando [...] una situación económica estables” (Obsta-4)

“[...] la violencia viene de la familia, es un círculo vicioso, enseñan a los niños a ser violentos y esto continua” (Obsta-9)

Discursos referidos a las Estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer

Las estrategias consisten en interacciones o acciones realizadas, o a ser implementadas, percibidas como pertinentes y estratégicas para realizar o responder a un fenómeno (Charmaz, 2009). En este sentido, con la finalidad de cambiar el contexto antes descrito se proponen estrategias que resultó en la categoría: Aplicando estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer con las subcategorías de formación profesional especializada, educación preventiva, sistema interinstitucional articulado y seguimiento de casos, los que se describen en la tabla 5.

Tabla 5. Aplicando estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer

Subcategorías	Códigos
Formación profesional especializada	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando que la falta de capacitación no permite un buen manejo en el tema. • Considerando que la capacitación permitiría abordar mejor los casos de violencia.
Educación preventiva	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando a las ferias informativas como un medio para llegar a la población más vulnerable. • Considerando que las charlas con ayudas audiovisuales ayudan en la prevención.
Sistema interinstitucional articulado	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando al trabajo en conjunto, importante para el abordaje. • Percibiendo que no hay una relación de directa entre las instituciones.
Seguimiento de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo importante su participación en el seguimiento de casos. • Considerando necesaria las visitas domiciliarias para ganarse la confianza de las mujeres.

Fuente: Elaboración propia

Las subcategorías de la estrategia son:

Formación profesional especializada

Respecto a las prácticas deseadas por los Obstetras para mejorar el abordaje de la violencia, está la formación especializada en el tema que permita al profesional tomar las acciones adecuadas desde la prevención, detección, derivación hasta el seguimiento de los casos, aun cuando consideran que la capacitación es muy escasa, aseguran que son las que más detectan el problema a diferencia del personal médico, ello por las características de las actividades que ejecutan dentro de su competencia.

“[...] si ese profesional no está capacitado, no va hacer el manejo que se debería con esa mujer, entonces, se pide que nos capaciten en el tema de violencia contra la mujer” (Obsta-5)

“[...] me gustaría que nosotros como Obstetras pudiéramos ser capacitadas en como poder detectar estos casos; como estamos viendo, hay muchas deficiencias en cuanto al abordaje y también las coordinaciones que debemos de hacer para saber a dónde derivar a la paciente fuera de nuestra institución” (Obsta-8)

Educación preventiva

Los Obstetras perciben que el trabajo preventivo debe hacerse desde el nivel educativo primario para que las mujeres eviten el maltrato de cualquier tipo.

“[...] entonces yo pienso que nuestras ferias informativas, las sesiones que hacemos en colegios, en comedores, así ayuda poder, de repente llegar a la población más vulnerable y que nos ayuda también a nosotras a poder intervenir de manera adecuada” (Obsta-7)

“[...] dar pequeñas charlas con ayudas audiovisuales con mensajes que puedan ayudar a la paciente” (Obsta-9)

Sistema interinstitucional articulado

Las Obstetras consideran que tener un sistema articulado interinstitucional con instituciones especializadas como comisarías, poder judicial, centros de ayuda, centros de emergencia mujer (CEM), defensorías de la mujer, niño y adolescente (DEMUNA), entre otros, es primordial para abordar de manera coordinada la detección y llegar hasta la denuncia de los casos de violencia.

“[...] creo que es un trabajo en conjunto, no solamente el personal de salud también el sector educación, los gobiernos regionales, la comisaría, la fiscalía”
(Obsta-6)

“[...] no hay un trabajo en conjunto entre nosotros y otras instituciones, solo le recomendamos a la paciente ir a la comisaria o al CEM, pero no hay una relación de directa con ellos”
(Obsta-9)

Seguimiento de casos

Se concibe necesario el seguimiento de los casos por cuanto se debe asegurar la integridad de la mujer.

“[...] debo derivarlo al psicólogo que es el especialista, pero deberíamos de seguirlo nosotros también, hacerle seguimiento, ir viendo si la relación ha mejorado”
(Obsta-8)

“[...] es necesario hacer visitas domiciliarias porque vemos cómo viven, actúan, que hacen, ahí nos cuentan todo, nos tienen más confianza”
(Obsta-9)

Discursos referidos a los Aspectos Intervinientes en la atención de los casos de violencia

Son considerados aspectos intervinientes, eventos, situaciones o acontecimientos que alteran el impacto de los factores causales del fenómeno, de forma a facilitar, dificultar o restringir las estrategias de acción/interacción en un contexto específico (Charmaz, 2009). En el estudio, los aspectos intervinientes se reflejan en dos categorías: dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia y dificultades basadas en lo profesional o institucional, lo que se muestra en la tabla 6 y 7.

Tabla 6. Dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia

Subcategorías	Códigos
Sentimientos encontrados por experiencia como víctima	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo que la violencia era algo normal. • Sintiendo que hay necesidad de diferenciar lo personal con lo profesional. • Considerando que la violencia es culpa de la mujer por como cría a sus hijos. • Sintiendo que el maltrato infantil influye en la formación del maltratador. • Considerando que se puede ser indiferente frente a la violencia, para no recordar sus experiencias.
Sentimientos encontrados por sentirse limitadas en la ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo impotencia, porque a veces no puede hacer más que orientarla. • Sintiendo impotencia porque encontrarse en una sociedad que no apoya a las mujeres. • Teniendo sentimientos de impotencia y frustración, porque sienten que las mismas mujeres no se dejan ayudar. • Sintiéndose impotente por no conocer como derivar los casos adecuadamente.
Miedo a represalias del agresor	<ul style="list-style-type: none"> • Teme ser amenazada por inmiscuirse más en el tema. • Desea no involucrarse para evitarse problemas judiciales. • Temor a intervenir mucho más; por estar frente a una persona violentas o que pertenezca a una banda de delincuentes. • Temor a ser amenazada o sufrir daño.

Fuente: Elaboración propia

a) Dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia

Las dilemas que experimentan los Obstetras en la detección de la violencia referida al aspecto personal es atribuida a las propias experiencias como víctimas de violencia familiar, hecho que puede crear dos reacciones por un lado una relación empática con la paciente víctima o, lo opuesto, el no querer inmiscuirse en el hecho; lo vivido y asumido por las profesionales se muestra como una categoría de importancia que

se manifiesta en la relación que asumen en la consulta con las usuarias, presentando en algunos casos resentimiento y odio al revivir episodios de su vida en las cuales también fueron víctimas de violencia.

Así mismo, tenemos a los profesionales que no refieren haber tenido experiencias de violencia, pero expresan tener otros dilemas en la atención, por un lado, manifiestan empatía con los casos abordados en la consulta, ellos confieren sentimientos de protección a la mujer, y por otro lado impotencia y frustración por saberse limitadas en la ayuda que se les brinda.

Las entrevistadas expresaron su miedo a las represalias por parte del agresor, manifestando las amenazas sufridas en la atención de los casos de violencia, lo que se manifiesta como una limitante para el seguimiento de los casos.

La categoría se divide en las siguientes subcategorías:

Sentimientos encontrados por experiencia como víctima

Los Obstetras manifestaron que el haber sido víctima de violencia ocasiona sentimientos de empatía por querer tomar medidas para salvaguardar a la víctima o de indiferencia por no querer revivir lo vivido.

“[...] sí he pasado por eso, en forma más clara, porque a veces yo pensaba que era normal, y eso que también soy profesional, pero nunca me inmiscuí mucho en ese rubro y pensaba que era normal hasta que alguien me dijo, eso no está bien” (Obsta-1)

Memo sobre las emociones expresadas:

En el transcurso de la entrevista manifestó haber sufrido violencia por parte de su pareja, por lo que durante el desarrollo de la misma al recordar los momentos vividos pasaba por expresiones de tristeza, al rememorar los momentos en que sufrió violencia psicológica y física, y por otro lado, risas de corta duración cuando manifestaba que estaba

esperando que le pagaran la reparación económica e inmediatamente aclarando con un tono serio que eso no le pagaría el daño que le causó todo lo que vivió. Es de notar los cambios emocionales que manifiesta, por lo que se consideró preguntarle sobre sus consultas al psicológico, a lo cual respondió que se encontraba en ese proceso.

“[...] no hacerlo muy personal, ¿no? ¿Tenemos que diferenciar lo personal con lo profesional, hasta dónde podemos llegar? Y hasta donde no”

(Obsta-2)

“[...] cuando era niña veía el maltrato hacia mi mamá, [...] la violencia que hay contra la mujer es culpa de la mujer por como cría a sus hijos [...] influye bastante la crianza del hombre para que repercuta si va ser un maltratador”

(Obsta-4)

Memo sobre las emociones expresadas:

Durante la entrevista se dieron expresiones de tristeza y llanto al recordar la violencia que vivió su madre, así como la que ella vivió con su ex conyugue del cual se divorció. La entrevista tuvo que interrumpirse en algunos momentos, para ser retomada posteriormente.

