UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIDAD DE POST GRADO

CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE LA REGION DE SALUD HUANCAVELICA FRENTE A LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

TESIS Para optar el Grado Académico de: MAGÍSTER EN PSICOLOGIA Mención en Psicología Clínica

AUTOR
FREDY FERNANDO RODRÍGUEZ CANALES

LIMA - PERÚ 2002

. . 1

AGRADECIMIENTOS . 3

RESUMEN . 5

PRESENTACION . . 7

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . 9

1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA : . 9

2.- OBJETIVOS . 12

2.1.- Objetivo General : . 12

2.2.- Objetivos Específicos : . . 12

3.- HIPOTESIS : . 12

3.1.- Hipótesis Central : . . 12

3.2.- Hipótesis de Investigación: . 13

4.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA . 13

5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN . 13

6.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACION . 14

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL . 15

1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN . 15

2.- CONTEXTO DE LA SALUD EN LA REGION HUANCAVELICA . . 16

2.1.- Análisis Geográfico . . 16

2.2.-Estructura Orgánica . . 16

2.3.-Análisis Demográfico . . 17

2.4.-Aspectos Sociales y Económicos . 17

2.5.-Aspectos educativos y socio culturales . 17

2.6.-Características Epidemiológicas . 18

2.7.-Aspectos de Tecnología . 19

2.8.-Análisis del Ambiente Interno de la DIRESA - HVCA. . . 19

3.-MARCO REFERENCIAL SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR . . 19

3.1.-¿ Qué es la Violencia Familiar ? . 19

3.2.-Tipos de Violencia Familiar . . 20

3.3.-Contexto Socio Cultural y Psicosocial de la Violencia Familiar . 20

3.4.-Consecuencias de la Violencia Familiar en las Víctimas . 21

3.5.- Características del Maltratador (a) . . 22

3.6.-LA PREVENCION Y ATENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR . 22

4.- MARCO REFERENCIAL SOBRE LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL AGENTE SOCIAL DE CAMBIO . . 28

4.1.- ¿ Quien es el agente social promotor del cambio ? . . 28

4.2- Condiciones para el ejercicio del rol social de la persona Agente de Cambio . 29

4.3.- Características del rol del Agente Social en los programas Sociales . 30

4.4.- Condiciones de los trabajadores de salud en su rol de agentes social promotor del cambio . . 31

4.5.- Rol Social de los trabajadores de salud en la prevención y atención de la Violencia Familiar . 32

4.6.-La Autoestima y las habilidades psicosociales en el agente social de cambio . 33

4.7. La motivación intrínseca y el rendimiento laboral . 34

5.- LA ORIENTACION EN LOS SISTEMAS DE CAPACITACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD . 35

5.1.- El enfoque de la Educación Permanente . 35

5.2.- Los Programas de Educación a Distancia . 36

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA . 39

1.- TIPO DE INVESTIGACION . . 39

2.- NIVEL DE INVESTIGACION: . 39

3.- DISEÑO DE INVESTIGACION : . 40

4.- POBLACIÓN Y MUESTRA : . . 40

5. VARIABLES DE ESTUDIO : . 41

5.1.- Identificación de Variables . . 41

5.2.- Definición de Variables: . 41

6.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO . 42

6.1.- PARA FINES DE TAMIZAJE . 42

6.2.- PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN PSICOSOCIAL PROPIAMENTE . . 42

7.- PROCEDIMIENTOS DE APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS . . 45

8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS . 45

8.1. Los Procedimientos Descriptivos . . 46

8.2. Los Procedimientos Inferenciales . 46

CAPÍTULO IV. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS . . 49

1. LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES DE SALUD. . . 49

2. RESULTADOS Y ANALISIS POR HIPOTESIS DE TRABAJO : . . 52

2.1. LA AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE SALUD . 53

2.2. LOS ESTILOS DE VIDA DE RIESGO EN LOS TRABAJADORES DE SALUD . 58

2.3. LA CONVIVENCIA Y LAS CONDICIONES SOCIO FAMILIARES EN LOS TRABAJADORES DE SALUD . 70

2.4. PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN RELACIÓN A LA SALUD INTEGRAL . 79

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . 97

I.- CONCLUSIONES . . 97

2.- RECOMENDACIONES . 99

BIBLIOGRAFÍA . 101

ANEXOS . 105

DEDICATORIA Para : Antonieta del Pilar, Ida Alicia, Fernando y Darío Una de mis grandes razones para crecer. La Familia Uriol Alva, del cual me siento parte.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lupe García Ampudia: Con la gratitud, agradecimiento y admiración de siempre

Al Dr. Carlos Arenas Iparraguirre: En admiración a su alto sentido crítico y científico

A la Dra. María Luisa Matalinares Calvet: Por sus valiosas y acertadas sugerencias a favor de la investigación

A mis queridos compañeros de trabajo en la Región de Salud Huancavelica, profesionales que sin su intervención no hubiese sido posible hacer realidad la investigación:

Carlos Donaires Huamán : Psicólogo Jefe del Servicio de Psicología del Hospital Departamental Huancavelica

Iradia Bravo Tovalino : Asistenta Social, Jefe de la Oficina de Bienestar de Personal de la DIRESA - Hvca.

Orfelinda Ordóñez Villafuerte : Asistenta Social. Jefe de la Oficina de Servicio Social del Hospital Departamental Huancavelica

Jael Silva de la Cruz : Asistenta Social, del Centro de Salud de Huaytará

Amira Monge Bendezú : Asistenta Social del Centro de Salud de Lircay

Nilda Perez Urruchi : Asistenta Social del Centro de Salud de Acobamba

Carmela Lezama Monge : Asistenta Social del Centro de Salud de Pampas

Marina Trucios Mollehuara : Educadora, Directora de Capacitación de Recursos Humanos de la DIRESA - HVCA.

Héctor Mamani Vargas : Sociólogo de la Dirección de Participación Comunitaria y Movilización Social de la DIRESA - HVCA.

Edgar Peña Villanes : Ingeniero de Sistemas de la Oficina de Estadística e Informática de la DIRESA - HVCA.

Al Ps. Héctor Hernández Valz: Mi compañero de estudio y amigo de siempre, Psicólogo, docente y miembro del Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

RESUMEN

La investigación en lo metodológico se define como Descriptiva Analítica, ya que describe y analiza las características psicosociales en lo afectivo emocional, socio familiar y motivación intrínseca de los trabajadores de la Región de Salud Huancavelica, desde la perspectiva de su rol de agentes sociales en la atención y prevención de la Violencia Familiar, en base a un diseño de Investigación Descriptiva Comparativa, ya que se establecen diferencias de acuerdo al sexo y condición de Afectos o No por el problema de la Violencia Familiar, para lo cual se tomó como población de estudio a 334 trabajadores de ambos sexos, de 08 de los establecimientos mayores de la Región de Salud Huancavelica, decidiéndose para el análisis comparativo por muestreo intencionado a un sub grupo de 130 trabajadores de ambos sexos, por su condición de Inmersos en problemas de Violencias familiar.

Las técnicas e instrumentos utilizados para el recojo de información fueron: La Ficha Epidemiológica Multisectorial de Violencia Familiar formulado por el Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, la Escala de Autoestima de Adultos de Stanley Coopersmith y un Cuestionario de Habilidades Psicosociales; y para el análisis cualitativo se cumplieron Entrevistas a Profundidad, y/o visitas domiciliarias.

Las técnicas de procesamiento y análisis estadístico de los datos se dan a dos niveles- Un nivel Descriptivo a través de la media aritmética, desviación estándar, y datos porcentuales, y un nivel Inferencial, mediante la Prueba de t de Diferencia de Medias de dos Poblaciones y la Prueba Z de Diferencia de Proporciones de dos Poblaciones. La presentación y análisis de los resultados se hacen en función a Áreas de carácter psicosocial: Afectivo Emocional, como la Autoestima y los Estilos de Vida, Socio Familiar, como la Convivencia y la Comunicación Familiar, y la Motivación Intrínseca, como la Identificación Institucional, Satisfacción Laboral, oportunidades de Capacitación y bienestar social, que para hacerlas objetiva se ilustran mediante cuadros estadísticos, gráficos y testimonios recogidos mediante entrevistas a profundidad, visitas domiciliarias o la consulta en los servicios de Psicología o de bienestar social de los establecimientos de la DIRESA - HVCA.

Como aporte de la investigación se demuestra que las condiciones y características psicosociales de un importante número de trabajadores de la Región de Salud Huancavelica no son las adecuadas para la labor de atención y prevención de la Violencia Familiar a nivel comunitario conforme son las prioridades epidemiológicas de la Región, y que esta sea un importante sustento que fundamente las propuestas de nuevas políticas públicas que favorezcan el desarrollo integral de los recursos humanos de salud de manera continua y sostenida.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

PRESENTACION

En el análisis de la salud en el Perú, los factores psicosociales están asociados a lo socio culturales y los estilos de vida que no siempre son tomados en cuenta por las políticas, planes y programas de intervención en salud y en particular en la Región Huancavelica esta dimensión amerita una urgente atención y promoción por el cambio de muchos estilos de vida no saludables manifiestas de modo casi generalizado en su población, ya que estas de manera cotidiana se expresan sin mayor diferencia en cuanto a sexo, condición social, edad ni espacio geográfico son los comportamientos de riesgo como la violencia en todas sus formas, maltrato al menor y la mujer, machismo, alcoholismo, pobre autoestima, etc. que vulneran y limitan las oportunidades de expresión de las potencialidades y los derechos inherentes a toda persona humana; manifestaciones que en términos cognoscitivos y conductuales se sustentan en expresiones del orden de los valores, actitudes, prejuicios, roles, sentido de existencia, mitos y creencias producto de aprendizajes por influencia de los modelos sociales y expresiones culturales vigentes.

Es en este contexto las instituciones del estado y la sociedad civil, en especial de aquellos con mayor vinculo a este problema como: Salud, Promudeh, Educación, Ministerio Público, Poder Judiciales y Policía Nacional, deben ser los primeros en estar sensibilizados en el problema para que en su condición de agentes y modelos sociales asuman con autoridad moral su atención y prevención, y sean capaces de promover decididamente el cambio de estilos de vida, actitudes y comportamientos por otros que sí favorezcan el desarrollo humano, la familia e instituciones que conforman la sociedad y así contribuir al ansiado progreso de la región, para lo cual es tiempo de hacer un abordaje frontal y no se ignore su costo social, ni se niegue su discusión pública y su significación política de algo que sucede cotidianamente y que en particular en los trabajadores de salud se empiece a velar por su buena salud mental ya que sólo así se estará contribuyendo a crear condiciones subjetivas favorables a la prestación de los servicios de salud integral con calidad y calidez, puesto que conociendo y entendiendo sistemáticamente la diversidad de factores que conllevan a la Violencia Familiar en las y los trabajadores de salud, se podrá contar con mejores criterios para el cumplimiento de acciones en su atención y prevención, y además promocionar estrategias favorables a un clima laboral e institucional positivo en la DIRESA HUANCAVELICA como factor de relevancia en a sostenibilidad de los logros del sector salud en la Región.

La investigación titulada **“CARACTERISTICAS PSICOSOCIALES DE LOS TRABAJADORES DE LA REGION DE SALUD HUANCAVELICA FRENTE A LA PREVENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR”** se organiza de la siguiente manera: **Capítulo I:** Se plantea el problema a investigar, las hipótesis, objetivos, limitaciones; y la Factibilidad y Aspectos Administrativos; **Capítulo II:** Se refiere al Marco Teórico Conceptual, en base a un Análisis Contextual de la Salud en la Región Huancavelica y la Violencia Familiar, el rol social de los agentes sociales y la Formación de los Recursos Humanos en Salud; **Capítulo III**: Se describen la Metodología, Diseño Universo, Población y Muestra, Variables de Estudio, Técnicas e Instrumentos y los Procedimientos Estadísticos empleados en la interpretación de los resultados; **Capítulo I**V: Se presentan y discuten los resultados en términos de análisis descriptivo, inferencial y cualitativos en la población de estudio que representa a los trabajadores de la Dirección Regional de Salud Huancavelica y las diferencias psicosociales entre los trabajadores

Inmersos y No en Violencia Familiar, las mismas que se ilustran con testimonios recogidos por el equipo de trabajo; **Capítulo** V: Esta referido a las Conclusiones y Recomendaciones que resultan de la investigación; y finalmente se hace un Resumen sobre la investigación y se mencionan las fuentes bibliográficas y documentarias empleadas para el estudio de manera ordenada en tres contenidos temáticos: Violencia Familia**r,** Habilidades Psicosociales y Liderazgo, Desarrollo Organizacional, Institucional y Sistemas de Capacitación; y Servicios en Salud e Investigación, y los **Anexos** que incluyen los instrumentos empleados para el recojo de información.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA :

En sentido amplio la Violencia Familiar se define como la relación abusiva, permanente o cíclica que caracteriza al vínculo intrafamiliar, donde cualquier miembro de la familia puede ser agente o víctima. Es la forma más generalizada de violación a los derechos humanos vigente desde tiempos remotos en todos los grupos sociales del mundo, que a pesar de los elevados costos que ocasiona, existen aún instituciones o expresiones socio culturales que la niegan, opacan y/o la legitiman.

La 49ª Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de 1996, declaró que la Violencia es un problema de salud pública mundial, en respuesta al cual se ha despertado interés de abogacía en pro de la familia, la mujer y la infancia, demandando mas atención ante el abuso físico, psicológico y sexual, por lo que se ofrecen diversos programas de asistencia, se han reformulado legislaciones y desafiado las actitudes y creencias que apoyan los comportamientos violentos, incrementándose las organizaciones estatales y no gubernamentales de prevención, defensa y atención a las víctimas.

En el Perú, la Ley No. 26842, Ley General de Salud, incluye como problema de salud pública y de salud mental a la violencia familiar, establece que la atención a la violencia familiar es responsabilidad primaria de la familia y el estado, y en cuanto a su epidemiología, no se cuenta con un registro nacional único de denuncias, sólo con sub-registros en instancias como: Comisarías, Fiscalías, Centros de Emergencia Mujer u Organismos No Gubernamentales, (Promudeh - Opción 2000). Por ejemplo, según un estudio del Movimiento Manuela Ramos (2001), en el año 2000 - declarado de ***"Lucha contra la Violencia Familiar "*** se realizaron 69,179 reconocimientos clínicos por casos de violencia familiar que en promedio indican 190 casos de violencia doméstica al día, aproximadamente 8 casos por hora; o la Policía Nacional del Perú, en el año 2001, sólo en la Comisaría de Mujeres de Lima, recibió un total de 1533 casos de violencia familiar o el Instituto de Medicina legal del Ministerio Público, atendió a 75,213 personas para reconocimientos clínicos asociados a este problema [1] **.**

Según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar -ENDES- 2000, el 41% de las mujeres alguna vez unidas ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su esposo o compañero, la mayoría de ellas (83%) a veces y un considerable 16% lo ha sido frecuentemente. Las mujeres que son o han sido ***"frecuentemente agredidas"*** por su esposo o compañero, en mayor proporción son mujeres de 45 a 49 años de edad (23%); un 26% son mujeres no tienen educación; y un 32 por ciento de ellas son separadas, viudas o divorciadas. Según el lugar de residencia, las mayores proporciones se presentan entre las mujeres residentes en los departamentos de Cusco (26 %) y Huánuco (28 %).

El Movimiento Flora Tristan (2002), reveló que en el Perú 06 de cada 10 hogares viven con violencia, en una prevalencia de 35% para la agresión psicológica y 17% en la física. En un sondeo realizado en el Distrito de Independencia de Lima el 30% de las mujeres han sufrido violencia física, el 48% violencia psicológica y el 12% violencia sexual, siendo el principal motivo de la agresión los celos por parte de los cónyuges**.** [2]

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

Estos datos, son lo suficiente para demostrar que estamos ante un problema de gran magnitud y que es condición negativa para el desarrollo social y humano sostenible, no sólo de quienes la padecen, sino de la sociedad en su conjunto, ya que los costos en daño, sufrimiento y pérdidas de vida son incalculables, problema que en términos psicosociales constituyen comportamientos y estilos de vida manifiestos en las formas de interacción socio familiar producto de aprendizajes y condicionamientos socio culturales ante el cual todos los sectores están llamados a atender y fundamentalmente prevenirla, siendo en esta tarea el sector salud un agente de especial importancia.

En Particular en la Región Huancavelica, según "La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2000", se precisa que en el Departamento el 29% de las mujeres

[1] Movimiento Manuela Ramos, 2001, Documento de Trabajo - Lima - Perú

[2] Movimiento Flora Tristan, 2001 Documento de Trabajo, ante el Consejo nacional de Derechos Humanos - Lima - Perú.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

en unión conyugal sufren violencia física por parte del esposo o compañero, siendo en general esta violencia contra las esposa o compañera mayor entre las que estuvieron casadas o unidas (53%) y en las que viven en áreas urbanas (42%), y en las de 35 años a mas de edad y de niveles educativos de primaria a menos. Igualmente en el ENDES 2000, se precisa que aparte del cónyuge los principales agresores son el padre (45%) o la madre (39%). El Programa de Salud Mental de la Región de Salud en el año 2000 registró en un primer nivel de atención un total de 4526 personas por motivos asociados a Violencia familiar, a una tasa de 10.5 x 1000, y el año 2001 hubo un incremento a 5,802 a una tasa de 11.14 x 1000, que igualmente fueron atendidas en los diferentes establecimientos del Ministerio de Salud; o el servicio de Psicología del Hospital Departamental atiende un promedio de 08 casos semanales directamente asociados a violencia familiar (*).

Estos datos, por una parte guardan relación con la forma de interacción cotidiana en los pueblos de la región, y por otra, indican en sensibilidad por atender y prevenir el problema y hacer valer sus derechos, ya que se va tomando en cuenta a los establecimientos de salud, lo cual pone en tela de juicio las condiciones de organización y de sus recursos humanos que no siempre están garantizan calidad humana y autoridad moral para prevenir y propiciar alternativas ante la violencia familiar. Experiencias que coadyuvan a esta apreciación y que motivaron la necesidad de analizarla sistemáticamente fue que los propios trabajadores de la Dirección Regional de Salud Huancavelica incurren en estos actos, por ejemplo, en lo que fue tan sólo el primer semestre del año 2001, la Oficina de Bienestar Social, el Servicio de Psicología y el Programa de Salud Mental del Hospital Departamental identificaron a 28 trabajadores [3] en un rol de agresores y a otros como víctimas, o se han vivido en los últimos años experiencias de homicidios, suicidios y/o actos violentos en trabajadores de salud o familiares directos, que en una población relativamente pequeña resulta trascendente e imposible de pasar por desapercibido, considerando además que a los trabajadores de salud sean varones o mujeres se les atribuye un rol de autoridad y de modelo de gran significación social pero, en este rol no todos poseen las habilidades y competencias para atender positivamente a las personas maltratadas, pese a que los lineamientos del sector apuntan a la atención de la salud integral, con calidad y calidez, y muchos programas dan prioridad a esta problemática como: Salud Reproductiva, Salud Mental, Salud Materno Perinatal, Mujer y Desarrollo, Crecimiento y Desarrollo del Niño, y servicios de salud diversos que buscan integrar la atención, prevención de la violencia y promoción de estilos de vida saludables, estando por consiguiente todo trabajador(a) en el deber de vigilar, identificar y remitir a las víctimas, y cuando sea factible dar atención. Sin embrago la preocupación fue, ¿Qué tan eficaz pueden ser la promoción del servicio y la atención de los casos de violencia familiar, si el mismo prestador del servicio incurre en ella? ó ¿Qué tanto pueden garantizar los trabajadores de la Región de Salud Huancavelica que la prestación de sus servicios al cliente externo o interno, sean con calidad y calidez, si el mismo carece de condiciones socio emocionales y de buena salud mental?.

El sector salud no toman en cuenta la condición socio emocional de sus recurso humano, más aún en Huancavelica que es el grupo social más pobre del Perú donde la

[3] Estimación en reunión de evaluación Semestral 2001 del Programna de Salud Mental del Hospital Departamental Huancavelica

Violencia Familiar es cotidiana y que con sustento afirmamos, de no superarse esta debilidad será improbable garantizar sostenibilidad en las mejoras o logros en el desarrollo socio económico y cultural, para lo cual como primer paso para el cumplimiento y valoración del impacto de intervenciones más específicas frente a la Violencia Familiar y la formación de una cultura saludable, gracias a la investigación se pudo sistematizar las respuestas ante la siguiente interrogante: **¿Qué características psicosociales prevalecen en los trabajadores de la Dirección Regional de Salud Huancavelica en la labor de prevención de la Violencia Familiar?**

2.- OBJETIVOS

2.1.- Objetivo General :

Describir y analizar los características psicosociales vigentes en los trabajadores de la Dirección Regional de Salud Huancavelica en la prevención de la Violencia Familiar.

2.2.- Objetivos Específicos :

- Caracterizar las expresiones psicosociales asociados a lo afectivo emocional de mayor relevancia de los trabajadores de la DIRESA - HVCA en la prevención de la Violencia Familiar.
- Caracterizar las principales manifestaciones psicosociales relacionados a lo socio familiar de los trabajadores de la DIRESA - HVCA en la prevención de la Violencia Familiar.
- Caracterizar las factores de motivación intrínseca de los trabajadores de la DIRESA - HVCA, asociados a la atención y prevención de la Violencia Familiar.

3.- HIPOTESIS :

3.1.- Hipótesis Central :

En los trabajadores de la Región de Salud Huancavelica aún son vigentes las manifestaciones psicosociales no adecuadas que afectan su rol social de prevención de la Violencia Familiar.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

3.2.- Hipótesis de Investigación:

H1. = La pobre autoestima y la vigencia de estilos de vida de riesgo en los trabajadores de la DIRESA - HVCA, son los factores afectivo emocionales de mayor peso que no favorecen a su rol de agente social de prevención de la Violencia Familiar.

H2. = La constitución irregular de familia y las relaciones adulterinas en los trabajadores de la DIRESA - HVCA, son las características socio familiares de mayor predominio que afectan su rol de agente social de prevención de la Violencia Familiar.

H3. = La insatisfacción laboral y la percepción inadecuada del fenómeno de la Violencia Familiar en relación a la salud integral, son las características psicosociales asociados a la Pobre Motivación Intrínseca que no permiten a los trabajadores de la DIRESA HVCA, cumplir de manera positiva su rol de agente social en la prevención de la Violencia Familiar

4.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Como la violencia doméstica es un fenómeno que inhibe o limita las potencialidades de desarrollo de los miembros de la familia, el ejercicio de los derechos humanos y de una ciudadanía positiva en la toma de decisiones en el hogar, laboral, político, económico y/o social; y siendo en la Región Huancavelica una de las prioridades epidemiológicas de salud el presente trabajo se justifica por lo siguiente:

a) Existe la necesidad de un abordaje frontal y no se ignore su costo, ni se niegue su discusión pública, su significación política y su repercusión social de algo que sucede cotidianamente.

b) En particular en los trabajadores de salud, el velar por su buena salud mental y la prevención de toda forma de violencia los ayudará a crear condiciones subjetivas y de autoridad moral favorables para la prevención de la Violencia familiar y la prestación de los servicios de salud integral con calidad y calidez, pues es entendid o que las personas no podemos dar aquello que no poseemos.

c) Conociendo y entendiendo sistemáticamente la diversidad de factores que conllevan a la violencia familiar en los trabajadores de salud, se podrá contar con mejores criterios para desarrollar acciones en su atención, prevención y de promoción de estrategias que favorezcan un clima laboral e institucional positivo en la DIRESA HUANCAVELICA como factor de relevancia para la sostenibilidad de los logros.

5.- LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En vista que Huancavelica es una de las regiones cuya población afronta los mayores

problemas de salud pública y siendo el Ministerio de Salud el ente rector en la formulación de planes, normas y políticas de salud pública en el país, no se advierten limitaciones de ninguna índole que puedan poner en tela de juicio las perspectivas de la investigación de generalizar los resultados hacia otras realidades nacionales.

6.- FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ADMINISTRATIVOS DE LA INVESTIGACION

El trabajo se desarrolló en los establecimientos del Ministerio de Salud del ámbito de la Región de Huancavelica, donde afortunadamente no se enfrentaron mayores dificultades que hayan afectado o impedido el cumplimiento favorable del proceso de la investigación conforme estrategias, procedimientos y cronogramas propuestos ya que dada su importancia y trascendencia a favor de la salud de la población, la Dirección Regional de Salud Huancavelica emitió la Resolución Directoral No 0564-2001-DRSH/DP, de Reconocimiento y Aval al Estudio, disponiendo para ello todo tipo de apoyo logísticos, financieros y de recursos humanos por parte de esta institución.

En cuanto a recursos humanos para los fines operativos, de recojo de información, discusión y análisis de los resultados aparte del proponente del proyecto en su condición de Director Ejecutivo de Participación Comunitaria y Capacitación de Recursos Humanos; y coordinador del Programa de Salud Mental se contó con los siguientes profesionales tanto de la Dirección Regional, Hospital Departamental y responsables del Programa de Salud Mental de los Centros de Salud de las capitales de Provincia como establecimientos mayores de la Región de Salud Huancavelica:

- Asistentas Sociales: 06
- Sociólogo: 01
- Psicólogo: 01
- Educadora: 01
- Ingeniero de Sistemas: 01

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Se revisaron diversas fuentes referente a la Violencia Familiar, asi como de desarrollo organizacional y de recursos humanos en el sector salud, pudiéndose concluir en cuanto al rol social del trabajador de salud en la prevención de la violencia familiar y promoción de estilos de vida saludables desde la perspectiva psicosocial, no hay estudios ni investigaciones al respecto en lo internacional, nacional y regional.

Ante esta inexistencia de información específica motivo de la presente propuesta, hay dos suposiciones de explicación: Que realmente los programas, planes y/o proyectos sociales y de salud pública, en especial en lo que se refiere a Violencia Familiar no están tomando en cuenta esta importante variable ó es que en el afán de cuidar la imagen institucional y el riesgo a desacreditarse, algunos sectores tal vez mas de lo que ya están, no sacan a luz esta información y le dan un carácter reservado.

2.- CONTEXTO DE LA SALUD EN LA REGION HUANCAVELICA

2.1.- Análisis Geográfico

La Dirección Regional de Salud Huancavelica tiene como jurisdicción al Departamento del mismo nombre, área que pertenece al denominado Trapecio Andino y donde hay una diversidad de climas debido a que su territorio se encuentra en zonas de grandes alturas como Castrovirreyna y Zonas de selva como ciertas áreas de Tayacaja, sin embargo se considera que este departamento pertenece predominantemente a la zona de la Sierra. La extensión total de su territorio es de 22,131 Km² y en la mayor parte del departamento el clima es seco, frígido y pluvioso. A pesar de que se considera que no habrá mayores cambios climatológicos en los siguientes años, la intervención del Proyecto Sierra Verde mejorará algunos estratos ecológicos en una amplia extensión del actual territorio.