“[...] la indiferencia frente a la violencia, me imagino yo, es porque algunas de ellas han pasado quizás por esa etapa de violencia y para que no sigan recordando simplemente lo dejan pasar y continúan con sus labores”

(Obsta-6)

Sentimientos encontrados por sentirse limitadas en la ayuda

Se concibe que a pesar de tener el deseo de ayudar se sienten limitadas en su trabajo por no poder hacer algo más en cuanto a sacar a la víctima de ese entorno.

“[...] bueno, impotencia, porque a veces uno no puede hacer más que orientarla” (Obsta-1)

Memo sobre las emociones expresadas:

Expresa tristeza por sentir que podría hacer más por las mujeres que acceden al servicio, pero que a la vez siente que ella misma debe continuar con su lucha personal para mejorar las huellas que le dejó la violencia.

“[...] sentimiento de impotencia porque imagínese, uno puede, quiere dar más, ayudarlas a ellas, pero si nos encontramos en una sociedad que no nos está apoyando” (Obsta-3)

“[...] son tantas cosas, pero sí ha habido un sentimiento de odio de rencor no? Mucho rencor, yo si reconozco que me ha afectado” (Obsta-4)

Memo sobre las emociones expresadas:

Se expresa con indignación por lo que le sucedió, reflexiva por sentirse afectada por los hechos de violencia que vivió.

“[...] hay sentimientos de impotencia, de repente de no saber cómo ayudarla, porque muchas veces, lamentablemente, las mismas mujeres no se dejan ayudar, ¿no? Entonces, eso es frustrante” (Obsta-5)

“[...] bueno, a veces me siento un poco impotente de no poder ayudarles, porque todavía como digo, nos falta saber dónde derivarlo, como hacer esa ayuda hacia nuestras pacientes” (Obsta-6)

Miedo a represalias del agresor

El miedo a que el agresor pueda atentar contra el profesional es una de las manifestaciones de los Obstetras, por lo que prefieren inhibirse en el tema.

“[...] donde la mayoría de las familias de nuestras pacientes son vándalos, ¿dices algo y ya te amenazan, inmiscuirse más en el tema es ganarse más el problema, si es que la paciente no quiere colaborar, peor [...] por el temor mismo nos acompaña, en nuestra visita por ejemplo el serenazgo, la policía ¡nunca!, porque ellos no se inmiscuyen en el tema, muchas veces nosotras solas nos estamos arriesgando, sin ningún beneficio, si algo nos sucediera nadie se hace cargo de nosotras ¿Quién nos protege a nosotros? ¡Nadie!” (Obsta-3)

Memo sobre las emociones expresadas:

Expresa indignación y rabia por sentirse desprotegida por las autoridades locales cuando tienen que hacer el seguimiento de la mujer, debido a que según manifiesta, están en una zona de alto riesgo por el nivel de delincuencia que hay en esa localidad.

“[...] quizás tienen miedo, ¿no? A involucrarse un poco más, [...] nos contaban casos de algunas colegas, un poco más antiguas, que han tenido estos problemas, o sea, de que han sido citadas, que han estado como testigos ante un juicio y quieren evitarse ese problema” (Obsta-6)

“[...] porque quisieras intervenir mucho más; pero también te arriesgas a esa persona violenta, que puede pertenecer a un grupo de delincuentes” (Obsta-7)

“[...] sentí miedo cuando hace tiempo una colega fue amenazada por ayudar a una mujer, estas personas pueden realmente hacernos daño” (Obsta-10)

Memo sobre las emociones expresadas:

Manifiesta miedo al recordar lo que le paso a una colega, cuando fue amenazada por el esposo de una usuaria, por haberle recomendado hacer la denuncia correspondiente, lo que la llevó a tener que pedir ayuda por el temor a que le hiciera daño. Expresa su deseo de no tener que vivir eso.

Tabla 7. Dificultades basadas en lo profesional o institucional

Subcategorías	Códigos
Inadecuada formación en el tema	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo no saber cómo actuar, por la falta de capacitación. • Manifestando la poca capacitación al personal. • Manifestando capacitaciones más específicas sobre el tema. • Sintiendo que la falta de capacitación es necesaria para saber cómo abordar el tema.
Tiempo limitado	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo que hay poco tiempo para avocarse a un solo caso. • Sintiendo que hay poco tiempo para poder detectarlo los casos. • Percibiendo que el tiempo es muy corto para poder indagar en los casos.
Falta de personal	<ul style="list-style-type: none"> • Sintiendo que hay falta de personal para atender los casos. • Considerando que se necesita incrementar los recursos humanos. • Considerando que la necesidad de un mayor número de profesionales para realizar las visitas adecuadas y el seguimiento, ya que ello implica un mayor tiempo.
Problemas en el tamizaje	<ul style="list-style-type: none"> • Percibiendo que la ficha de tamizaje es muy directa. • Considerando que para aplicar la ficha de tamizaje debe ser abordar la pregunta de manera indirecta para detectar los casos.

Fuente: Elaboración propia

b) Dificultades basadas en lo profesional o institucional

En las dificultades que tienen los Obstetras están las que implican razones institucionales como la falta de capacitación la misma que es infrecuente y poco específica en el tema por lo que a veces manifiestan no saber cómo abordarlo. A esto se suma, el poco tiempo en la consulta que conlleva a la aplicación de la ficha de tamizaje, con poca posibilidad de detección porque no permiten establecer una relación de confianza necesaria para que la usuaria manifieste abiertamente el maltrato, aunado a ello las preguntas son directas. Por otro lado, el escaso personal no permite realizar mayores actividades de prevención y seguimiento de casos.

La categoría se divide en las siguientes subcategorías:

Inadecuada formación en el tema

Los obstetras mencionan la necesidad de recibir capacitaciones más específicas en el tema y no solo una charla corta que puede ser insuficiente para abordar el tema adecuadamente.

“[...] tenemos que saber cómo actuar, nos faltan más capacitaciones”
(Obsta-2)

“[...] tengo casi siete años trabajando, nos han dado dos o tres veces capacitación en lo que es violencia”
(Obsta-7)

“[...] hemos recibido capacitación hace muchísimos años, quizás quince años, fue una capacitación sobre el tema específico de violencia, pero como tratarla específicamente, no [...] creo que es importante que el personal de Obstetricia esté capacitado en este tema”
(Obsta-8)

“[...] creo que nos falta una mayor capacitación en el tema para saber cómo abordar el tema”
(Obsta-10)

Memo sobre las emociones expresadas:

En general, las participantes expresan con mucha preocupación la falta de capacitación o especialización en violencia contra la mujer para atender con mejores bases a las usuarias.

Tiempo limitado

Las Obstetras mencionan que el tiempo que se brinda para la atención de una usuaria puede llegar a ser insuficiente, por lo que se limita la posibilidad de indagar más sobre el problema, si es que hay sospechas de violencia, en tanto deben realizar varias actividades, más aún cuando se trata de una gestante en la primera consulta.

“[...] nuestra población es tan grande y hay tantas situaciones que no nos podemos abocar de lleno a un solo caso, ¿no?, tenemos muchas situaciones, que no tenemos mucho tiempo para dar, para ver a la persona, al ser humano”
(Obsta-2)

“[...] el tiempo no nos alcanza, entonces se debería citar a la paciente otro día, porque en una primera consulta detectarlo es difícil, más aún si es gestante”
(Obsta-9)

“[...] con todas las actividades que se nos piden realizar, el tiempo que tenemos en la consulta es muy corto por lo que limita el poder indagar más” (Obsta-10)

Falta de personal

Se manifiesta la necesidad de tener más recursos humanos para atender los casos de mujeres violentadas, contando no solo con la participación de los Obstetras sino también de psicólogos y asistentes sociales, quienes refieren forman parte del equipo que debía participar en los casos.

“[...] que haya más personal porque lamentablemente con todo lo que nosotros hacemos en los servicios, no nos abastecemos en cuanto al tiempo para poder atender a esas mujeres que nos necesitan, uno de nuestros grandes problemas es que no contamos con el personal quizás adecuado” (Obsta-4)

“[...] tenemos una sola asistente social para toda la micro red, una sola psicóloga para toda la micro red, no hay abastecimiento, entonces, lo primero, yo creo que, sería incrementar los recursos humanos, con más recursos humanos buscar estrategias para poder ayudar a estas mujeres” (Obsta-5)

“[...] la violencia basada en género implica que tome un tiempo determinado o que si hay una sospecha, porque la paciente lo niega, hacerle las visitas adecuadas y el seguimiento, eso implica un mayor tiempo, un mayor número de profesionales” (Obsta-8)

Problemas en el tamizaje

Se cuestiona la forma en que está hecha la ficha de tamizaje, consideran que es directa por lo que debería abordar otras preguntas adicionales para complementar su abordaje en la consulta.

“[...] la ficha de tamizaje es muy directa debería ser más sutil y tener mayor contenido, preguntar otros datos” (Obsta-8)

“[...] al hacer la ficha de tamizaje hay que hacer un abordaje indirecto ya que tal como está todas te contestan que no pasa nada” (Obsta-9)

Memo sobre el tamizaje:

Se cuestiona la forma como está diseñada la ficha de tamizaje, denominándola como muy directa para el abordaje, y con el tiempo que tiene para la consulta consideran que la posibilidad de respuestas negativas son bastante altas.