La principal vía de comunicación es la terrestre, la misma que tiene una amplia distribución, sin embargo sus carreteras se encuentran actualmente afirmadas siendo las principales vías que unen la ciudad de Huancavelica con ciudades como Huancayo, Ayacucho e Ica.

La DIRESA HUANCAVELICA, tiene establecimientos de salud distribuidos en todo el territorio y cuenta con 01 Hospital Departamental, 44 centros de salud y 230 puestos, los cuales se organizan en 14 Redes de Salud, acogiendo a un total de 1153 trabajadores, entre profesionales médicos, no médicos, técnicos y auxiliares, correspondiendo a trabajadores mujeres el 56% y varones el 44 %.

2.2.-Estructura Orgánica

La estructura orgánica corresponde a la establecida para una Dirección Regional de Salud, la misma que se ha configurado en función a las necesidades de atención de salud de la población, y es la estructura de la mayoría de las DISAS del país.

Esta estructura es encabezada por la **Dirección General,** con cinco **Órganos de Asesoría,** que funcionalmente cumple además labor de **Consejo Consultivo**: Direcciones de Planificación, Presupuesto y Racionalización; Epidemiología, Asesoría Legal, y Estadística e Informática.

Los Órganos de Apoyo Administrativo, lo conforma la Dirección Administrativa, que comprende las Direcciones de Personal, Logística y Economía.

Los Órganos de Línea, comprende cuatro Direcciones Ejecutivas: De Salud de las Personas, Promoción de la Salud, Salud Ambiental y de Medicamentos, Insumos y Drogas.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Como Órganos desconcentrados se consideran las Redes de Salud, que son en número de 14. Cada red tiene una cabecera, centros y puestos de salud.

2.3.-Análisis Demográfico

La población actual según la ENDES 2000, es de 431,088 habitantes y de acuerdo a la tendencia de crecimiento demográfico se prevé cambios de poco significación en cantidad como distribución ya que ésta se incrementará a sólo 450, 573 habitantes, de los cuales el 86% continuará siendo rural, siendo la proyección del incremento a en la tasa intercensal de 0.9 a 1 en los próximos cuatro años. (Cuadro No. 01)

AREA DE RESIDENCIA	Población Año 2000		Proyección 2004	
	En miles	%	En miles	%
Rural	370,735	86%	374,072	86%
Urbana	60, 352	14%	10,895	14%
Total	**431,088**	**100**	**450,572**	**100**

Cuadro No 01.Distribución de Población por área de residencia

La base de la pirámide poblacional lo conforman la población menor de 15 años (45 %).

Otro indicador demográfico de la región es la tasa de mortalidad general que es de 13 por mil.

2.4.-Aspectos Sociales y Económicos

Las principales actividades económicas de la región son la agricultura, la construcción y la minería, siendo las dos primeras que han mostrado una tendencia al crecimiento. Se ha evidenciado un incremento aunque lento del PBI el cual esta en 61876 que en la actualidad proyectándose llegue a 79940 para el 2004.

La participación del PBI de Huancavelica en el contexto nacional es bajo, habiéndose mantenido constante en las últimas décadas.

En los aspectos sociales se considera que la población en pobreza constituye el 74% de la población total de la cual el 50% se considera en extrema pobreza, la proyección es a disminuir prioritariamente este último segmento, siendo la actividad económica principal la pequeña agricultura y ganadería que apenas garantizan la sobrevivencia.

2.5.-Aspectos educativos y socio culturales

Huancavelica ha tenido y tiene un alto índice de analfabetismo que según la ENDES 2000, alcanza al 34.1% de su población, que ha pesar de su disminución progresiva sigue siendo alto si se le compara con el promedio nacional que es de 12.8%. este índice de acuerdo al género, es mas crítico en el caso de las mujeres que alcanza el 60%.

La deserción escolar en la región es alta, se calcula que el 17% corresponde a los escolares de nivel primario y el 26.4% de nivel secundario. El promedio de escolaridad es de 6 años, en el área rural es de 3.3.

Se calcula que la asistencia escolar no mejorará sustantivamente en el próximo quinquenio, actualmente el 47.9% de la población esta en edad escolar área urbana y el 40.5% del área rural concurre al colegio, cifras que solo se modificarán en el área urbana a 51.5% para el 2004, manteniéndose igual en el área rural. Asimismo la infraestructura educativa medida por el número total de aulas construidas no se modificará, tampoco se modificará el grado de uso de las mismas. Actualmente se cuenta con 6166 aulas construidas de las cuales se ocupan 5283 (727 aulas sin uso).

En cuanto a los aspectos culturales, el 90% de la población sigue manteniendo sus creencias mágico religiosas, calculándose que el 10% de la población asume aún como entes causales de los problemas de salud esta percepción, lo cual hace ver la necesidad importante de dar sostenibilidad al desarrollo de actividades de información, comunicación, educación y de promoción de la salud hacia una cultura mas saludable .

Por otro lado el machismo y la desvaloración de la mujer se da en el 90% de los hogares lo que igualmente se disminuirá en un 5%.

Finalmente, la religión católica es la religión predominante en el 86% de los hogares, sin embargo el 14% ya opta por otras religiones teniendo en los últimos años un avance importante la religión protestante.

A las carencias materiales y de pobreza económica que caracteriza a Huancavelica, se agregan sus manifestaciones socio culturales de riesgo que afectan las perspectivas de desarrollo humano de su población, ya que son vigentes muchos estilos de vida perjudiciales, como el alcoholismo que esta presente en todos los estratos sociales, debido a que los licores tradicionales contienen metanol (Aguilar, 1993), las conductas de marginación y discriminación hacia la mujer, y las manifestaciones propias de post guerra entre otras, que para evidenciarlas basta revisar algunos de los indicadores.

2.6.-Características Epidemiológicas

La Región Huancavelica es vista como el departamento mas pobre del Perú, donde según el INEI (2001), la mortalidad infantil es de 109 por cada 1000 nacidos vivos, la fecundidad es la mas alta del país con 6.1 hijos promedio por mujer, mientras que la mortalidad materna es de 291.8 x 100 mil nacidos vivos.

La desnutrición crónica [4] , en niños menores de 5 años igualmente según el dato último de la ENDES 2000 es 53%.

En salud materno perinatal el 73% de las mujeres embarazadas siguen prefiriendo la atención de su parto por parteras y familiares. El parto institucional y domiciliario atendido por personal de salud solo se da en el 27% de casos, proyectándose aumentar ese porcentaje a 40% para el 2004. En los adolescentes y jóvenes hay un alto índice de

[4] DIRESA - Huancavelica

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

embarazos, siendo las mujeres de 10 a 19 años que ocupan el 27% de los embarazos de la región.

Según la ENDES 2000, en cuanto a servicios básicos sus indicadores son: El 67.70% de su población no cuentan con servicios de agua potable, el 87.5% con desagüe y sólo el 45% con electricidad, estando el 86% de la población en general en condiciones de hacinamiento.

2.7.-Aspectos de Tecnología

En los últimos años se ha observado que en el sector se ha ido a un uso mayor de la tecnología de punta con énfasis en los aspectos de apoyo diagnóstico, principalmente en las áreas de laboratorio e imagenología. Es conocido por ejemplo, la demanda del uso de ecografía como actividad obligatoria en el control prenatal. Es importante señalar que los equipos, debido a su conexión con componentes informáticos tiene una rápida obsolescencia en la actualidad.

Dos aspectos de tecnología blanda son importante a destacar, la necesidad de implementar la estrategia de trabajo en equipo en las organizaciones y la necesidad de emplear procedimientos de medicina rural en regiones que, como el departamento de Huancavelica tienen una población predominantemente de este ámbito.

2.8.-Análisis del Ambiente Interno de la DIRESA - HVCA.

En el Plan Estratégico 2000 - 2004, en el análisis de las fortalezas y las debilidades: Como fortaleza propia de su cultura organizacional se señala ***"la intención de cambio"***, en contraposición a la ausencia de ***"trabajo en equipo"*** o que ***"la entidad corporativa no es fuerte"***.

En cuanto a los Órganos de Línea, entre las DEBILIDADES ligadas a la condición de los recursos humanos y la calidad en el servicio se mencionan: El perfil del recurso humano asignado a los centros y puestos de salud aún no corresponden al necesario para optimizar la prevención primaria, el aspecto social esta poco integrado a la atención integral, no se realizan ni fomentan investigaciones operativas como una respuesta a problemas, ni se cuenta con políticas eficientes de desarrollo del recurso humano.

3.-MARCO REFERENCIAL SOBRE VIOLENCIA FAMILIAR

3.1.-¿ Qué es la Violencia Familiar ?

De acuerdo al Artículo 02 de la Declaración de las Naciones Unidas la Violencia Familiar

incluye los actos de agresión física, mental y abuso sexual, asi como las agresiones por causa de la dote, la violación en el matrimonio y/o las prácticas tradicionales de relación con la mujer, desde formas de agresión psicológico sutiles hasta formas extremas como la mutilación de los genitales. En el Perú en 1993 se publicó la Ley No. 26260 de Protección frente a la Violencia Familiar y establece que ***"Violencia Familiar es cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción grave, que se produzcan entre: Cónyuges, convivientes, ascendientes, descendientes, pendientes colaterales hasta el cuarto grado de consanguinidad y de segundo de afinidad, o quienes habiten en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales o laborales*** [5] ***"***

Para la OPS (1999) la Violencia Familiar es la ***"agresión física, psicológica o sexual, cometida por el esposo o conviviente, abuelos, padres, hijos, hermanos, parientes civiles u otros familiares y/o tutores o encargados de la custodia que afecta a las familias, sin distinción de raza, edad, educación o condiciones socioeconómicas".***

El interés de los organismos públicos y no gubernamentales por atender el problema pone en tela de juicio los roles y áreas de trabajo que todos y cada uno de las instituciones deben cumplir, ya que el fenómeno de la Violencia Familiar por su naturaleza y en su alternativa es compleja y multisectorial que para enfrentarla es necesario partir del análisis integral y considerar las particularidades de cada realidad, más aún en los trabajadores de salud, que según la OPS (1999), muchas veces suelen perder la oportunidad de ayudar porque a menudo no están enterados de los problemas, son indiferentes o tienen actitud crítica hacia los pacientes; pero con programas de capacitación y apoyo a los sistemas de salud, se puede no sólo responder a las necesidades físicas, emocionales y de seguridad de las víctimas, sino además asumir un verdadero liderazgo en la atención y prevención de este problema, siendo para ello necesario reafirmar, interrogar, confrontar valores, leyes y principios éticos.

3.2.-Tipos de Violencia Familiar

La [6] Violencia Familiar de modo general se clasifican en tres grandes formas: Maltrato físico, Psicológico y Abuso sexual, siendo los mas afectados, las mujeres, niños, y los discapacitados. En el caso concreto de las mujeres, esta se debe ya no por las limitaciones físicas o psicológicas sino que en ellas subyace una actitud de aceptación y resignación a ser mancillada en sus derechos debido a los roles aprendidos por la influencia de la sociedad y cultura machista.

3.3.-Contexto Socio Cultural y Psicosocial de la Violencia Familiar

[5] ***Definición de Violencia Familiar, Ley 26260 de protección frente a la Violencia familiar, Artículo 2º - de 1997***

[6] Promudeh, también en REVISTA KAUSAY No. 03, Programa de Contribución a la Promoción del Desarrollo Humano, Estilos de Vida Saludables y Prevención de la Violencia Familiar, The World Bank Office

Debido a la hegemonía del machismo, las instituciones sociales no solo han legitimado la autoridad del varón en el hogar, sino que él puede recurrir a la fuerza para castigar a la esposa y los hijos desobedientes. Además sistemáticamente se han regulado las relaciones entre ambos sexos, para favorecer y privilegiar en el varón responsabilidad legal, social, económica y de soporte emocional ante la mujer, los hijos y la familia.

En otro análisis al respecto Ana Tallada (2000), refiere:

"Las creencias, valores y costumbres asociadas a la violencia familiar y en contra de la mujer se sustentan, en el sistema sexo - género que conduce a la desvalorización de lo femenino, y por ende a la subordinación de la mujer. Este sistema asigna un género en el momento que nace la persona a partir de la apariencia externa de los genitales, atribución que en la infancia la determina una identidad genérica, antes de su identidad sexual (...). De esta manera se forman roles de género a partir de un conjunto de normas, creencias, valores, etc. que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino, creándose estereotipos al que se agrega el control social para su cumplimiento".

Ferreira (1992), considera que en relación a la situación de las personas maltratadas, en especial de la mujer y del agresor se han tejido muchos mitos que sustentan que en el caso de las víctimas están explicadas en el sentido que estas provocan la violencia, les gusta la violencia, son masoquistas, son seres biológicos pasivos, son incorregibles, malos, desobedientes, débiles y tontas, son enfermas, ignorantes e histéricas. En el caso del agresor, estos son violentos, alcohólicos, desocupados, psicópatas, impulsivos, locos o enfermos, verdaderos machos, todos los hombres son así...

El conjunto de creencias, valores, mitos, roles y prejuicios que sustentan las actitudes y comportamientos psicosociales, por ser común a los miembros de un grupos, se convierten en un factor decisivo para la reproducción de la violencia contra la mujer, que para Tallada (2000), viene a ser el componente ideacional de la sociedad que ha sido institucionalizado y se manifiesta y reproduce en las costumbres según la cultura, delimitando pautas de comportamiento que establecen una forma de vida, un modo de pensar y sentir, según el género de los miembros y el tipo de organización y funcionamiento de la unidad familiar. De esta manera, las creencias acerca de lo que es un hombre incluye estereotipos sobre masculinidad que asocian al varón con la fuerza, siendo posible su uso para la resolución de conflictos. En contrapartida, la mujer es culturalmente percibida como la más débil, sumisa y obediente.