Discursos referidos a las Consecuencias de la aplicación de las estrategias

Las consecuencias están referidas a los resultados de la aplicación de las estrategias (Charmaz, 2009). En el estudio, la consecuencia tiene como categoría a: Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada, la que se divide en las subcategorías, percibiendo la importancia de su rol, percibiendo la importancia de su formación en el cumplimiento de sus funciones y considerando la importancia de un abordaje multidisciplinario, lo que se puede ver en la tabla 8.

Tabla 8. Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada

Subcategorías	Códigos
Percibiendo la importancia de su rol	<ul style="list-style-type: none"> • Percibiendo importante su rol dentro de las actividades articuladas • Sintiendo importante en brindar confianza a la mujer. • Concibiendo la importancia de su rol en la detección y atención de casos.
Percibiendo la importancia de su formación en el cumplimiento de sus funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando la capacitación como ayuda para intervenir adecuadamente. • Concibiendo a la capacitación como un medio para detectar, abordarlos y derivarlos adecuadamente • Concibiendo las actividades preventivas promocionales como primordial para fortalecer las capacidades de las mujeres promoviendo su empoderamiento.
Considerando la importancia de un abordaje multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> • Considerando un trabajo multidisciplinario para la atención. • Percibiendo como importante el abordaje con otros profesionales.

Fuente: Elaboración propia

Percibiendo la importancia de su rol

Los Obstetras consideran su rol como una parte importante dentro de la atención, por cuanto por la relación que pueden mantener con la usuaria, perciben que les permite establecer una relación de confianza para poder detectar con mayor facilidad los casos, sin embargo, un trabajo articulado con otras instituciones sería necesario para poder derivar los casos y se termine con una denuncia efectiva.

“[...] un sistema articulado complementaría nuestro trabajo ya que permitiría que los casos no se queden en el consultorio, sino que lleguen a la denuncia” (Obsta-2)

“[...] el darles confianza nos ayuda a que la mujer cuente sus problemas y de esta manera poder orientarlas no?” (Obsta-4)

“[...] nuestro trabajo es importante para la detección de los casos y posteriormente en la atención” (Obsta-7)

Percibiendo la importancia de su formación en el cumplimiento de sus funciones

Las Obstetras perciben que la capacitación es trascendente para abordar con mejores bases a las mujeres violentadas, así como la intervención mediante actividades preventivas promocionales que permitan el empoderamiento de la mujer.

“[...] la capacitación nos ayudaría a llegar a la población más vulnerable y a poder intervenir de manera adecuada ¿no?, intervenir con todo el personal de salud” (Obsta-7)

“[...] al ser capacitadas podríamos detectar mejor estos casos, saber abordarlos y también dónde derivarlos” (Obsta-8)

“[...] las actividades preventivo promocionales son lo primordial como estrategia para fortalecer las capacidades de las mujeres promoviendo el empoderamiento de la mujer” (Obsta-10)

Memo sobre su formación:

Expresan deseo de ayuda, pero consideran que su formación no les permite hacer una buena detección de los casos.

Considerando la importancia de un abordaje multidisciplinario

El abordaje multidisciplinario se sabe necesario para atender a la mujer de manera integral desde varios enfoques.

“[...] los Obstetras trabajamos en la detección, pero es necesario juntar esfuerzos con otras áreas como psicología, asistencia social, medicina y otros para mejorar la atención de las mujeres” (Obsta-8)

“[...] para la atención de las mujeres es necesario trabajar con otros profesionales” (Obsta-10)

Memo sobre el trabajo multidisciplinario:

Las expresiones personales, por un lado se sentir importantes en la detección de la violencia contra la mujer, no las saca del contexto de que es necesario el trabajo con otros profesionales de la salud, si se quiere marcar una diferencia.

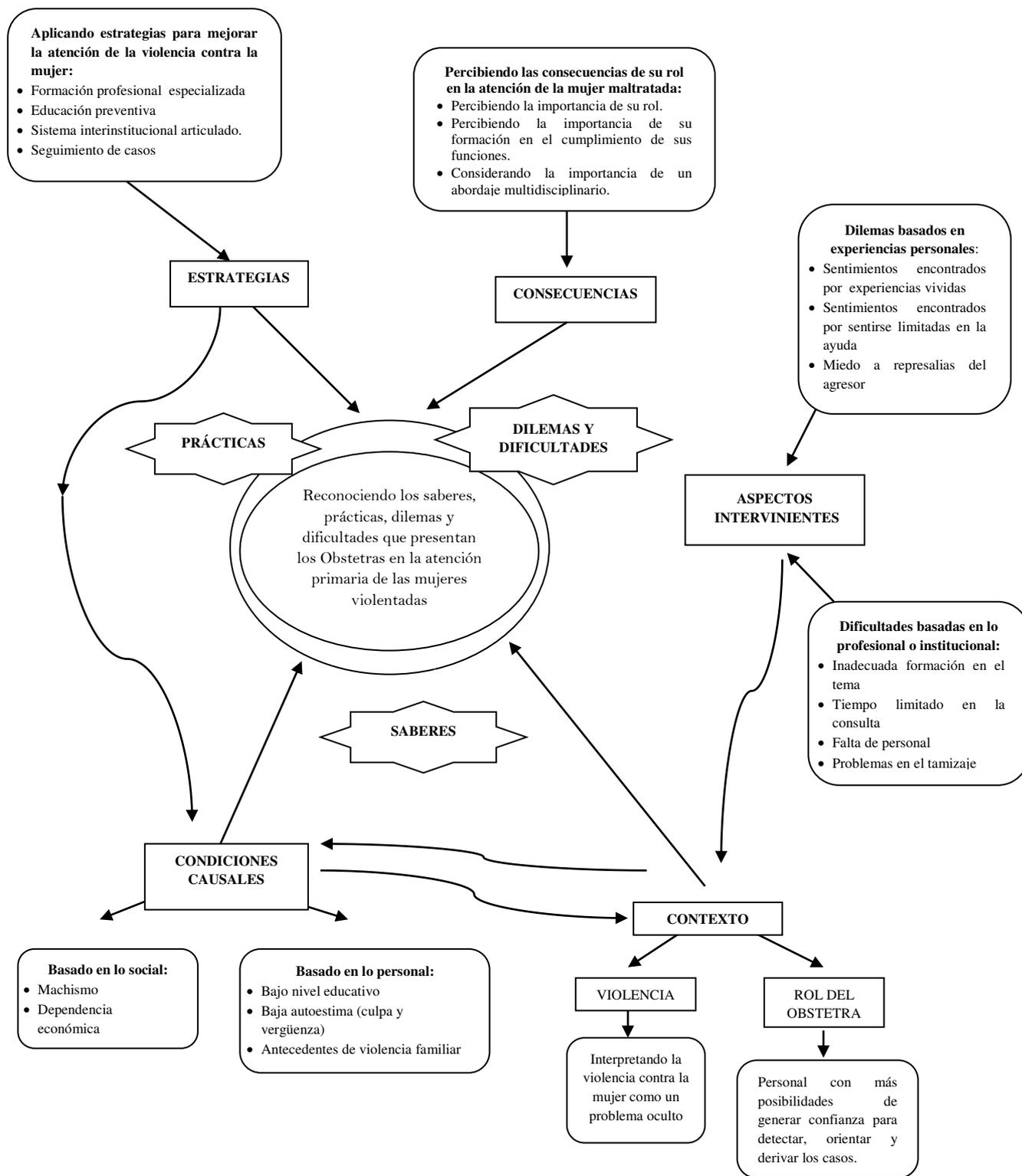


Figura 1. Modelo Teórico de la Teoría Sustantiva "Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas"

Fuente: Elaboración propia

4.3. Modelo Teórico

Al análisis de las entrevistas realizadas a las Obstetras, se realizó la construcción de las representaciones de los discursos que nos llevaron a plantear un modelo teórico con los significados construidos por ellos, en el desarrollo de su quehacer diario, como un actor dentro de lo que significa la identificación y atención de las mujeres violentadas que acuden a los servicios de atención primaria. En este sentido, la percepción del problema en sí presenta una construcción de significados muy particulares sobre al bordaje de la mujer violentada, dilemas que enfrenta en la atención como parte de las experiencias personales o dificultades basadas en lo profesional e institucional.

De acuerdo a los fenómenos descritos anteriormente, y después de integrarlos en categorías y subcategorías, se representaron en términos de contexto, condiciones causales, estrategias, aspectos intervinientes y consecuencias, así se buscó reunir las mismas en una categoría central donde convergieran todas las demás.

Para ello, se abstrajeron todos los significados para encontrar el fenómeno o categoría central del estudio: “Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas”. Se considera este fenómeno como central por cuanto las categorías convergen y parten de él, así se muestra el proceso de identificación del fenómeno a través del contexto, condiciones causales, aspectos intervinientes, las estrategias y las consecuencias.

El Contexto del fenómeno

El contexto relacionado a la categoría central: “Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas”, tiene como categoría a la violencia **contra la mujer como problema oculto y el rol del Obstetra en su detección**. En este sentido, la primera subcategorías: **Interpretando la violencia contra la mujer como un problema oculto**, nos da cuenta de

cómo perciben los Obstetras la violencia contra la mujer, describiéndola como un problema aún oculto en la sociedad a pesar de que los casos se han incrementado en el tiempo, debido a que los mismo actos son callados por las mujeres por miedo o vergüenza, dándose sin ninguna distinción en todos los estratos socioeconómicos; por otro lado la segunda subcategoría: **Interpretando el rol del Obstetra en la violencia contra la mujer**, nos muestra las prácticas de los Obstetras, principalmente en la detección y atención de la violencia, así consideran su labor dentro de ello como un punto crucial por cuanto pueden llegar a la paciente a través de un contacto cercano que genere confianza en la mujer violentada que permita que el tamizaje pueda realmente ser una herramienta importante, aún con las deficiencias que tiene su aplicación, así también la orientación brindada es considerada como un punto crucial para sensibilizar a la mujer a tomar la decisión de salir de este círculo y denunciar el caso, seguido de la derivación de los casos detectados para una atención integral.

Las condiciones causales de la violencia contra la mujer

Como se describió antes las condiciones causales son acontecimientos que influyen en la ocurrencia del fenómeno, obteniendo dos categorías:

Permición de la violencia contra la mujer basada en lo social y en lo personal.

En el **aspecto social**, los Obstetras manifiestan que una de las causales para el desarrollo de la violencia contra la mujer es la cultura machista transmitida por generaciones, incluso sostenida por la propia mujer, como parte de la crianza de los hijos, lo que se encuentra definido por las inequidades de género y las relaciones de poder manifestados; por otro lado, otra causa importante a considerarse fue la dependencia económica de las mujeres, hecho que no les permite tener la capacidad de disponer de dinero y decidir librarse de relaciones abusivas, en particular de situaciones de violencia.

En el **aspecto personal**, los Obstetras consideran que el nivel educativo es un factor que impide a las mujeres salir del círculo de la violencia, por cuanto es menos capaz de tomar decisiones, aunque reconocen que las mujeres con un

nivel educativo superior también pueden sufrir violencia y el callar la violencia se puede dar por vergüenza al qué dirán de su entorno social. Por otro lado, la baja autoestima se considera como uno de los factores principales para la aceptación del maltrato, en tanto tienen una incapacidad para autovalorarse, creando en ellas sentimientos de culpa y teniendo una impresión equivocada de merecer el maltrato. Así mismo, el antecedente de violencia familiar fue otro de los puntos que afloraron y se asume como trascendente en la replicación de la violencia, siendo una de las formas como se aprenden relaciones de subordinación en el entorno familiar.

Las Estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer

Teniendo en cuenta que las estrategias son propuestas para responder al fenómeno, se tomó la categoría: **Aplicando estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer**, con cuatro subcategorías como:

Formación profesional especializada, educación preventiva, sistema interinstitucional articulado y el seguimiento de casos.

Los Obstetras manifiestan que para mejorar el abordaje de la violencia, se debe tener una formación especializada en el tema que permita al profesional tomar las acciones adecuadas desde la prevención, detección, derivación hasta el seguimiento de los casos, aun cuando consideran que la capacitación es poco frecuente o casi nula, aseguran que son las que más detectan el problema a diferencia del personal médico, ello por las características de las actividades que ejecutan dentro de su campo de acción. Así también, proponen que el trabajo en el tema deba contar con un sistema interinstitucional articulado que convenga en realizar un trabajo preventivo desde los colegios hasta la detección y denuncia de los casos de violencia en coordinación con las instituciones especializadas como comisarías, poder judicial, centros de ayuda, como los centros de emergencia mujer (CEM), las defensorías de la mujer, niño y adolescente (DEMUNA), entre otros.

Aspectos Intervinientes en la atención de los casos de violencia

Como se sabe los aspectos intervinientes, pueden alterar el impacto de los factores causales del fenómeno, interviniendo en el resultado de las estrategias; en el estudio, se obtuvieron dos categorías que intervinieron negativamente o positivamente en el fenómeno, siendo estos los **dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia y las dificultades basadas en lo profesional o institucional.**

Respecto a la primera categoría, los Obstetras manifestaron que, en el proceso de detección de la violencia emergieron sentimientos encontrados atribuido a las experiencias individuales como víctimas de violencia familiar, hecho que creó dos reacciones, por un lado una relación empática con la paciente víctima o, lo opuesto, el no querer inmiscuirse en el hecho; de hecho esta subcategoría es de suma importancia por cuanto se manifiesta en cómo se asume la relación con la usuaria en la consulta, presentando en algunos casos resentimiento y odio al revivir episodios de su vida en las cuales también fueron víctimas de violencia. Así mismo, tenemos a otro grupo de profesionales que no refieren haber tenido experiencias de violencia, y expresaron tener otros dilemas en la atención, por un lado, manifestaron empatía con los casos abordados en la consulta, confiriendo sentimientos de protección a la mujer, y de otro lado impotencia y frustración por saberse limitadas en la ayuda que se les brinda.

Las entrevistadas expresaron miedo a las represalias por parte del agresor, manifestando haber sido víctimas de amenazas en la atención de los casos de violencia, lo que se manifestó como una limitante para el seguimiento de los casos, en tanto sienten que no tienen apoyo de las autoridades.

Respecto a la segunda categoría, los Obstetras manifiestan tener dificultades que implican cuestiones institucionales, como la falta de capacitación, la misma que consideran es infrecuente y poco específica en el tema, por lo que muchas veces manifiestan no saber cómo abordar el tema. A esto se suma, el poco tiempo en la consulta que conlleva a la aplicación de una ficha de tamizaje para la detección de los casos de violencia, pero que tiene pocas

posibilidades de detección por cuanto no permite establecer una relación de confianza necesaria para que la usuaria manifieste abiertamente el maltrato, aunado a ello que las preguntas son directas con lo que generalmente sostienen tener respuestas negativas. Por otro lado, el escaso personal con el que cuenta en el servicio no permite realizar mayores actividades de prevención y seguimiento de casos, ya que deben cubrir turnos en el área asistencial dentro del establecimiento.

Las Consecuencias de la aplicación de las estrategias

Las consecuencias son el resultado de la aplicación de las estrategias, que tiene como categoría a: **Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada**, la misma que tuvo tres subcategorías como: **percibiendo la importancia de su rol, percibiendo la importancia de su formación en el cumplimiento de sus funciones y considerando la importancia de un abordaje multidisciplinario.**

Los Obstetras perciben que la importancia de su rol en la atención de la mujer violentada, por lo que su formación es relevante si se quiere mejorar la detección y atención de los casos, lo que los haría sentirse más seguros en su accionar, permitiendo que los casos no se queden ocultos, sino que lleguen a la denuncia efectiva, pero además se considera importante el trabajo multidisciplinario para lograr una prevención y atención efectiva.

4.4. Discusión

La violencia contra la mujer es un hecho de ocurrencia a nivel mundial, no hay país que no tenga mujeres que estén sufriendo violencia en diferentes escenarios con una particularidad en cada país, no hay diferencia de raza, religión, estrato social, entre otros, todas son sometidas a un grado diferente de violencia, siendo esto reforzado por un sistema estructurado como una sociedad patriarcal, aún con los cambios producidos en el histórico mundial, todavía se mantienen diferencias marcadas entre hombres y mujeres. Un sistema del estado que aún no revierte esta situación, que no debe ser asumido sólo por una cartera ministerial, sino ser abordado por un sistema integrado

donde todos trabajen produciendo cambios a corto y largo plazo. El sistema de salud que, si bien ha trabajado en una normativa dedicada a proteger a la familia, no ha permitido brindar las herramientas necesarias a los profesionales de salud e invertir en ellos, para que asuman su rol como agentes de detección y prevención. En este marco, los Obstetras pueden convertirse en un agente de cambio importante a nivel de la atención primaria, siendo uno de los primeros contactos que tienen las mujeres en los servicios de salud en el primer nivel de atención.

Desde el punto de vista del interaccionismo simbólico, el significado de las cosas surge en la interacción entre las personas; es decir es un producto social, en este sentido la violencia contra la mujer se basa en diversas percepciones y significados, los que encuentran su base en las experiencias personales que son producto de la interacción con otros (Blumer, 2009).

Los discursos de cómo se concibe la violencia contra la mujer son importantes para la comprensión de la teoría sustantiva del fenómeno *“Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas”* del cual emergen las categorías del Modelo Paradigmático basado en el contexto, condiciones causales, estrategias, aspectos intervinientes y las consecuencias respecto a lo que acontece sobre el problema planteado.

En este sentido sobre el **Contexto**, la categoría y subcategorías tenemos:

La violencia contra la mujer como problema oculto y el rol del Obstetra en su detección, que expresa el significado de como interpretan los Obstetras la violencia contra la mujer y su rol en el quehacer de sus actividades cotidianas para la detección, a través del tamizaje durante la consulta, presentando dos subcategorías:

• ***Interpretando la violencia como un problema oculto***

La violencia es un producto originado por la construcción social y que ha sido traspasado por generaciones gracias a la interacción social y al uso de

significados y significantes que se les otorgan a dichos conocimientos (Blumer, 2009).