3.4.-Consecuencias de la Violencia Familiar en las Víctimas

Las consecuencias en quienes sufren la Violencia Familiar son negativas, tanto para su salud física, psicológica y social, ya que configuran un conjunto de signos y síntomas que en cierta forma le son característicos, como:

- Presentan en su cuerpo cicatrices, marcas o estigmas de experiencias de maltratos anteriores.

En lo emocional y afectivo pueden presentar uno o mas de las siguientes alteraciones:

- Sentimientos negativos respecto a si mismos, desesperanza o resignación.
- Poca voluntad y decisión para buscar ayuda, se sienten inferiores y con menos derechos que el maltratador.
- Baja autoestima con sentimientos de dependencia hacia quien la maltrata, y se cree culpable o responsable de la conducta del agresor.
- Son comunes los estados de angustia y depresión, que pueden llevarlos al suicidio.
- Los niños maltratados presentan problemas de conducta, pudiendo ser agresivos, ansiosos, sumisos y/o temerosos.
- Por lo general su rendimiento en la escuela es bajo.

3.5.- Características del Maltratador (a)

La personas victimarias también en cierta forma definen un Síndrome, caracterizado por:

- Antecedentes también de haber sufrido violencia y llevan el recuerdo de una infancia dolorosa

En su comportamiento pueden presentar una o mas de las siguientes características:

- Producen temor o miedo con sus miradas y acciones.
- No controla sus impulsos y hace destrozos en la casa.
- Humilla, insulta, chantajea o se burla para hacer quedar mal a su víctima.
- Controla demasiado a su familia, se cree con derecho de decidir por los demás y argumenta que lo hace porque los quiere y no acepta fácilmente el daño que hace, siempre tendrá un argumento que lo justifique.

Para Ana Tallada (2000), la estructura y funcionamiento de las instituciones, sean educativas, laborales, religiosas, de salud, judiciales, etc. juegan un papel decisivo en la retroalimentación permanente del problema de la violencia en la familia, donde directa o indirectamente se la legitima ya que se reproducen en su funcionamiento el modelo de poder vertical y autoritario, usando en alguna medida métodos violentos para resolver conflictos institucionales, lo cual se transforma en un espacio simbólico propicio para el aprendizaje y/o legitimación de las conductas violentas en el nivel individual, afirmando que estas instituciones no ofrecen alternativas a la supuesta resolución violenta de conflictos interpersonales, mas bien, reproducen un estilo de relación autoritario, que por ejemplo a nivel educativo se evidencia este problema en los planes de estudios impregnados de estereotipos de género que refuerzan relaciones de desigualdad y deshumanización. Las instituciones religiosas suelen alentar la resignación frente al maltrato familiar y siguen sosteniendo un modelo de familia autoritario.

3.6.-LA PREVENCION Y ATENCION DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

La eliminación del fenómeno de la Violencia Familiar, será posible sólo cuando la convivencia democrática al interior de la familia se convierta en un estilo de vida, y ello implicará una verdadera revolución en la situación de violencia, además de reformar legislaciones, textos educativos, brindar oportunidades de participación y eliminación de la explotación económica, deberá ir acompañada de una revolución hacia dentro de mujeres y varones.

La transformación debe darse en centros educativos, recreativos, asistenciales, en las organizaciones políticas, en la familia, en le barrio, el Estado, la religión y en toda ocasión en la cual actúe el engranaje educativo y social, en lo público y en lo privado, creando conciencia y acciones que lleven a un actitud de rechazo crítico hacia los mensajes emitidos diariamente a fin de destruir la creencia que la violencia es un hecho natural y necesario.

En cuanto a la **PREVENCION,** La violencia familiar al igual que cualquier problema social, se hace necesario conocer la problemática, sus múltiples causas que contemplen factores psicológicos, socioeconómicos, culturales e históricos desde un enfoque de género. No se puede reducir su análisis a la conducta individual, pues es un problema de toda la sociedad. Una política de prevención y eliminación de la Violencia Familiar no puede dirigirse exclusivamente a la familia y sus integrantes, sino que debe comprometer a todos los sectores sociales.

La capacidad resolutiva ente el problema de la Violencia Familiar en el Perú, aún no es la satisfactoria, Según el Promudeh (2001). El 80 % de mujeres que realizan su denuncia ya lo han iniciado anteriormente cuyas quejas no han tenido eco y del conocimiento de las denuncias de las mujeres se conoce a las víctimas ocultas en la violencia intra familiar que son los hijos, y con relación a las Comisarías de la Mujer y/o Casas Refugio para la mujer maltratada, no existen en número suficiente para la demanda de servicios. En todo el país existen 12 comisarías: cuatro en Lima-Callao y ocho en provincias (Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Huancayo, Cusco, Chimbote, Moquegua y Tacna. En Lima Metropolitana 14 delegaciones policiales cuentan con una sección especializada en Mujer y hay otras seis en provincias. Durante 1999 se han creado ocho módulos de atención contra la violencia familiar en Lima (2), Huancayo, Piura, Cusco, Iquitos, Ica y Trujillo, con financiamiento externo. En el caso de las casas refugio, no existe ninguna casa financiada por el Estado ni recursos para apoyar a las casas existentes. En Lima sólo hay seis casas, parcialmente solventadas por gobiernos locales, pese a que la legislación les asigna esa responsabilidad.

De acuerdo a las Normas y Procedimientos de Prevención y Atención de la Violencia familiar y el Maltrato Infantil del Ministerio de Salud (2001), en la Prevención se involucran un conjunto de acciones cuya finalidad es reducir los factores de riesgo de la Violencia Familiar, reforzando los factores protectores para disminuir la probabilidad de permanecer en situación de Violencia familiar, identificándose como factores de riesgo los siguientes:

a Patrones culturales que toleran y alientan la violencia familiar y el maltrato infantil

b Características individuales: carencia de habilidades personales y sociales

c Escasa o nula información sobre sus derechos

d Situaciones de aislamiento social

e Inexistencia en la comunidad de instituciones u organizaciones que traten el problema.

Como **Estrategias** propuestas de prevención se proponen cinco procedimientos:

a. Acción Multisectorial: esta estrategia permitirá impulsar la participación organizada de la comunidad en el afán de construir un tejido social que brinde sostenibilidad a las propuestas de promoción de estilos de vida no violentos, de retiro del permiso social a la violencia familiar y que promueva el desarrollo de las personas y de la comunidad en general. Comprende el proceso de articulación y gestión multisectorial y comunitaria para fortalecer las instancias de coordinación constituyendo REDES, definir compromisos, promover el diseño de planes y programas

En este contexto las instituciones públicas deben formular políticas a nivel nacional, regional y local, para lo cual el BID (1999) propone algunas acciones que cada uno de los sectores podría realizar para prevenir y atender la Violencia familiar:

En Educación :

- Programas educativos que enseñen habilidades para resolver conflictos
- Programa de estudio y textos escolares no sexistas
- Mejor ambiente escolar
- Programas educativos técnicos, que reducen las tasas de deserción escolar y mejoran las oportunidades para entrar al mercado laboral
- Mayor cooperación con clínicas de salud, policía y departamentos de servicio social.
- Programas de mediación entre compañeros

En Salud :

- Mayor acceso a servicios de salud reproductiva
- Mejor identificación de víctimas en lugares de asistencia médica
- Mejor registro de víctimas de violencia
- Visitas a las casas de madres en situación de pobreza que han dado a luz
- Información sobre prevención de violencia en mujeres que usan servicios médicos
- programas para reducir el abuso de drogas y alcohol
- Programas que incentiven infantes / madres saludables
- Programas de aprendizaje entre pares sobre peligros que conllevan un estilo de vida violento.

Los profesionales de salud solos no podrán transformar el ambiente cultural, social y legal que causa y tolera la extendida violencia en todos los contextos. Para combatirla se necesitan compromisos y estrategias a largo plazo con la intervención de todos los segmentos de la sociedad. Numerosos gobiernos se han comprometido a acabar con la Violencia Familiar y en contra de la mujer, y han aprobado y puesto en vigor legislaciones

que garantizan los derechos jurídicos de las víctimas y castigo a los culpables, además de estrategias centradas en la comunidad aparte de la asistencia a los daños directos que pugnen por el cambio en las creencias y actitudes que permiten el comportamiento abusivo.

En Justicia :

- Centros alternativos, descentralizados para la resolución de disputas
- Incorporación de actividades de prevención de violencia en proyectos de reforma judicial sectorial
- Leyes o regulaciones que limiten la venta de alcohol durante ciertas horas/dias
- Acuerdos nacionales e internacionales para controlar la disponibilidad de armas
- Reformas al sistema judicial para reducir los niveles de impunidad.
- Entrenamiento al sistema judicial sobre el tema de la violencia doméstica

En la Policía :

- Policía comunitaria orientada a la solución de problemas
- Capacitación policial, incluyendo capacitación sobre asuntos de violencia doméstica y derechos humanos
- Mayor cooperación con otros sectores
- Programas voluntarios para recuperar las armas en manos de la población civil
- Mayor índice de casos resueltos y procesados para reducir los niveles de impunidad
- Acción afirmativa en el reclutamiento de policías
- Mejor recolección de información, mantenimiento de registros e informes

En los Servicios Sociales :

- Taller para parejas sobre cómo resolver conflictos de manera no violenta
- Capacitación en Habilidades sociales
- Servicios de guardería infantil de buena calidad y confiables
- Programas de tutelaje para adolescentes de alto riesgo
- Programas para enseñar a ser buenos padres
- Servicios comunitarios integrados

En los medios de comunicación :

- Campañas de comunicación para cambiar las normas sobre la violencia
- Reducción en la programación violenta, especialmente en la programación para niños
- Entrenamiento de periodistas en lo relativo a reportajes sobre crímenes
- Programas de capacitación de los medios de comunicación

En la Sociedad Civil:

- Capacitación de organizaciones no gubernamentales para cooperar y monitorear los esfuerzos de reforma de la policía.
- Apoyo del sector privado a las iniciativas para prevenir la violencia.
- Subsidio/financiamiento de organizaciones no gubernamentales para proveer asistencia en las etapas tempranas de desarrollo infantil.
- Programas para jóvenes de alto riesgo
- Involucramiento por parte de la iglesia y de otros grupos de la comunidad para cambiar las normas prevalecientes sobre violencia.

Se debe promover la participación activa de la sociedad civil, desarrollando programas de participación comunitaria que lleven a crear conciencia y establecer estrategias y acciones para la prevención de la violencia.

Es necesario el fortalecimiento de los grupos de mujeres, promover una mayor y mejor valoración social del trabajo que se está realizando desde lo micro social, a través de canalización de recursos, apoyo técnico, institucional, facilitando la participación de dichos grupos en el diseño de estrategias sociales, económicas, educativas, dirigidas a la mujer, a los y las niñas, la familia. El fortalecimiento de los grupos debe partir necesariamente de un respeto por su autonomía.

En el Desarrollo Urbano/Vivienda :

- Incorporación de temas de seguridad, recreación, áreas verdes, etc. en programas para la construcción de viviendas en mejoramiento de barrios.
- Infraestructura para deportes y recreación
- Infraestructura para organizaciones vecinales

b.- Información, Educación y Comunicación - IEC : Implica brindar información a personas y grupos en riesgo para desarrollar habilidades personales y sociales que le ayuden a conducir sus vidas sin violencia.

Entre estas habilidades se consideran: la identificación y solución de problemas, el conocimiento de los derechos personales y legales, las técnicas de toma de decisiones, comunicación, resolución de conflictos, desarrollo de la Autoestima, educación y disciplina, afrontamiento del estrés y el conocimiento de instituciones que ayudan a las familias en situaciones de violencia familiar y aquellos que apoyen a niños (as) adolescentes víctimas del maltrato infantil y otras de acuerdo a las características propias de la población requieran ser abordadas, pudiéndose realizar a nivel individual, grupal y masivo.

Los mensajes estarán dirigidos a informar sobre:

- La violencia familiar y el maltrato infantil no son hechos naturales, ni normales ni privados, sino que son faltas a los derechos de las personas constituyendo en algunos casos delito.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

- Mitos y estereotipos que condicionan la existencia de la violencia y el maltrato infantil
- Las consecuencias de la violencia y el maltrato infantil en la salud, educación y trabajo
- La intervención de las instituciones de salud en el abordaje de la violencia
- La existencia de servicios de ayuda o de las redes de apoyo
- Los derechos de la persona
- La familia: Roles
- Paternidad y maternidad responsables
- Autoestima
- Comunicación familiar y solución de conflictos en la familia
- Pautas de crianza y disciplina
- Sexualidad

c.- Talleres de habilidades personales y sociales : Trabajo con grupos desarrollado a través de sesiones estructuradas que permitan el aprendizaje de habilidades como la comunicación asertiva, toma de decisiones, manejo de la cólera, conflictos y el estrés, desarrollo de la autoestima.

d.-Sensibilización del Personal de salud : Comprende la sensibilización del personal de salud desde los niveles directivos hasta el personal que presta servicios generales y de apoyo. Se pretende lograr una actitud favorable de todo el personal para el abordaje de la violencia familiar y le maltrato infantil desde el sector Salud.

e.- Capacitación a voluntarios de la comunidad : Dirigido a promotores de salud integral, voluntarios y la comunidad en general sobre los temas anteriormente señalados y técnicas de comunicación necesarias para su participación en la formación de corrientes de opinión contrarias a la Violencia Familiar y el maltrato infantil y favorables al desarrollo de la familia.

En cuanto a la **ATENCION,** como la Violencia Familiar es un fenómeno que afecta a todos los miembros de la familia donde agresores y agredidos son elementos y expresiones de una problemática que los aliena y desde el punto de vista ambos requieren ser intervenidos.