Las percepciones y conceptos formados por los Obstetras nos hacen ver algunos discursos que muestran el problema como un hecho grave que va en aumento, que se puede dar en cualquier lugar y estrato social, sin embargo, aún invisible por cuanto la posibilidad de detección va condicionada al asentimiento de la mujer respecto a su condición de víctima. Otros estudios de investigación nos muestran que los discursos de los profesionales de la salud no difieren en cuanto a la consideración que se tienen sobre la violencia doméstica concebido como un asunto importante a tratar pero con poca visibilidad (Gomes Bonfim, Marques Lopes, & Peretto, 2010; Pereira Gomes & Lorenzini Erdmann, 2014; Gonçalves Alves do, Peixoto Ribeiro, & Ramos de Souza, 2014), mientras otros investigadores sostienen que si bien es un problema importante, no es problema de salud (Coll Vinenta, Echeverría, Farràs, Rodríguez, & Millá, 2008).

Interpretando el rol del Obstetra en la violencia contra la mujer

El interaccionismo simbólico atribuye el comportamiento a factores tales como el status social, los preceptos culturales, las normas, valores, sanciones, exigencias del papel social desempeñado y requisitos del sistema (Blumer, 2009).

Las interpretaciones de los Obstetra, están centradas en ofrecer discursos valorativos sobre la importancia de su rol en la detección de la violencia contra la mujer, explicándolo por la relación continua con las usuarias que acuden a recibir atención a los establecimientos de salud. La persona, en tales circunstancias, acciona el "yo" en armonía con la adopción del papel de otros por el "mí" (Blumer, 2009).

Sus funciones específicas están asociadas al trabajo cotidiano con mujeres que acuden a una consulta por causas relacionadas a la salud sexual y reproductiva, ello las hace reconocerse como un agente importante para los procesos de detección de violencia contra la mujer, en tanto se encuentren sensibilizados sobre la importancia de su accionar y estén mejor capacitados.

En la detección de la violencia, el accionar de los Obstetras, se asegura, va en el cumplimiento de las actividades establecidas por las normas institucionales, así en el Perú, la Guía Técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género establece que los proveedores de salud deben registrar las atenciones realizadas en la Historia Clínica y en la Ficha de Tamizaje de la violencia (Ministerio de Salud, 2001). Esta ficha de tamizaje está vinculada a la etapa de detección de la violencia contra la mujer, mas no con relación al tratamiento que se le prestó a la víctima ni respecto de las acciones vinculadas a la referencia de ésta a otros servicios (Defensoría del Pueblo del Perú, 2012). En este contexto, los profesionales en Obstetricia expresan realizar el tamizaje a todas las mujeres en edad reproductiva en los consultorios de atención donde laboran, a pesar de que consideran tener limitantes en su aplicación, cumplen realizándolo en la primera consulta pese a consideran que la primera consulta no es el mejor momento para realizarla, por cuanto siente necesario generar confianza en la mujer para que pueda manifestar su situación de víctima.

Para los Obstetras la detección de la violencia es muchas veces indirecta, en el sentido de encontrarse con signos físicos de violencia en la mujer durante la atención del motivo de consulta que la llevó al establecimiento, es ahí donde indagan nuevamente y se encuentran los resultados positivos, pese a que en un tamizaje anterior negaron los hechos.

Según la Defensoría del Pueblo en su informe (2012), expone que los proveedores de salud realizan con mayor frecuencia las indagaciones relacionadas con aspectos generales de la atención, no necesariamente orientados a detectar los actos de violencia contra la mujer, aunque en un 83,3% respondieron que aplicaban la ficha de tamizaje.

La orientación y derivación de los casos es asumido por los Obstetras como parte del cumplimiento normativo, aunque no se sientan plenamente capacitados para cumplir con este aspecto de manera correcta.

Dentro del Modelo Paradigmático, sobre las **Condiciones Causales**, se tienen dos categorías principales basadas en lo social y personal.

Permisión de la Violencia contra la mujer basada en lo social

Los discursos que asocian los Obstetras a la ocurrencia de la violencia se conciben bajo dos premisas, aquellas asociadas al aspecto social y por otro lado el personal. Se asume que el machismo y la dependencia económica son los factores que principalmente intervienen en la ocurrencia de la violencia y permiten que las mujeres no salgan de ese círculo, se asumen como relaciones de poder y subordinación que se mantienen en el tiempo, culpando incluso a las propias mujeres de ser las formadoras de hombres agresores, empezando por una enseñanza que estereotipa el quehacer de hombres y mujeres en las actividades del hogar y en el comportamiento en general (Briones Vozmediano, Davó Blanes, García de la Hera, Goicolea, & Vives Cases, 2016). Corsi (1997) lo establece como el resultado de conductas aprendidas en el proceso de socialización de una sociedad patriarcal y sexista, y en el seno de familias con problemas de violencia. Además de considerar dentro de los factores que influyen en la violencia doméstica, al machismo, las malas condiciones económicas, también se hace mención al alcoholismo y experiencias anteriores de violencia en el entorno familiar, como lo manifiestan otros investigadores que sustentan esto (Tomaz Moreira, LÍlian Lira, Medeiros Melo, & George, 2008).

Permisión de la Violencia contra la mujer basada en lo personal

En los discursos, se asume que dentro de las condiciones relacionadas a aspectos personales está el nivel educativo de las mujeres, aunque también se tiene conciencia en que, aquellas que cursan con estudios superiores pueden ser víctimas tanto como las que no tienen ningún grado de instrucción.

Arredondo, Del Pliego, Nadal & Roy (2008) encontraron en su investigación que los profesionales asocian los malos tratos a mujeres que pertenecen a clases sociales bajas; un 72,8% cree que la violencia la sufren mujeres sin estudios, amas de casa o extranjeras.

Se considera al antecedente de violencia familiar, tanto de la víctima como del agresor, como otro factor que los lleva a asumir roles similares a los vividos y que pueden darse a lo largo de sus relaciones.

Un factor común de quienes han sufrido violencia en la infancia es la baja autoestima. De Lujan Piatti (2013), manifiesta que por efecto de la socialización de género, se manifiesta de modo distinto según el sexo; en las mujeres incrementa los sentimientos de culpabilidad e indefensión y en los varones activa mecanismos que los lleva a estructurar una imagen externa dura y de poder sobre la mujer y su familia:

En ese sentido, los Obstetras perciben a la baja autoestima de las mujeres como un factor importante en la relación de sumisión con su agresor, creando vergüenza y culpabilidad en las mujeres por asumirse responsable de situaciones que el agresor toma como excusa para usar la violencia, sea esta psicológica, física o sexual. El desarrollo de la autoestima requiere tanto de una atención médica o una educación adecuadas, como de un medio social y familiar sano y seguro (De Lujan Piatti, 2013; Orna Sánchez, 2013).

En un contexto global, los Obstetras asumen que el machismo, el nivel educativo, la autoestima, los antecedentes de violencia familiar y la dependencia económica son los principales factores intervinientes en la violencia contra la mujer, siendo muy similar a lo encontrado en otras investigaciones cuando se centran principalmente en comportamientos individuales e historias personales, encontrando discursos nulos sobre la desigualdad de género y la subordinación femenina.

Sobre los discursos que manifiestan los Obstetras en cuanto a las **Estrategias** que consideran necesarias para mejorar la detección y atención de mujeres violentadas, esta se categorizó en: Aplicando estrategias para mejorar la atención de la violencia contra la mujer, con las subcategorías:

Formación profesional especializada

Los Obstetras manifiestan desear tener una mejor formación profesional, especializada en cómo abordar, detectar y derivar los casos de violencia contra la mujer. En otros países se han hecho investigaciones sobre los planes de estudio de carreras como Medicina y Enfermería, como el realizado por Agrawal & Banerjee (2010) que encontraron que no se incluían los temas

adecuados, ni el desarrollo de habilidades prácticas o cursos para preparar a los futuros profesionales sobre violencia.

En el interaccionismo simbólico, Mead refiere que la educación es el proceso de hacerse persona, de incorporarse una serie de reacciones generales, así, el “yo” es la entidad que reacciona en una situación aprendida y cuando se da en el trabajo en equipo se producen situaciones de entusiasmo, de afirmación de la persona y de la comunidad a un tiempo (Blumer, 2009).

En un estudio realizado en España y Costa Rica (Gonçalves Alves do, Peixoto Ribeiro, & Ramos de Souza, 2014; Rojas Loría, Gutiérrez Rosado, Alvarado, & Fernández Sánchez, 2015), se sugiere que para una actitud favorable hacia la detección de la violencia de género en atención primaria, es necesario el uso de los recursos sociosanitarios y la adecuada formación actualizada y sensibilizadora hacia el problema, apoyada en una visión biopsicosocial de la salud, puede incrementar una actitud favorable para su abordaje. Varios estudios de investigación sugieren que la implementación eficaz de un sistema de detección de la violencia género requiere de una formación profesional adecuada y mayor sensibilización, para dominar las técnicas de la entrevista, detección, tratamiento y prevención (Arredondo Provecho, Del Pliego Pilo, Nadal Rubio, & Roy Rodriguez, 2008; Gracia & Lila, 2008; Tomaz Moreira, Lílían Lira, Medeiros Melo, & George, 2008; Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009; Gonçalves Alves do, Peixoto Ribeiro, & Ramos de Souza, 2014).

Educación preventiva

Los Obstetras expresan la necesidad de realizar un trabajo preventivo desde el nivel primario escolar que permita realizar cambios a futuro. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2014) propone que la priorización de programas de prevención de la violencia puede aumentar el nivel de concientización de la población que a su vez puede producir cambios sociales duraderos. El MINSA (2001) por su parte propone acciones de promoción y prevención desde la niñez, para lo cual se requiere una acción multisectorial e intersectorial con participación de la comunidad.

Sistema interinstitucional articulado

En general, convienen en manifestar la necesidad de un sistema articulado interinstitucional que permita realizar un trabajo desde el nivel primario y continuar con las instituciones especializadas cada una dentro las competencias de cada sector. Algunos autores en sus investigaciones mencionaron a la articulación intersectorial como una estrategia que viabiliza el proceso de enfrentamiento de la violencia conyugal de una manera efectiva (Pereira Gomes & Lorenzini Erdmann, 2014; Gonçalves Alves do, Peixoto Ribeiro, & Ramos de Souza, 2014). Así también, el MINSA (2001) lo propone como parte de las acciones preventivas.

Seguimiento de casos

El seguimiento de casos es manifestado como una necesidad prioritaria en la atención de los casos de violencia por cuanto se puede evidenciar el entorno en el que vive la mujer y sus posibilidades de seguir siendo agredida. Así otros investigaciones describen la necesidad, que surge del personal de salud, de realizar el seguimiento de casos y el apoyo en salud mental (Herrera & Agoff, 2006; Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2009; Cutipé, y otros, 2012; Boira, Carbajosa, & Marcuello, 2013).

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2001) a través de la norma y procedimientos para el tratamiento de la violencia familiar establece que se tiene que realizar seguimiento de casos mediante labores de consejería en el establecimiento de salud, así como visitas domiciliarias, en tanto este último no sea un riesgo para la integridad de la mujer y mientras se haya hecho la consulta previa, por cuanto el agresor puede tomar represalias contra ella y siendo este el caso se sugiere mantener contacto por otros medios.

Por otro lado, en cuanto a los **Aspectos Intervinientes** que influyen en la atención de las víctimas de violencia, los Obstetras manifiestan tener dilemas basados en la experiencia personal de violencia y dificultades relacionados a lo profesional o institucional. En este sentido tenemos a dos categorías:

Dilemas del profesional basado en experiencias personales de violencia

El interaccionismo simbólico nos dice, que “mediante el mecanismo de la interacción consigo mismo, el ser humano deja de ser un organismo que responde y cuya conducta es producto de lo que influye sobre él desde fuera, desde dentro o desde ambas partes; le exige hacerle frente y manipularlo mediante un proceso definitivo, en lugar de limitarse a responder, y le obliga no sólo a llevar a cabo su acción, sino a elaborarla” (Blumer, 2009). En este sentido, el ser humano deja de ser sólo un “yo” y posee un “sí mismo” que le permite actuar frente a los acontecimientos, aunque no necesariamente las líneas de conducta que adopta sean las correctas, hecho a tomar en cuenta para entender los simbolismos obtenidos en los discursos.

Las experiencias vividas como víctima de agresión resultan en conflictos para la atención de la mujer, en tanto se identifican con la víctima y tienen una mayor empatía y sentido de ayuda, como también pasan a ser indiferentes a los hechos, por no sentirse capaces de poder aconsejar a otras mujeres, sobre cómo salir del círculo de violencia o por los sentimientos de odio y resentimiento que pueden revivir sobrellevada por un reflejo de sí mismas ante el hecho.

En el caso de las mujeres prestadoras de servicios de salud víctimas de violencia pueden llegar a tener sentimientos tales como vergüenza de hablar del tema con sus pacientes, y la renuncia a inmiscuirse en un asunto que consideran doloroso, pero por sobre todo privado como lo menciona Herrera, Rajsbaum, Agoff, & Franco (2006), en su investigación.

Las que niegan haber experimentado hechos de violencia manifiestan otra disyuntiva relacionada a los sentimientos de protección, de involucrarse en el problema para sacar a la mujer de ese círculo y por otro lado, la de frustración de saberse no poder hacer más, al saberse limitada en la atención.

En el caso específico, los profesionales de Obstetricia en casi su totalidad tienden a ser de sexo femenino, por lo que siendo mujeres tienden a establecer mejores relaciones afectadas con su necesidad de hacer justicia. Herrera y Agoff (2006) encontraron en su investigación, que las prestadoras

de salud de sexo femenino expresaron compasión e identificación con las mujeres víctimas, con base en valores y normas morales tradicionales. Así también en un estudio realizado en estudiantes de salud, las mujeres encuestadas tenían una percepción más deseable respecto a la violencia contra las mujeres en comparación con los estudiantes varones (Agrawal & Banerjee, 2010).

Rodríguez y col. (2011) en su estudio encontraron que el 33,0% de las enfermeras entrevistadas en el estudio sufrió maltrato, predominando las manifestaciones referidas al aspecto psicológico (75,1%), aunque se dieron también otras formas de maltrato. Lo que también fue encontrado por otros estudios respecto a la exposición a la violencia de las mismas proveedoras de salud (Herrera & Agoff, 2006; Herrera, Rajsbaum, Agoff, & Franco, 2006).

El otro dilema que enfrentan los Obstetras es el miedo a las represalias que manifiestan tener, debido a las amenazas recibidas cuando se han tenido casos de violencia, en este sentido se sienten desprotegidas sobre todo cuando requieren hacer las visitas domiciliarias propias de la labor en la atención primaria.

De Lujan Piatti (2013) manifiesta que al haber problemas de seguridad, los profesionales tiene miedo y se sienten inseguros ante las consecuencias legales en las experiencias personales frente a la violencia doméstica.

Dificultades basadas en lo profesional o institucional

Las dificultades están relacionadas a la falta de capacitación que sienten que es muy escasa o caso nula, o muy pobre en el contenido, lo que sienten no les permite realizar un mejor accionar en los casos de violencia, consideran que siendo un profesional con un mayor contacto con las mujeres deben ser mejor capacitados.

En general, los profesionales de la salud sienten que es un problema su falta de capacitación para poder afrontar la atención, detección y derivación de los casos, como lo demuestran algunos estudios en los que manifiestan que la capacitación se da muy esporádicamente (Cutipé, y otros, 2012; Coll Vinenta,

Echeverría, Farràs, Rodríguez, & Millá, 2008). Por ello, se sostiene que la formación en competencias culturales de los/las profesionales, contribuirían a proporcionar una atención culturalmente sensible (Tomaz Moreira, Lílían Lira, Medeiros Melo, & George, 2008; Briones Vozmediano, Davó Blanes, García de la Hera, Goicolea, & Vives Cases, 2016).

Los Obstetras también manifiestan, que se debería contar con un mayor número de colegas para que no se vean limitados por las múltiples actividades a ser desarrolladas en el nivel primario, ya que se asume que el poco tiempo que se tiene en la consulta hace que el tamizaje que se realiza pueda tener menos posibilidades de efectividad para la detección, por lo directa de las preguntas que se hacen en el tamizaje y que se realizan en algunos casos de manera brusca por la falta de tiempo y la necesidad de cumplir con la norma lo que lleva a tener respuestas negativas sobre la violencia. Así también un mayor número de personal de psicología que pueda atender a las necesidades de la población. Lo que sostienen otras investigaciones es concordante a lo encontrado siendo un reclamo también en otras realidades. El personal manifiesta que se podría realizar un mayor trabajo preventivo y seguimiento de casos si se contara con más recursos humanos.

En cuanto a las **Consecuencias** de la aplicación de las estrategias, se categorizó en: Percibiendo las consecuencias de su rol en la atención de la mujer maltratada, por lo que el Obstetra se percibe importante en la detección y atención de la mujer maltratada, aunque considera que la capacitación específica y profunda podría mejora la calidad de su atención, esto también lo manifiestan otros autores en sus investigaciones considerando que el estar más preparados en el tema permitiría el reconocimiento de los casos, para ello también es necesario un abordaje multidisciplinario con otros profesionales lo que permitiría dar mayor soporte a la atención. (Arredondo Provecho, Del Pliego Pilo, Nadal Rubio, & Roy Rodriguez, 2008; Bott, Guedes, Claramunt, & Guezmes, 2010; Pereira Gomes & Lorenzini Erdmann, 2014).

CONSIDERACIONES FINALES

Al término de este trabajo de investigación y como reflexión posterior a la investigación considero que el estudio me permitió explorar y conocer una realidad poco explorada sobre las percepciones del profesional de Obstetricia. En este sentido, las investigaciones realizadas por otros autores y principalmente la teoría de Herrera y Agoff (2006) sobre las concepciones de los profesionales de la salud respecto a la violencia contra la mujer permiten ver, que inclusive en otras realidades ajenas a la nuestra se manifiestan, comportamientos similares a lo encontrado en esta investigación, así se plantea un entramado complejo de problemas, tanto institucionales, como culturales y sociales que los autores denominaron como: a) Discurso dominante basado en estereotipos rígidos de género; b) Discurso antiviolencia basado en valores tradicionales de género; c) Discurso antiviolencia basado en algunas ideas sobre “lo moderno” y d) Discurso antiviolencia basado en los derechos de la mujeres, en este sentido se plantea la necesidad de identificar aquellos puntos o elementos discursivos que permitan transformar la manera como cada uno comprende o se acerca al problema de la violencia y de quienes la padecen.