SegúnAldave (1999), atender la violencia familiar, supone el desarrollo de una serie de acciones dirigidas a intervenir cuando ya ocurrió el problema para disminuir sus consecuencias, debiendo lasvíctimas y las/los agresores recibir apoyo profesional inmediato, pudiendo ser por un médico, psicólogo o asistenta social o acudir a las casas de refugio, las Instituciones del estado u ONGs, que trabajan en pro de los derechos de la familia, la mujer y el desarrollo humano; [7] pero a pesar de ello aún hay aspectos pendientes que impiden que las víctimas de la Violencia Familiar accedan a los beneficios que señala la legislación o encuentren resultados favorables en su recuperación, poniendo en cuestionamiento la capacidad resolutiva y de respuesta ante el problema.

[7] Revista KAUSAY III, Programa de Contribución a la Promoción del Desarrollo Humano, Estilos de Vida Saludables y Prevención de la Violencia Familiar en Huancavelica.

En el Documento: “Violencia Familiar : desde una perspectiva de género” del Promudeh y Opción (2000), en el Análisis de la atención de calidad en violencia familiar, se plantea que una adecuada atención debe estar basada en el respeto a la persona que acude en busca de ayuda y de justicia, en la información sobre sus derechos y la orientación adecuada y oportuna del procedimiento que ha iniciado.

Las instituciones que de acuerdo a ley tienen que participar en la atención de la violencia familiar, deben brindar una atención de calidad, que supone actitudes de trato positivo hacia las personas que acuden a los diferentes servicios, siendo la calidez, confidencialidad, agilidad e interdisciplinariedad los principios básicos para una atención de calidad.

El personal que tiene el deber y la función de atender los problemas relacionados a la Violencia Familiar, deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Evitar hacer juicio sobre la situación de la persona
- Es necesario valorar adecuadamente la situación de violencia de la persona afectada, a fin de identificar si su seguridad, e incluso su vida, está en riesgo.
- Considerar antecedentes de tratamiento psiquiátrico, como criterio de derivación a un centro especializado.
- Se sugiere que toda persona que denuncia violencia familiar deben ser derivados al consultorio psicológico y de asesoría legal, antes de proceder a la denuncia en la Comisaría. Exceptuando aquellos casos donde se presuma la comisión de un delito

4.- MARCO REFERENCIAL SOBRE LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DEL AGENTE SOCIAL DE CAMBIO

4.1.- ¿ Quien es el agente social promotor del cambio ?

Asumimos que el “Agente Social de cambio” en términos comunitarios es aquella persona quien con sus palabras y/o accionar es capaz de ejercer influencia en la colectividad del cual forma parte para la toma de decisiones.

En este sentido, el rol del Agente Social de Cambio esta estrechamente ligado al tema del liderazgo y al papel de líder. Sara Encinas (2001), en su definición de Líder la entiende como ***“aquel que es capaz de ofrecer una visión, como expresión de lo que una comunidad o grupo de personas quiere para el futuro”***, por lo que el liderazgo y el rol del agente social de cambio puede ser realizada por cualquier persona cuya función consiste en facilitar, orientar y hacer que el grupo afronte y supere sus problemas, conflictos y retos, permitiendo que busque satisfacer sus necesidades y llegara a la meta

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

propuesta.

Miguel Angel Cornejo (1995), encuentra qua a través de las investigaciones realizadas sobre el tema se ha podido demostrar que las principales capacidades y habilidades de un líder, -asumimos también un agente social -, pueden aprender siempre y cuando estén dispuestos a asumir el esfuerzo cognitivo de tener que prepararse y el costo del cambio de hábitos y de incorporar nuevas conductas a su personalidad, .

4.2- Condiciones para el ejercicio del rol social de la persona Agente de Cambio

Al hablar de “Condiciones para el rol social”, se invoca a un conjunto de atributos propios que todo Agente Social, sea gerente, autoridad, ciudadano honorable, dirigente, docente, padre de familia, etc. deben desarrollar no sólo para el éxito de su trabajo, sino además para cumplir los otros roles que corresponde a su condición, ante si mismo, su familia y la sociedad.

Entre los principales atributos para el cumplimiento positivo del rol social del Agente de cambio, en común los diferentes autores señalan:

- Visión de Futuro :

Mientras más se desarrolle la capacidad de vernos nítidamente en el futuro, nuestras decisiones sabrán hacia donde orientarse. Esta capacidad de proyectarse al futuro se transmitirá a los seguidores que harán suyo ese sueño, para ello el líder o el agente social debe ser un buen comunicador, saber reconocer el pasado, evaluar el presente y concertar las oportunidades. Una visión positiva de futuro, da sentido a los cambios, evoca una imagen clara y positiva del futuro, la misma que genera orgullo, energía y sentido del deber, resultando memorable, motivador e idealista.

- Confianza en si mismo :

El estar seguro de sus principios, habilidades y conocimientos, va permitir al agente social de cambio tener confianza en si mismo como para ingresar a lo desconocido y trazarse metas trascendentes, y sobre todo persuadir a otros a ir con él. Esta confianza en si mismo se expresará además en una actitud de humildad para reconocer que otras personas también tienen igual o mejor capacidad, por lo que un buen líder no solo sabe hablar bien, sino además sabrá escuchar y reconocer.

- Voluntad de cambio y pasión por el trabajo :

Las personas agentes sociales de cambio enfocan su trabajo sobre la base conceptual que todo está en constante cambio y que hoy los cambios son cada vez mas acelerados, como consecuencia de la rápida globalización que se da en el mundo. En tal sentido, es quien con su jerarquía y condición proporcionará esa sutil energía que mueve a los grupos y la organización, que en principio debe guardar perfecta relación con la misión institucional y en segundo lugar enmarcarse éticamente a los valores del respeto a los derechos humanos, cuidando siempre que el enfoque no se convierta en un dogma, que le impidan pensar más allá del espacio en el cual se desenvuelve, de igual manera buscará reunirse con personas de diversos círculos para entrar en otros mundos y

alimentarse de él.

- Motivación y reconocimiento :

La grandeza de un agente social, capaz de influenciar en su comunidad a los cambios positivos se mide por su sencillez no como una actuación fingida o forzada que busque sólo impactar o vender una falsa imagen, sino que esta debe ser una constante en el quehacer cotidiano, buscará motivar y reconocer a través del enriquecimiento de las tareas, por mas insignificantes que parezcan debiendo valorarlas cualquiera que estas sean.

Los grandes líderes y las personas que asumen el rol de agentes sociales de cambio tienen que marchar solos de vez en cuando, tienen que vivir a través de otros, derivando su satisfacción del éxito en los demás, así como brindar reconocimiento que ellos mismos suelen negarse.

- Valores y ética :

Una labor en el marco de la ética y la honestidad otorgará al agente social la dignidad y credibilidad para desarrollar un trabajo positivo; de no ser así, no podrá garantizarse éxitos a largo plazo ya que sus seguidores lo abandonarán, porque una persona sin ética no es fiable.

4.3.- Características del rol del Agente Social en los programas Sociales

Ser miembro del recurso y potencial humano de un programa social exige desplegar de manera permanente, con mucha naturalidad y espontaneidad un conjunto de destrezas que caractericen su labor, y más aún si es líder, promotor o gerente. David Fischman (2000) manifiesta, ***"Lo que mueve a las personas son sus sentimientos y emociones, pero muchas veces se ignoran y por el contrario se crea un clima que desmotiva a persistir en el trabajo"***, el estar obstinado en cifras, costos, datos, hechos, logro de objetivos y/o mejora de procesos, hacen que muchas veces se olvida la verdadera esencia del ser humano, nuestro ángulo emocional y espiritual.

Entre las capacidades y habilidades que caracterizan a un buen agente social en su rol de promotor del cambio y para un desempeño integral en un programa social o de salud pública, se menciona:

- Habilidad para desarrollar procesos de gestión y toma de decisiones de manera correcta, con Inteligencia, Conocimientos técnicos sobre el área donde se labora y manejo adecuado de la información con relación a sus responsabilidades.
- Capacidad para articular y motivar, ya que los resultados que persiguen requieren del concurso de otras personas, por ello deben establecerse mecanismos de cooperación al interior y exterior de su sector.
- Capacidad de resolución de problemas y conflictos; que para enfrentarlos eficientemente es importante conocer el qué, cuándo, dónde, quién, cómo y porqué, buscando establecer la frecuencia y dimensión de los problemas para luego analizarla

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

y establecer alternativas que pueda ser confrontadas con la factibilidad que le otorgan sus condiciones y recursos.

- Apoyo en la orientación al desarrollo de los recursos humanos Entiende claramente que una organización cualesquiera sea su orientación o tamaño es una comunidad de individuos y que a mayor desarrollo del personal se obtendrá mayores resultados que se expresarán en cambios positivos con relación la identidad, mística, competencia y capacidad.
- Compromiso con el desarrollo de la institución; que implica un profundo conocimiento y práctica de la filosofía, los valores y objetivos institucionales en el servicio con calidad o competitividad, buscando resultados satisfactorios en metas concretas las cuales deben reflejar con claridad su compromiso con la misión de la su institución, su capacidad personal y del equipo humano del que forma parte.
- Orientación a la búsqueda del desarrollo e innovación para alcanzar resultados. Se compromete en su labor y es capaz de constituirse en agente viabilizador del accionar, por mas difícil que esta sea, ya que podrá influenciar para ***"que las personas hagan lo que creen que no pueden hacer".***
- Habilidad para formar equipos de trabajo; puesto que el éxito en su rol no depende exclusivamente de él, sino del concurso de otros grupos o personas. Por ello debe compartir valores, metas, propiciar la participación y dedicación, así como el respeto al trabajo en equipo.
- Capacidad de negociación, sugiere la búsqueda de acuerdos, compromisos y concesiones entre dos o más posiciones.

4.4.- Condiciones de los trabajadores de salud en su rol de agentes social promotor del cambio

Para que el estado de salud mental, satisfacción y bienestar del personal de los programas sociales y de todo agente social promotor de estilos de vida saludables y de prevención de la Violencia Familiar sean satisfactorios, es necesario garantizar sostenibilidad en el conjunto de habilidades y atributos que le deben ser propios, tales como:

- Conocer lo que ocurre en el programa. Es importante se tome contacto con el trabajo de campo y con sus usuarios, ya que ello permitirá conocer mejor los resultados positivos o negativos de trabajo que se viene desarrollando.
- Entender de manera clara y precisa los objetivos, metas y estrategias del programa, ya que hay momentos en que los trabajadores por intereses personales, inseguridad o desconocimiento pueden tener una orientación ambigua o confundirlos ante diversas presiones o intereses ajenos a la organización.
- Expresar actitud solidaria permanente, los servidores de los programas sociales estén siempre dispuestos a atender a quienes los soliciten, y no aprovecharse de aquellos que dependen de su poder.

- Evaluar permanentemente el trabajado en cuanto a su calidad y el cumplimiento de los objetivos y metas, reforzando el desarrollo individual y el trabajo en equipo, definiendo el cómo se va a actuar y que ejemplo transmitir.

4.5.- Rol Social de los trabajadores de salud en la prevención y atención de la Violencia Familiar

El sector salud en el rol social que está llamado a cumplir requiere de operadores capaces en todos los niveles, de verdaderos agentes de cambio, sobre todo cuando se trata del abordaje de las necesidades humanas y de los problemas de salud con carácter social y psicosocial, como la Violencia Familiar; y siendo los objetivos y fines de las políticas de salud brindar a la población servicios con calidad y calidez como base de la atención de salud integral, es necesario quienes trabajan y forman parte del sector comprendan que las principales capacidades y habilidades de un modelo positivo y eficiente se puede aprender, dado que la educación y la formación es más importante que el don natural.

Las personas que forman parte de las instituciones de servicio y desarrollo social a quienes les es inherente el rol de agente social, aparte del dominio y manejo de los aspectos técnicos y administrativos propios de su campo, requieren además expresar de manera permanente cualidades socio emocional y de sensibilidad y comprensión oportuna de los resultados de su gestión en el proceso de transformación de los problemas sociales.

En términos de desarrollo institucional el garantizar en el recurso humano el mejoramiento de las capacidades en general, permitirá el fortalecimiento continuo de la eficiencia, y si de trabajadores de la salud se trata, esta trascenderá aun mas, ya que el destino de muchos otros va a depender directamente de ellos, y en el contexto comunitario y ciudadano quienes cumplen el rol social de atender, prevenir y promocionar la salud y el desarrollo humano deben ser personas modelos con capacidad de influencia significativa y de movilizar a un grupo hacia los objetivos y metas establecidos por el sector o la organización del que forman parte.

Por ello es importante que el agente social, como parte de su rol sepa ganar y mantener su papel como tal, satisfacer necesidades, resolver adecuadamente sus problemas y conflictos, darle un significado a su trabajo, administrar adecuadamente su tiempo, poseer una buena autoestima, planificar sus metas, confiar en los equipos de trabajo y fomentar la creatividad, que según Gómez Zamudio (1998), Las intervenciones de prevención primaria y de promoción de la salud son mucho mas amplias y requieren del concurso de mucha gente. El mejoramiento de la salud no esta en manos de un solo grupo de personas sino que es una empresa social donde cada uno tiene un papel activo. Las intervenciones de promoción de la salud exigen una mayor delegación de poder y de responsabilidad entre la comunidad y quienes hacen las intervención.

La visión de futuro del líder en su condición de importante agente social para el cambio, será un afán permanente que se irá consolidando en el tiempo y ello implica:

- Dar la impresión que tiene tanto que perder como todos los que no se impulsan hacia delante.
- Dar esperanzas cuando pareciera imposible una salida.
- Llevar a la práctica la visión, y ser el modelo vivo y activo en esta tarea digna de emitir y reproducir.
- Desafiar y practicar.
- Dar la impresión de que se ocupa personalmente del desarrollo de la visión.
- Aceptar ideas y esfuerzos que lo acerquen a la visión

4.6.-La Autoestima y las habilidades psicosociales en el agente social de cambio

En un análisis sobre el factor humano Loli Pineda (2001). manifiesta que en la década de los 90, la globalización de la economía y la cultura trajo consigo la búsqueda de la calidad en los servicios y/o bienes que producen las organizaciones a fin de lograr un desarrollo sostenido y competitivo; sin embargo, ni la tecnología ni el altruismo de los líderes empresariales son suficientes para el logro de dichos objetivos, haciéndose indispensable entonces considerar la presencia de la persona en este proceso de cambios.

Los valores de las personas son la clave para el fortalecimiento y el éxito en el desarrollo organizacional, y la autoestima es la base para el éxito personal.

Cruz Ramírez, José en su libro [8] "Autoestima de la Calidad" menciona la siguiente definición: ***"El líder es una persona normal en su condición biológica pero con una muy elevada carga de autoestima orientada a un comportamiento en el que la necesidad de logro se presenta como característica".***

De la definición descrita resaltamos que las persona agentes sociales capaces de influenciar positivamente en su comunidad, son quienes destacan por un una elevada autoestima y buen manejo de las habilidades psicosociales que lo llevan a buscar, dirigir o motivar a su grupo hacia el logro de sus objetivos, que al alcanzar el éxito se reafirman en su seguridad, amor propio, creencias o fe en si mismos.

En cuanto a las habilidades Psicosociales del agente social, se han identificado características en individuos que tienen condiciones de líderes con altas puntuaciones en la necesidad de logro, entre las que destacan son las siguientes:

- Se desempeñan en condiciones de competencia y aprenden rápido.
- Tienen gran confianza en ellos mismos.
- Aceptan con gusto sus responsabilidades.
- Son enérgicos en lo que quieren.
- Tienen tendencia a las tensiones y los trastornos psicofisiológicos.

[8] Mencionado por Cornejo Miguel Angel, en "Liderazgo de Excelencia"

Al referirse a los agentes sociales influyentes en el cambio positivo, Lawrence E. Shapiro (1998), refiere que los mejores líderes de la historia han sido aquellos que poseían una mezcla casi perfecta de personalidad e intelecto, porque en su toma de decisiones hubo un equilibrio perfecto entre el sentimiento y la razón.

4.7. La motivación intrínseca y el rendimiento laboral

Desde hace tiempo se planteó que las personas satisfechas logran un mejor rendimiento en el trabajo, por lo tanto de acuerdo a este enfoque la labor gerencial consistirá en actuar de manera considerada con las personas, interesarse en sus necesidades y ayudarlas en todo lo que sea posible, Para Jhons (1988) [9] esta orientación no obedece a motivos humanistas sino principalmente a una estrategia que busca incrementar el rendimiento de las personas, pudiéndose resumir lo sustancial del enfoque en la secuencia:

"Buenas relaciones interpersonales > satisfacción en el trabajo > Buen rendimiento"

En esta tríada, la "*satisfacción en el trabajo*", en relación e interacción con la salud psicológica de la persona, constituyen el sustento de la Motivación Intrínseca, que en caso de tener una correlación positiva es de esperar que las personas satisfechas con su trabajo lo estén también en su vida familiar y social; y por tanto mantendrán vigentes su capacidad de productividad, determinándose por consiguiente que la salud mental es una **condición y consecuencia a la vez de la satisfacción laboral, que al respecto García Rada (1992), supone:**

"La salud física y mental de las personas y el nivel de satisfacción laboral están en relación de manera interactiva. En otras palabras, se puede asumir una interrelación dinámica entre dichas variables".

Las personas motivadas y satisfechas con su trabajo presentan estados psicológicos favorables a su desempeño laboral. En efecto un individuo necesita percibir que su trabajo es significativo e importante para su propio sistema de valores. Además, debe estar convencido de que él es responsable por los resultados de sus trabajos, por último esta persona debe estar en condiciones de determinar en qué medida el resultado de su trabajo es o no satisfactorios, Hakaman (1975), concluye que si estos tres factores se halla presentes, la persona se siente bien consigo mismo y se muestra motivada por alcanzar resultados.

En la motivación laboral, interesan la percepción o forma de entendimiento del trabajador frente a los problemas y/o asuntos que la institución del cual forma parte esta llamada a atender. En este sentido, desde el punto de vista de la teoría de la Equidad desarrollada por Admas (1978), que postula que cuando los trabajadores perciben una relación equitativa entre el esfuerzo aplicado y el resultado obtenido, las personas experimenta una sensación de intercambio saludable con su empresa. En cambio cuando se percibe inequidad, ocurre una sensación displacentera que provoca tensión. En buena parte el grado de equidad o iniquidad esta determinada por el propio trabajador a través

[9] Jhons, referido en "El comportamiento Humano en las Organizaciones" García Rada J.F. Pag. 187.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

de sus percepciones. Así, la percepción explica cuánta motivación tiene uno para trabajar y cuánta satisfacción le produce el trabajo.

Con respecto al rol social en la prevención y atención de los problemas sociales, es conveniente a fin de vislumbrar cuan motivados e involucrados están los trabajadores con los objetivos y fines institucionales, entender la forma de percepción o el entendimiento que el trabajador expresa en relación al fenómeno o problema a atender, como; la violencia, la salud, educación, justicia, etc, asi como los sentimientos expresos de satisfacción o insatisfacción laboral, percepción del interés del sector o de su centros de trabajo en relación a su desarrollo y perfeccionamiento profesional y su bienestar social, que de ser favorables, es de esperar se de en los trabajadores una disposición emotiva y afectiva para responder con eficiencia en el cumplimiento de sus funciones propias de su rol de agente social, es decir intrínsecamente se sientan motivados. .

5.- LA ORIENTACION EN LOS SISTEMAS DE CAPACITACION DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

5.1.- El enfoque de la Educación Permanente

La propuesta de capacitación y desarrollo de los recursos humanos en salud es diseñada y aplicada bajo el enfoque de Educación Permanente y mantiene como propósito esencial el desarrollo de los recursos humanos en su forma regular en el centro mismo de trabajo y a partir de ello se pretende generar cambios y mejoras en la prestación de servicios de salud.

Es asi por ejemplo como parte esencial de los objetivo de los Programas y Proyectos desarrollados en los últimos cinco años por el Ministerio de Salud y particularmente en Huancavelica, en el proceso de “Modernización”, “Mejoramiento Continuo de la Calidad”, como el Programa Salud Básica para Todos, el Proyecto 2000, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Capacitaciones Oficializadas y No oficializadas han desarrollado esfuerzos y múltiples acciones de capacitación en la modalidad de Capacitación Permanente, tanto en sus formas no escolarizadas, a distancia o mixtas y todas dirigidas fundamentalmente a fortalecer el aprendizaje y su aplicación en los trabajadores del primer nivel de atención de salud para que garanticen una atención integral con calidad, eficiencia y equidad en la población.

Como sustento de las estrategias y Metodología para la Capacitación Local del Programa de Administración de Acuerdo de Gestión (1999) en la aplicación de los modelos pedagógicos de la educación permanente en salud, se definen tres modelos Pedagógicos: La Transmisión, El adiestramiento y la Problematización.

Al respecto, por la naturaleza y contenido de las competencias que el trabajador de

salud deberá manejar para afrontar los problemas específicos de salud de su comunidad, los procedimientos de enseñanza - aprendizaje de transmisión y adiestramiento son y serán validos, haciéndose más integral la capacitación, incorporando procedimientos de PROBLEMATIZACION, gracias al cual el estudiante o capacitando "pasa a ocupar un protagonismo principal" ya que su rol se hace activo, debe elaborar sus conocimientos y en este esfuerzo no depende totalmente del docente, que asume el papel de orientador, facilitador del aprendizaje, pues:

" Lo importante no son las ideas, ni los conocimientos, ni comportamientos correctos, lo que se pretende es incrementar en el alumno su capacidad para identificar problemas reales y buscar soluciones de manera creativa y original". [10]

Se precisa que con este enfoque la participación del trabajador de salud en su condición de alumno será eminentemente activa, formula preguntas, observa, da sus opiniones y percepciones. El hecho de plantear y ejecutar soluciones a los problemas identificados representa esfuerzo para el aprendizaje. Con esta pedagogía el aprendizaje esta ligado a los aspectos significativos de la realidad y que se fortalece las habilidades intelectuales de observación, análisis, comprensión y se da en un intercambio y cooperación con los demás miembros del grupo.

5.2.- Los Programas de Educación a Distancia

Una de las intervenciones mas importantes de capacitación desarrollado en el Ministerio de Salud, en especial en las regiones de mayor demanda y problemática como son Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Cuzco y Puno, fue el PCMI, Programa de Capacitación Materno Infantil, como parte del Proyecto 2000 y CARE, que para implementarlo, previa convocatoria y concurso público, seleccionaron a un consorcio de instituciones, que en sus inicios (Septiembre 1996), fue conformada por la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN), que lo preside; el Instituto de Investigación Nutricional, IIN; La Facultad de Medicina "San Fernando" de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y el Movimiento Manuela Ramos, El Consorcio ESAN trabaja bajo la coordinación de un grupo de expertos del Proyecto 2000.

El PCMI, fue un programa "innovador", que utilizó las estrategias de la Educación Permanente en Salud (EPS) mediante la problematización o Análisis crítico de la Práctica de las actividades cotidianas y cuyo objetivo esencial fue implementar un sistema de calidad en los servicios materno infantiles, el cual incluye tanto los aspectos de gestión, como de servicios clínicos asistenciales, así como una adecuada articulación con la comunidad y la red de servicios de salud, para finalmente poder contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal. [11]

Culminadas las experiencias de capacitación, implementación y calificación como establecimientos modelos en las nuevas formas de atención y resolución a los problemas

[10] Estrategias y Metodología para la Capacitación Local, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Programa de Salud Básica para Todos - MINSA, 1999. Pag. 23

[11] Programa de Educación a Distancia. Ministerio de salud, Proyecto 200, USAID. Lima. 2000.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

de salud, en especial la materna perinatal en los establecimientos de las capitales de Provincia y el Hospital Departamental Huancavelica bajo un marco de la calidad y calidez; hoy a escasos meses de culminado el proceso, el impacto y los resultados del “cambio” y la calidad en el servicio, desfavorablemente distan mucho de los objetivos y fines que orientaron la experiencia. Estos resultados poco satisfactorios que implicó gran inversión en la movilización de recursos financieros, materiales y humanos a futuro pueden ser previsibles o al menos minimizados, siempre y cuando se tomen en cuenta los aspectos socio emocionales, familiares, psicosociales y de compromiso de los trabajadores en su rol de agentes sociales y líderes en la salud de la comunidad, siendo necesario para ello se entienda de una vez por todas que los programas de desarrollo del recurso humano y de modernización del sector cualesquiera sea su naturaleza, no garantizaran un impacto favorable si esta es meramente cognitiva, que por cierto es importante pero no es todo, puesto que no será posible se haga la transferencia de los aprendizajes o se de sostenibilidad a los cambios si no se trabaja y no se toma en cuenta la dimensión humana y psicosocial de los trabajadores, que en el caso del sector salud es algo especial.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

1.- TIPO DE INVESTIGACION

El estudio se definió como una investigación de **TIPO BASICA**, (Sánchez Carlessi y Reyes Meza, 1992), ya que se busca conocer y entender mejor las condiciones psicosociales del personal de salud para el desempeño en su labor de atención y prevención de la Violencia Familiar en la Región Huancavelica.

2.- NIVEL DE INVESTIGACION:

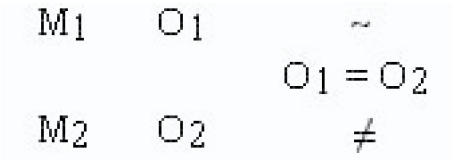
Del mismo modo, tomando como referencia a Sánchez Carlessi, 1992, la investigación fue de un **NIVEL DESCRIPTIVO ANALITICO**, ya que se describen y analizan los factores de orden psicosocial en lo Afectivo-Emocional, Socio Familiar y de Motivación Intrínseca de los trabajadores de la región de Salud Huancavelica, asociados a su rol de agentes sociales en la atención y prevención de la Violencia Familiar.

3.- DISEÑO DE INVESTIGACION :

El diseño empleado en el estudio corresponde a los No Experimentales (Hernández, Fernández y Baptista, 1999), en su forma de **INVESTIGACION DESCRIPTIVA COMPARATIVA** (Sánchez Carlessi, Reyes Meza 1992).

Es **Descriptiva** porque identifica, describe y analiza las características psicosociales a nivel Afectivo - Emocional, Socio-Familiar y de Motivación Intrínseca que manifiestan los trabajadores de la Región de Salud Huancavelica en su rol de agentes sociales en la prevención y atención de la Violencia Familiar.

Es **Comparativa**, ya que los caracteres psicosociales manifiestos por los trabajadores de la DIRESA - HVCA, se diferencian en relación al sexo y en cuanto a su condición de trabajadores Inmersos y No en el problema de Violencia Familiar, esquematizándose el diseño de la siguiente manera:



Donde:

- **M 1:** trabajadores Inmersos en V.F.
- **M 2:** trabajadores No Inmersos en V.F.
- **O n :** observaciones y mediciones relevantes , en base a los instrumentos de recojo de información definidos.