Por otro lado, Pereira & Lorenzini (2014), en su teoría sustantiva nos muestra que los profesionales entrevistados demuestran entender la violencia conyugal como perjuicio a la salud pública, el contexto que surgió señala la poca visibilidad de la violencia conyugal y la escasa referencia de los casos identificados para atención psicosocial. Esto nos hace ver, que nuestra realidad no está lejos de lo que se plantea, teniendo profesionales que aún reconociendo la violencia prefieren hacer caso omiso debido a las dificultades y dilemas que afrontan con su atención.

En suma, la trayectoria metodológica y análisis seguido a partir de la Teoría Fundamentada permitieron establecer la teoría sustantiva del fenómeno “Reconociendo los saberes, prácticas, dilemas y dificultades que presentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres violentadas” en el marco del Modelo Paradigmático se establecieron las siguientes consideraciones:

- a) Respecto al contexto, los Obstetras consideran a la violencia contra la mujer como un hecho importante, pero aún invisible en la sociedad, considerándose importantes en el rol que cumplen, como personal que puede generar confianza en la detección, orientación y derivación de los casos.
- b) Sobre las condiciones causales estas se determinaron en las categorías basadas en lo social caracterizando al agresor como un hombre machista, con antecedentes de violencia y con poder económico sobre la mujer; en lo personal una mujer con poco nivel educativo, con baja autoestima y antecedentes de violencia familiar que refuerzan los roles en el círculo de la violencia.
- c) En cuanto a las estrategias para enfrentar la atención de la violencia contra la mujer, los Obstetras consideran que cumplen con las normas establecidas por el Ministerio de Salud respecto al tamizaje de la violencia contra la mujer, aun reconociendo las dificultades que enfrentan, por lo que desean encontrarse mejor capacitadas lo que aducen les permitiría realizar una práctica más efectiva. Manifiestan la necesidad de realizar acciones preventivas y seguimiento de casos, conllevado con un sistema interinstitucional articulado que provea mejores acciones en diferentes niveles del estado.
- d) En lo que concierne a los aspectos intervinientes, los dilemas que enfrenta el Obstetra en la atención de la violencia contra la mujer, están centrados en los sentimientos encontrados de empatía, producidas por la identificación con las víctimas como mujeres que necesitan ayuda o por verse reflejadas en sus propias vivencias, o de indiferencia por no querer revivir sentimientos de odio y rencor por sus experiencias negativas. Por

otro lado, sentimientos de protección, pero a la vez miedo por las posibles represalias del agresor, al sentirse solas en el trabajo comunitario. En tanto, las dificultades basadas en lo profesional o institucional están ligadas a los sentimientos de impotencia al saberse limitadas por su inadecuada formación en el tema, al tener problemas con el tamizaje, el tiempo limitado en la consulta y la falta de personal para realizar más actividades.

- e) Los Obstetras consideran que de aplicarse las estrategias propuestas se mejoraría la atención de las mujeres, para ello proponen capacitación, mayor tiempo para actividades preventivo promocionales, así como para la atención en la consulta, lo que permitiría interactuar con la usuaria y lograr una relación empática con ella.
- f) Los Obstetras se sienten importantes en su rol, aunque reconocen que su falta de capacitación en el tema no permite una adecuada atención de las mujeres violentadas, así como el déficit de recursos humanos que formen parte del equipo multidisciplinario para atender con mejores bases estos casos.

RECOMENDACIONES

1. Para futuras investigaciones cualitativas sobre el tema, se recomienda ampliar el rango de niveles de atención a ser considerados, para entrevistar a Obstetras de sexo masculino y poder comparar los discursos interpretativos de ambos sexos, siendo que, para esta investigación esto fue una limitante por no poder contar con ningún Obstetra varón laborando en los centros de salud en el período comprendido en que se realizaron las entrevistas.
2. Se sugiere capacitar al personal de salud sobre el uso de la ficha de tamizaje para detectar violencia contra la mujer, mediante un abordaje adecuado para su aplicación, según se menciona en la guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, por cuanto se manifiesta que su uso no permite una detección adecuada debido a que consideran que las preguntas son muy directas.
3. Estudiar los discursos de otros profesionales de la salud involucrados en el trabajo de la violencia para complementar la teoría sustantiva de esta investigación.
4. Los discursos encontrados en esta investigación pueden servir como base para nuevas investigaciones y explorar el fenómeno de la violencia contra la mujer desde la percepción de otros profesionales de la salud en el abordaje multidisciplinario.
5. Promover mecanismos que permitan inculcar en los profesionales una cultura de equidad de género y derechos, comprendiendo primero sus percepciones individuales y prácticas cotidianas en su quehacer profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agrawal, S., & Banerjee, A. (2010). Perception of violence against women among future health professionals in an Industrial Township. *Ind Psychiatry J*, 19(2), 90-93.
- Arredondo Provecho, A., Del Pliego Pilo, G., Nadal Rubio, M., & Roy Rodriguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género.
- Askew, I. (2016). *Profesionales de la salud: escuchar a las mujeres cuando más lo necesitan*. Retrieved from Organización MUndial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2016/health-workers-women/es/>
- Bastos da Silva, E., De Mello Padoin, S. M., & Carneiro Vianna, L. A. (2013). Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paulista de Enfermagem*, 608-613.
- Blázquez, M., & Moreno, J. . (2008). *Maltrato psicológico en la pareja. Educación y Prevención emocional*. (EOS, Ed.) Madrid.
- Blumer, H. (2009). *Symbolic Interaction: Perspective and Method*. Berkeley [etc.] : University of California Press.
- Boira, S., Carbajosa, P., & Marcuello, C. (2013). La violencia en la pareja desde tres perspectivas: Víctimas, agresores y profesionales. *Psychosocial Intervention*, 22(2).
- Borra Toledo, V. (2010). Plan Regional contra la Violencia hacia la Mujer 2010-2015.
- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M. C., & Guezmes, A. (2010). *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo*. (R. d. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Ed.) New York.
- Briones Vozmediano, E., Davó Blanes, M., García de la Hera, M., Goicolea, I., & Vives Cases, C. (2016). Discursos profesionales sobre la violencia del

- compañero íntimo: implicación en la atención de las mujeres inmigrantes en España. *Gac Sanit*, 30(5).
- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. (2011). *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Contribuyendo a*. Lima.
- Cerda, H. (2011). *Los elementos de la investigación cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. Bogotá: Magisterio.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Colegio de Obstetras del Perú. (2016). Retrieved mayo 05, 2016, from Colegio de Obstetras del Perú.
- Coll Vinenta, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., & Millá, J. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1).
- Corsi, J. (1997). *Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar*. México: Paidós.
- Cutipé, Y., Mendoza, M., Velásquez, W., Arellano, C., Arévalo, M., Paye, N., & Leguía, G. (2012). Conocimientos de los profesionales de la salud para la atención de personas con problemas de alcohol y violencia familiar. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 29(1), 149-167.
- De Lujan Piatti, M. (2013). Violencia contra las mujeres y algo más. 14, 1-21. Retrieved febrero 21, 2017, from <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/29006/Tesis%20completa.pdf?sequence=1>
- Defensoría del Pueblo del Perú. (2012). Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia: supervisión de establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno. *Informe de Adjuntía N° 003-2012-DP/ADM*.
- Ezequiel, E. (2003). ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. In S. Fernando Lolasa, S. Alvaro Quezada, F. Lolasa, & Á. Quezada S. (Eds.), *Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas* (p. 152). Chile.
- Fernández Godenzi, A. (2009). Autopercepción y relaciones interpersonales en un grupo de mujeres víctimas de violación sexual a través del psicodiagnóstico de rorschach. Lima-Perú.

- Franzoi Neusa, M., Godoy Serpa da Fonseca, R. M., & Nunes Guedes, R. (2011). Violencia de género: concepciones de profesionales de los equipos de salud de la familia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(3).
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter New York, 37.
- Gomes Bonfim, E., Marques Lopes, M. J., & Peretto, M. (2010). Los Registros Profesionales de la atención prenatal y la (In)Visibilidad de la violencia doméstica contra la mujer. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 14(1), 97-104.
- Gonçalves Alves do, E. d., Peixoto Ribeiro, A., & Ramos de Souza, E. (2014). Percepciones y prácticas de los profesionales de salud de Angola sobre la violencia contra la mujer en la relación marital. *Cad. Saúde Pública*, 30(6), 1-10.
- Gonzales, E. (2013). Los elementos de la investigación cómo reconocerlos, diseñarlos y construirlos. Bogotá: Editorial Magisterio. *Uni-pluriversidad*, 13(1), 60-63.
- Gracia, E., & Lila, M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Rev Méd Chile*(136), 394-400.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Colla, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Education.
- Hernández, J., Herrera, L., Martínez, R., Páez, J., & Páez, M. (2011). *Seminario: Generación de la Teoría Fundamentada*. Universidad del Zulia, Puerto Ordaz.
- Herrera, C., & Agoff, C. (2006). Dilemas del Personal Médico ante la Violencia de Pareja en México. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11). Retrieved Mayo 05, 2014, from Scielo: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2>
- Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., & Franco, A. (2006). Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México. Cualitativo. *Salud Publica Mex*, 48 (supl 2), 259-267.
- Herzlich, C. (1969). Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. *EHESS*, 173.
- Jáuregui Balenciaga, I., & Méndez Gallo, P. (2011). Psique: Fenomenología de la violencia. *1*(2), 41-48. España.
- Lenise Do Prado, M., De Souza, M. d., & Carraro, T. E. (2008). *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales* (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 N°9 ed.). Washington D.C.: OMS.