4.- POBLACIÓN Y MUESTRA :

Los resultados de la investigación representan a una **Población de Estudio** de1153 trabajadores varones y mujeres en todos los niveles (profesionales, técnicos y auxiliares) y condiciones (nombrados y contratados a plazo fijo) de la Región de Salud Huancavelica, del cual se definió la **Muestra de Estudio** conformado por 334 trabajadores tomados de los establecimientos mayores y con más número de trabajadores como son: El Hospital Departamental Huancavelica, La Dirección Regional de Salud y los Centros de Salud de las Capitales de Provincia, como: Pampas, Lircay, Acobamba, Castrovirreyna, Huaytará y Churcampa, Equivalente al 28.96% del total de trabajadores del ámbito de DIRESA - HVCA.

De esta población de 334 trabajadores de acuerdo a los resultados del Tamizaje en base a la aplicación de la ficha Epidemiológica, por **Muestreo No Aleatorio de Tipo**

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Intencionado, se definieron 02 grupos por sub categorías en relación al sexo y la Condición de Inmersos o No en Violencia Familiar, siendo de esta manera 198 (59.3%) las mujeres y 136 (40.7%) los varones, y 130 trabajadores (38.92 %) Inmersos en Violencia Familiar y 204 (61.08%) los No inmersos.

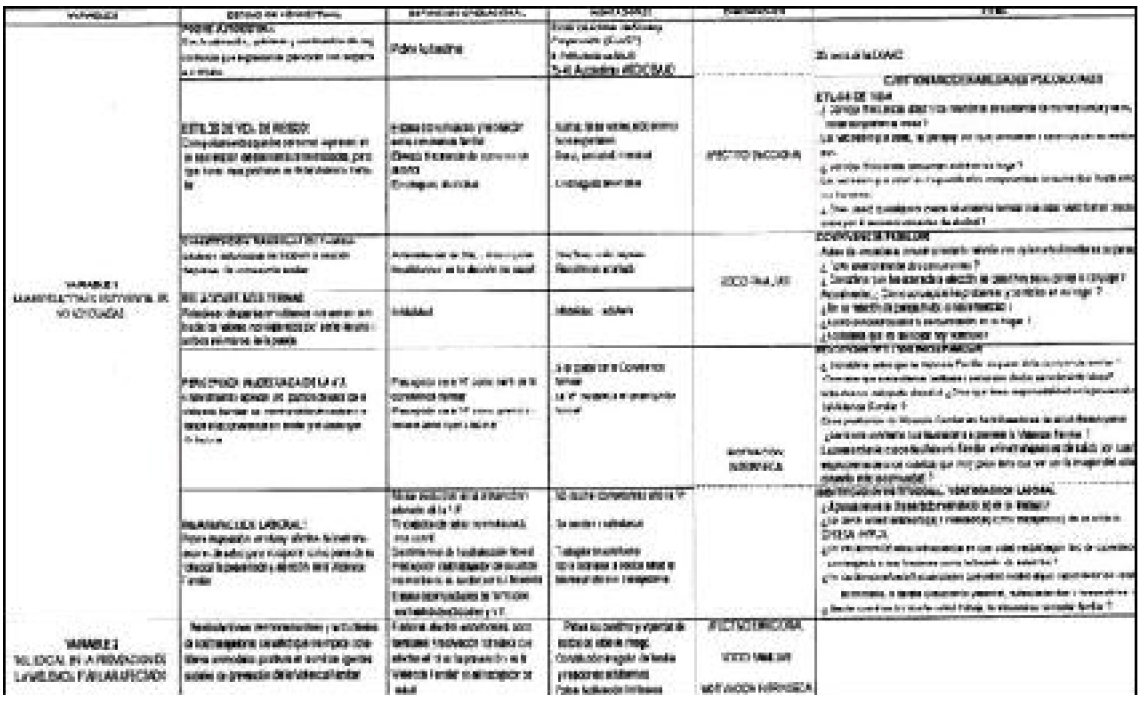
5. VARIABLES DE ESTUDIO :

En la relación entre las manifestaciones psicosociales y el rol social de los trabajadores de salud en la prevención de la Violencia Familiar de acuerdo a las hipótesis de investigación se identifican las siguientes variables:

5.1.- Identificación de Variables

- **Variable 1 :** Manifestaciones psicosociales no adecuadas
- **Variable 2 :** Rol social en la prevención de la Violencia Familiar afectado.
- Variables Controladas :
  - Sexo
  - - Inmerso o no en Violencia Familiar

5.2.- Definición de Variables:



6.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE ESTUDIO

Las técnicas e instrumentos empleados en el recojo de información referentes a las variables de la investigación, fueron a dos niveles:

6.1.- PARA FINES DE TAMIZAJE

6.1.a.- La Ficha Epidemiológica Multisectorial de Prevención de la Violencia Familiar

Es un instrumento de manejo oficial a nivel multisectorial, en especial en aquellas instituciones que en su labor tienen que ver con el problema de la Violencia Familiar propuesto por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, permite el recojo de la información de casos que ocurren y que son reportados a las instituciones que participan en la red del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar. (Software EPI INFO), utilizado en el estudio para fines de Tamizaje.

6.2.- PARA EL RECOJO DE INFORMACIÓN PSICOSOCIAL PROPIAMENTE

6.2.a.- La Escala de Autoestima de Adultos de Stanley Coopersmith: (EAASC)

- Descripción de la EAASC

La denominación Original del Instrumento en 1959 en California - EE.UU, fue ***The Coopersmith Self-Esteem Inventory*** y fue diseñado para su aplicación a personas de 16 a 64 años varones y mujeres de cualquier grupo étnico y de un nivel educativo promedio con el propósito de medir actitudes valorativas hacia uno mismo, bajo el sustento que la Autoestima es una habilidad asociada a la satisfacción personal y al funcionamiento eficaz, expresada en comportamientos verbales y no verbales en lo individual, social y familiar en base a la experiencia del sujeto.

El inventario consta de 25 items de respuestas dicotómicas entre SI y NO, con un puntaje máximo de 100 puntos, no existiendo una escala de mentiras que invalide la prueba. Los puntajes se obtienen sumando el número de items respondidos en forma correcta y multiplicando esta por cuatro, definiéndose en base a las puntuaciones un baremo de 04 Niveles de Autoestima a un rango de 24, como:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

0 - 24	Autoestima BAJO
25 - 49	Autoestima MEDIO BAJO
50 - 74	Autoestima MEDIO ALTO
75 - 100	Autoestima ALTO

- Validez

La **Validez** del instrumento (**(EAASC),** se estableció por dos procedimientos:

- Mediante el método de Análisis de Validez de Contenido por Jueces o expertos, para el cual se convocó a un Equipo de 05 psicólogos con experiencia de trabajo en el sector salud y conocimiento de la realidad socio cultural de Huancavelica como: Carlos Donaires Huamán del Hospital Departamental del Ministerio de Salud, Antonieta del Pilar Uriol Alva del Centro de Atención Integral en Poblaciones de Riesgo CAIPRI KAUSAY; María Elena Hortega Melgar y Consuelo Gómez Sarapura de la Universidad Nacional de Huancavelica, dando como resultado que los ítems en su totalidad expresan diferentes indicadores de autoestima en el adulto.
- Se determinó la capacidad de discriminación de cada uno de los 25 ítems mediante la contrastación del número de aciertos del grupo de puntaje superior con el grupo de puntaje inferior a un valor central deseable del 50% de la muestra y un valor crítico igual a 0.34. Lográndose establecer directamente con este procedimiento la validez o capacidad de discriminación de cada uno de los 25 ítems, como se señala a continuación: [12]

[12] La capacidad de discriminación fue determinada mediante la Correlación Tetratónica, con un resultado de 0.22, que indica el item SI DISCRIMINA.

ITEM	Indice de Discriminación	RESULTADO
1	0.85	DISCRIMINA
2	0.87	DISCRIMINA
3	0.98	DISCRIMINA
4	0.37	DISCRIMINA
5	1.22	DISCRIMINA
6	0.97	DISCRIMINA
7	1.16	DISCRIMINA
8	1.32	DISCRIMINA
9	0.84	DISCRIMINA
10	1.76	DISCRIMINA
11	1.54	DISCRIMINA
*12	0.24	DISCRIMINA
13	1.21	DISCRIMINA
14	0.98	DISCRIMINA
15	1.63	DISCRIMINA
16	1.78	DISCRIMINA
17	1.51	DISCRIMINA
18	1.34	DISCRIMINA
19	1.40	DISCRIMINA
20	1.76	DISCRIMINA
21	1.96	DISCRIMINA
22	1.47	DISCRIMINA
23	1.44	DISCRIMINA
24	1.22	DISCRIMINA
25	0.77	DISCRIMINA

- Confiabilidad

Ha pesar que la **EAASC** es uninstrumento psicométrico de gran uso y utilidad en los servicios de Psicología del Hospital Departamental Huancavelica, establecimientos de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica por el Programa de Salud Mental y el Departamento Psicopedagógico de la Universidad Nacional de Huancavelica y en vista de no haberse encontrado mayores referencias sobre la confiabilidad; por tratarse de una prueba de “sentimiento”, en una muestra piloto de 60 sujetos se procedió a determinarla mediante el método de Consistencia Interna de Kuder Richardson KR20, obteniéndose como Coeficiente de Confiabilidad el valor de 0.85, cuya interpretación nos lleva a la conclusión de que la escala tiene una confiabilidad muy alta.

6.2.b.- El Cuestionario de Habilidades Psicosociales

Las habilidades Psicosociales implica un conjunto de conductas y comportamientos que expresan las personas, sean varones o mujeres a favor de la salud integral, el bienestar socio familiar y el desarrollo humano que orientan saludablemente en la toma de decisiones, para lo cual se diseñó un cuestionario de recojo de información referente a los estilos de Vida, Convivencia Familiar, Percepción de la Violencia Familiar y la

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Identificación Institucional y Satisfacción Laboral de los trabajadores de salud.

El instrumento consta de 20 preguntas, de los cuales 07 preguntas son de alternativas en 05 opciones, 13 de respuestas dicotómicas de SI y NO, de los cuales 09 items da opción a sustentación a ampliación en respuesta abierta. Este instrumento en su presentación fue validada por el método de los jueces, para o cual se convocó a una reunión de coordinación donde se puso en conocimiento del Equipo profesional de apoyo.

6.2.c.- Las Entrevistas a Profundidad

Son entrevistas que pueden desarrollarse de manera selectiva en el consultorio, las visitas domiciliarias o en espacios convenidos, donde a través de un diálogo entre el entrevistado y entrevistador, se explican más al detalle el sustento a las respuesta dicotómicas o de opción múltiple del Cuestionario de Habilidades Psicosociales, pudiendo tomarse nota de las respuestas o testimonios de explicación por escrito o en audio .

7.- PROCEDIMIENTOS DE APLICACION DE LOS INSTRUMENTOS

Antes de iniciado el proceso de aplicación de lo instrumentos y recojo de información, se convocó a una reunión de trabajo al equipo profesional donde se informó los fines, metodología, procedimientos e importancia del estudio, y se validó por el método de jueces el Cuestionario de Habilidades Psicosociales, capacitándolos finalmente en el manejo de los instrumentos, para luego proceder a su aplicación en los siguientes momentos:

- PRIMERO : Al 90% (334) de trabajadores de los establecimientos con mayor número de trabajadores y población beneficiaria, como: Hospital Departamental Huancavelica, Dirección Regional de Salud, y Centros de Salud de las capitales de Provincia como: Acobamba, Castrovirreyna, Churcampa, Huaytará, Lircay y Pampas, se aplicó para fines de Tamizaje la Ficha de Epidemiológica Multisectorial de Violencia Familiar, la Escala de Autoestima de Adultos de Stanley Coopersmith y el Cuestionario de Habilidades Psicosociales, que estuvo a cargo del equipo de profesionales designados para fines de la investigación.
- SEGUNDO: De los 130 trabajadores tamizados como Inmersos en Violencia Familiar, se identificó a sólo 40 de los casos por los miembros del equipo de trabajo a quienes se aplicó la **Entrevistas a Profundidad**, con grabaciones en audio, recojo de testimonios y/o visitas domiciliarias.

8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE

DATOS

El análisis estadístico fue en base a los procedimientos descriptivo e inferencial.

8.1. Los Procedimientos Descriptivos

Para la cuantificación de los resultados se empleó el Programa computarizado del Paquete Microsoft Excel, que facilitó el cálculo de la media aritmética, los porcentajes, la desviación estándar, varianza y las presentaciones en cuadros y gráficas para el análisis descriptivo y cualitativo.

8.2. Los Procedimientos Inferenciales

Fueron dos:

- La Prueba "t".- (Hernández, Fernández, Baptista 1999), para el Análisis Inferencial de significación de diferencias entre los Niveles promedio de Autoestima, entre los varones y mujeres, la población afecta y la no afecta por Violencia Familiar, debido a que las muestras fueron mayores de 30, para su cálculo se utilizó el procedimiento del valor "t" de significación de diferencias de medias de dos poblaciones, cuya fórmula es:

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{N_1} + \frac{S_2^2}{N_2}}}$$

Donde:

X_1 = Media del grupo de trabajadores mujeres o Inmersos en VF

X_2 = Media del grupo de trabajadores varones o No Inmersos en VF

S_1^2 = Desviación estándar del grupo de trabajadores mujeres o Inmersos en VF

S_2^2 = Desviación estándar del grupo de trabajadores mujeres o No Inmersos en VF

N_1 = Tamaño del grupo de trabajadores mujeres o Inmersos en VF

N_2 = Tamaño del grupo de trabajadores mujeres o No Inmersos en VF

- La prueba de diferencia de proporciones (Z), (Hernández, Fernández, Baptista 1999), que sirvió para el análisis de significación de diferencias entre las categorías de respuesta en los diferentes ítem del Cuestionario de Habilidades Psicosociales, se empleó el procedimiento de inferencia con respecto a la Diferencia de Proporciones de dos poblaciones a través de la fórmula:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{N_1} + \frac{p_2 q_2}{N_2}}}$$

$$q_1 = 1 - p_1$$
$$q_2 = 1 - p_2$$

Donde:

p_1 = Proporción de respuesta del grupo de trabajadores Inmersos en VF

P_2 = Proporción de respuestas del grupo de trabajadores No Inmersos en VF

q_1 = Diferencia de proporciones de respuesta del grupo de trabajadores Inmersos en VF

q_2 = Diferencia de proporción de respuestas del grupo de trabajadores No Inmersos en VF.

N_1 = Tamaño del grupo de trabajadores Inmersos en VF

N_2 = Tamaño del grupo de trabajadores No Inmersos en VF

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO IV. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación en base a la información recogida mediante las técnicas e instrumentos de estudio en datos cuantitivos de análisis descriptivo e inferencial, las que se objetivizan mediante cuadros estadísticos, gráficos y testimonios de acuerdo a las hipótesis de trabajo y su relación con cada una de las manifestaciones de la variable independiente: La pobre autoestima y los estilos de vida de riesgo; la constitución irregular de familia y la relaciones adulterinas, y la Pobre motivación intrínseca en los trabajadores de la Región de Salud Huancavelica Inmersos y No en Violencia Familiar.

1. LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES DE SALUD.

Los resultados de la aplicación de la Ficha Epidemiológica de Violencia Familiar, con fines de Tamizaje, por si solos son elocuentes ya que revelan que el 39% de los trabajadores de la DIRESA - HVCA, en general se encuentran inmersos en alguna forma de violencia en el seno de sus familias, tal como se muestra en el Cuadro. No. 02 y el Gráfico 01.

RESPUESTAS	TRABAJADORES				TOTAL TRABAJADORES	TOTAL %
	MUJERES		VARONES			
	No.	%	No.	%		
SI HAY VIOLENCIA	44	13.17	86	26%	130	39%
NO HAY VIOLENCIA	154	46.1	50	15%	204	61%
TOTAL	198	59%	136	41%	334	100%

Cuadro No. 02: PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOGAR DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA-HVCA



Gráfico Nº 01-1: TRABAJADORES DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA INVOLUCRADOS EN VIOLENCIA FAMILIAR



Gráfico Nº 01-2: PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOGAR DE TRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA - MUJERES



Gráfico Nº 01-3:PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN EL HOGAR DE TRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA - VARONES

Este dato confirma lo que empíricamente se venía observando en el sentido que la Violencia Familiar es un problema presente y cotidiano en los trabajadores de la DIRESA

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

- HVCA que afecta su bienestar socio emocional y afectivo, llegando a ser un importante factor que en alguna medida guarda relación con la calidad en la prestación de los servicios de atención, la promoción de los estilos de vida saludables y el fomento de las habilidades psicosociales para la prevención de cualquiera de las formas de violencia que todo servidor de salud en su condición de importante agente comunitario debe cumplir como parte de su rol social.

Esta situación en términos macro nos induce a entender que la violencia familiar como una manifestación que afecta la dignidad y los derechos humanos de las personas no es un fenómeno exclusivo de los estratos sociales pobres, ya que se presenta en todos los niveles, omo sucede en los trabajadores del sector salud cuyo estatus en comparación a los millones de peruanos desempleados, analfabetos y en extrema pobreza es relativamente superior.

La trascendencia de esta realidad en relación a la calidad en el servicio centrada en el cliente y el " Proceso de mejoramiento continuo de la calidad", como señala Alva y Vásquez (2001), son los elementos que producen satisfacción o insatisfacción con los usuarios de los servicios y la atención de salud están ligadas a las oportunidades de interacción entre el proveedor, asi como la interacción socio emocional (raport) que establezca entre ellos. También entran en juego los juicios de valor de los usuarios y la disponibilidad de elementos tangibles para un tratamiento exitoso.

Para Anderson (1998 -1999), uno de los aspectos importantes en la calidad de lo servicios y que está en mente de proveedores y usuarias/os, están en relación a la solución tangible de los motivos de consulta, al factor tiempo y a una relación usuario - proveedor respetuosa, el buen trato y la capacidad resolutiva en el problema motivo del servicio.

Uno de los testimonios recogidos sobre el problema, que refleja una percepción y opinión nada positiva de la calidad del recurso humano de salud, donde la violencia, como expresión de sentimientos de "odio", de unos trabajadores a otros; ha llegado a resquebrajar la unidad de los trabajadores como grupo humano y la imagen de la institución como ente rector y tutelar de la salud de la sociedad, y entre ellas precisamente la Violencia Familiar motivo del presente trabajo; es la de un profesional que desde hace 12 meses, se desempeña como funcionario en la DIRESA - HVCA.

"Trabajo en este sector (DIRESA - HVCA) ya casi un año, y en cuanto a las preguntas del cuestionario que es interesante, de modo muy particular te puedo comentar que acá en salud la situación es muy crítica (....) yo vengo de otro sector, donde el número de trabajadores es casi al triple que acá, pero en casi siete años no he visto tanto problema como el que se ve acá, esto aparte de lo que me cuentan. Aquí entre los trabajadores hay serios conflictos, unos entripados ya no ya, pero no de orden laboral sino personales, pero que fatalmente contaminan y afectan a los fines institucionales y es más, algunos de estos conflictos se dan en trabajadores que fueron o son pareja o formaron familia, casos donde no sólo hay conflictos, sino ODIO; hay un odio a muerte. Imagínate cómo uno puede trabajar con gente que no se pueden ni ver. Así el sector indudablemente esta marchando mal, podría decir que esta es una de las causas por lo que salud, a veces pierde credibilidad ante la sociedad" (R, 44

años, funcionario DIRESA - HVCA)

2. RESULTADOS Y ANALISIS POR HIPOTESIS DE TRABAJO :

HIPOTESIS 1

> HI La pobre autoestima y la vigencia de estilos de vida de riesgo en los trabajadores de la DIRESA HVCA, son los factores afectivo emocionales de mayor peso que no favorecen a su rol de agente social de prevención de la violencia familiar".

Para fines de demostración de esta primera Hipótesis de Investigación, se formuló siete

Hipótesis Estadísticas:

H_1 = Los niveles de autoestima de los trabajadores de la DIRESA - HVCA, difieren significativamente en relación al sexo.

H_0 = Los niveles de autoestima de las trabajadoras de la DIRESA - HVCA, no difieren significativamente en relación al sexo.

H_2 = Los niveles de autoestima de los trabajadoras DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia familiar..

H_0 = Los niveles de autoestima de los trabajadoras de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia familiar..

H_3 = Los niveles de autoestima de los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en relación al sexo.

H_0 = Los niveles de autoestima de los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en relación al sexo.

H_4 = La frecuencia de oportunidades de comunicación en la convivencia familiar de los trabajadores de la DIRESA-HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar.

H_0 = La frecuencia de oportunidades de comunicación en la convivencia familiar de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar.

H_5 = La frecuencia de oportunidades de recreación en familia de los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar.

H_0 = La frecuencia de oportunidades de recreación en familia de los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar.

H_6 = La frecuencia de consumo de alcohol a un nivel de riesgo en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar

H_0 = La frecuencia de consumo de alcohol a un nivel de riesgo en los trabajadores de la DIRESA-HVCA Inmersos en Violencia familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar

H_7 = La proporción de experiencias de violencia asociadas al excesivo consumo de alcohol en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar

H_0 = La proporción de experiencias de violencia asociadas al excesivo consumo de alcohol en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar

2.1. LA AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

2.1.a. La Autoestima en los Trabajadores en General :

De los 334 trabajadores a quienes se aplicaron la escala, los resultados fueron: EL 51% de los trabajadores en general no importando su condición revelan sentimientos de autoestima que fluctúa en los niveles de Medio Bajo a Bajo. En cuanto a los niveles de autoestima por sexo, como se muestra en el Cuadro No. 03 y Grafico 02, en las mujeres alcanza los niveles Bajo a Medio Bajo a un 54%, y en los varones 45%.

NIVELES DE AUTOESTIMA	MUJERES			VARONES			TOTAL TRABAJADORES		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
ALTO	21	11%		20	15%		41	12.27%	
MEDIOALTO	69	35%		54	40%		123	36.82%	
MEDIOBAJO	80	40%	54%	45	33%	45%	125	37.42%	51%
BAJO	28	14%		17	12%		45	13.46%	
TOTAL	198	100%		136	100%		334	99.97%	

Cuadro No. 03 :NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA-HVCA EN UNA MUESTRA DE 334 TRABAJADORES

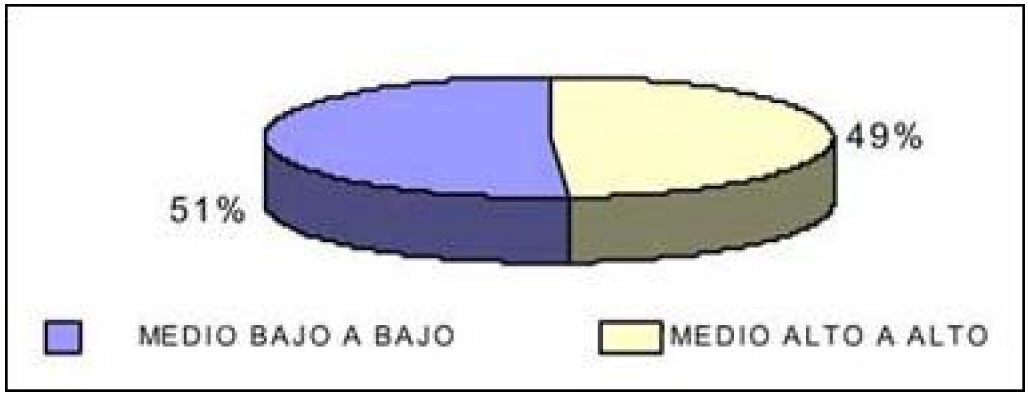


Gráfico No 02-1 :NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA-HUANCAVELICA

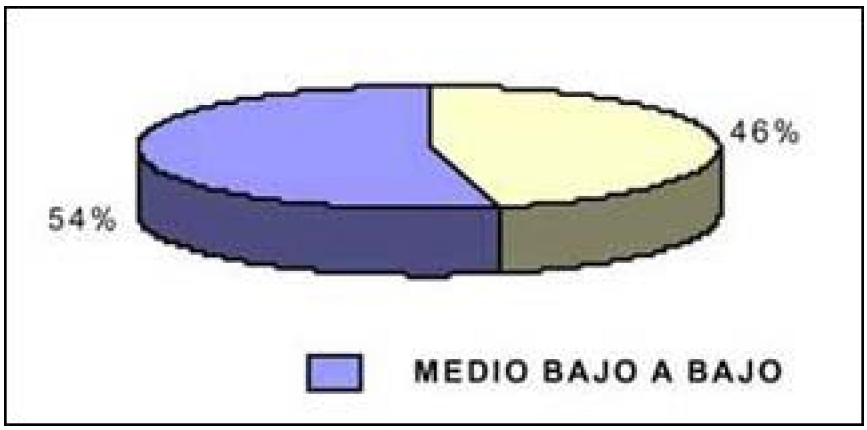


Gráfico No 02-2 : NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES MUJERES DE LA DIRESA-HVCA



Gráfico No 02-3 :NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES VARONES DE LA DIRESA-HVCA

El **Análisis Descriptivo** de estos resultados nos muestra que en la DIRESA-HVCA de cada 10 trabajadores cualesquiera sea su condición laboral, marital, ocupacional o sexo, más de 05 no cuentan con esa habilidad que caracteriza a todo agente social de cambio, de poseer una autoestima elevada, existiendo por consiguiente a este nivel una gran debilidad psicosocial que caracteriza al recurso humano de salud, lo cual Confirma nuestra primera hipótesis de trabajo.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Mientras que el **Análisis Inferencial** mediante la Diferencia de Medias por la Prueba de t Student, de acuerdo al sexo, nos da un valor t de 0.62, que no llega al valor crítico de 1.96 por lo que se confirma nuestra H_0 en un valor de 0.05de significación en el sentido que, los niveles de pobre autoestima de las trabajadoras mujeres de la DIRESA - HVCA, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores varones.

	MUJERES	VARONES
Media Aritmética	50.57	51.94
Var	396.63	392.94
N	198	136
X1-X2	-1.38	
Eem	2.21	
t	**0.62**	Se confirma H_0

2.1.b.La Autoestima en los trabajadores Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar

Al **Análisis Descriptivo** se comprueba que los niveles afectos en la Autoestima tanto en los trabajadores inmersos como no inmersos en Violencia Familiar, se presentan en igual proporción en ambos grupos, ya que entre los niveles Medio Bajo a Bajo se presenta en un 55% para los trabajadores inmersos en Violencia Familiar y en un 51% para los no inmersos, como se ve en el Cuadro No. 04 y el Gráfico 03.

En cuanto a los puntajes promedio en la Escala de Autoestima del grupo no inmerso en Violencia Familiar que constituyen 204 trabajadores, se obtuvo un puntaje promedio de 51.93, mientras que en el grupo de inmersos conformado por 130 trabajadores el puntaje promedio fue de 49.61, ubicándolos estos puntajes promedio a ambos grupos en nivel MEDIO BAJO.

NIVELES DE AUTOESTIMA	INMERSOS EN V.F.			NO INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
ALTO	11	8.38%		33	16%	
MEDIO ALTO	46