- Martínez, J. (2011). Metodologías de la investigación cualitativa. *Silogismo más que conceptos*, 8(1), 27-38.
- Matos Marcelo, S., & Haak, D. S. (2009). *Modelos multivariados para la violencia conyugal, sus consecuencias y la solicitud de ayuda*. Retrieved from INEI: http://www1.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0899/Libro.pdf
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016). Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 - 2021. *El Peruano*.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables-PNCVFS. (2016). Retrieved febrero 05, 2017, from REDIN. Red de investigación en violencia de género: <http://redin.gob.pe/tematica/>
- Ministerio de Salud. (2001). Normas y procedimientos para la prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. (2009). *Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género*. Retrieved from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Sanitarios09.pdf>
- Naciones Unidas. (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Informe del Secretario General de Naciones Unidas, Naciones Unidas.
- NGO-CSW. ONU mujeres. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. (2014). *A 20 años de la Plataforma de Acción de Beijing: objetivos estratégicos y esferas de preocupación*. Retrieved from <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2015/03/NGO-CSW-LAC-Beijing20-ES.pdf>
- Oficina de Monitoreo y Evaluación de Políticas. (2015). *Intervención de los Programas Sociales del MIMP en la Región Lima*. Boletín Informativo de la Región Lima, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP, Lima.
- Organización Mundial de la Salud. (1984). *Alma Ata. Atención Primaria de Salud*. (URSS, Ed.)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Global status report on violence prevention*. Retrieved febrero 21, 2017, from Organización Mundial de la Salud-IRIS: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/145086>

- Organizacion Mundial de la Salud. (2016). Retrieved setiembre 05, 2016, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Orna Sánchez, O. (2013). Factores determinantes de la violencia familiar y sus implicancias análisis de los estudios estadísticos sobre la violencia familiar en el distrito de San Juan De Lurigancho (Lima), Callao y otras ciudades del país. Lima.
- Pereira Gomes, N., & Lorenzini Erdmann, A. (2014). Violencia conyugal en la perspectiva de profesionales de la "Estrategia Salud de la Familia": un problema de salud pública y la necesidad del cuidado a la mujer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1).
- Rodriguez Borrego, M., Vaquero Abellán, M., Bertagnolli, L., Munoz-Gomariz, E., Redondo-Pedraza, R., & Munoz-Alonso, A. (2011). Atención Primaria. *Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería.*, 43(8).
- Rojas Loría, K., Gutiérrez Rosado, T., Alvarado, R., & Fernández Sánchez, A. (2015). Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica, 2015. *Atención Primaria*, 47(8), 490-497.
- Segura Vera, M., & Stranieri, M. (2016). Formación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género en Venezuela. *Comunidad y Salud*, 14(2). Retrieved from *Comunidad y Salud*, 14() 78-85: . Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375749517010>
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. . (U. o. Press, Ed.) Cambridge, Reino Unido.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada* (1ra Edición en español ed.). Colombia: Universidad de Antioquía.
- Tomaz Moreira, S. d., Lílian Lira, L. F., Medeiros Melo, C. O., & George, D. d. (2008). Violencia física contra a mujer en la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev Saúde Pública*, 42(6), 1053-9.
- Villegas Díaz, M. (2010). Homicidio de la pareja en violencia intrafamiliar. Mujeres homicidas y exención de responsabilidad penal. *Revista de Derecho*, 23(2).
- Walker, L. (2009). *The battered woman syndrome* (3ra ed.). New York: Springer.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Switzerland: Ediciones de la OMS.

ANEXOS

ANEXO N°01

GUÍA DE ENTREVISTA

Preguntas norteadoras:

- 1) ¿Qué piensa usted sobre la violencia contra la mujer?
- 2) ¿Cuál es el contexto en que se desarrolla el fenómeno?
- 3) ¿Qué condiciones causales considera que origina la violencia contra la mujer?
- 4) ¿Qué estrategias se proponen para mejorar la atención de la violencia contra la mujer?
- 5) ¿Cuáles son los aspectos que intervienen en el desarrollo del fenómeno?
- 6) ¿Qué sentimientos le genera la atención de una mujer que ha sufrido violencia?
- 7) ¿Cuáles serían las consecuencias de aplicar las estrategias propuestas por los Obstetras?

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.

Elizabeth Paredes Cruz

Investigador Principal

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Telf. 998053582

elidppc@yahoo.com

versión 1.1

Fecha:05 Mayo 2014

Este formulario de consentimiento informado es para los participantes y a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación: **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: SABERES, PRÁCTICAS Y DILEMAS DE LOS OBSTETRAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA. BARRANCA.** La presente investigación es conducida por la Mg.**ELIZABETH DEL PILAR PAREDES CRUZ** como investigadora principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, para el desarrollo de la tesis de grado de doctorado.

Justificación

La violencia contra la mujer se ha convertido en un problema de salud pública debido al aumento de casos reportados en el Perú, ocasionando diversos daños físicos, psicológicos y sexuales, y afectando negativamente la salud sexual reproductiva e integridad de la mujer.

Por ello el abordaje de la violencia contra la mujer, requiere del compromiso de los profesionales de la salud para la ejecución de las políticas contra la violencia. Para ello, es necesario sensibilizarlos y capacitarlos en el manejo clínico y administrativo de estos casos. Así mismo es importante encontrar los mecanismos administrativos que permitan a los proveedores de la salud, justificar el tiempo adicional dedicado a los casos de violencia.

Ante esta problemática, surge el interés de investigar e indagar en un proceso que es complejo, la participación del personal de obstetricia en la detección y atención de las mujeres violentadas.

Propósito del estudio

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol como participantes.

El objetivo de esta investigación es comprender los saberes, prácticas y dilemas de los obstetras en la atención primaria, frente a la violencia contra la mujer, en los centros de salud de la Provincia de Barranca.

Tipo de Intervención en la Investigación

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas referidas al tema a tratar, esto tomará aproximadamente de 30 a 40 minutos de su tiempo. Además, puede ser que se deban realizar más de una reunión hasta el término de la toma de información.

Selección de Participantes

Le estamos invitando a tomar parte de esta investigación para comprender los saberes, prácticas y dilemas que enfrentan los Obstetras en la atención primaria de las mujeres que sufren violencia.

Participación Voluntaria

Su decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria. Si usted elige no consentir, no afectará en nada su condición actual.

Grabación de la entrevista

Para los fines solamente de la investigación y debido a la naturaleza del estudio se requiere grabar la entrevista, para lo cual contamos con una pequeña grabadora digital, con la que almacenaremos los pormenores de la entrevista, luego pasará por un proceso de transcripción a un procesador de textos y codificación de la entrevista con la finalidad de preservar la confidencialidad.

Beneficios

Si usted decide participar en esta investigación, seguramente nos ayudará a encontrar la respuesta a la pregunta de investigación y puede beneficiar al personal de los centros de salud de la Provincia de Barranca al comprender los saberes, prácticas y dilemas que enfrentan los obstetras en la atención primaria de la violencia contra la mujer.

Incentivos

No se le proporcionará ningún incentivo económico para tomar parte en esta investigación.

Confidencialidad

La información que se recoja será confidencial, no se podrán identificar nombres de las personas participantes. Los resultados de esta investigación no podrán ser utilizados para fines diferentes a los de esta investigación.

A quién contactar

Si usted tiene algunas preguntas puede hacerlas ahora e incluso después de que haya comenzado el estudio. Si usted desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la siguiente persona: Elizabeth Del Pilar Paredes Cruz, teléfono: 998053582.

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO N° 03**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitada para participar en una investigación sobre: **Violencia contra la mujer: saberes, prácticas y dilemas de los obstetras en la atención primaria. Barranca.** Soy consciente de que no habrá ningún beneficio económico.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi deseo de participar en este estudio.

Acepto voluntariamente la grabación de la entrevista que se me realizará

Indique su decisión marcando una de las 2 opciones siguientes:

Si No

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Mg. Elizabeth del Pilar Paredes Cruz al teléfono anteriormente mencionado. Paso a dar mi consentimiento mediante mi nombre completo y firma que da fe de mi participación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

Firma del Participante:

Fecha (Día/mes/año):

Nombre del que hizo el consentimiento:

Firma del que hizo el consentimiento:
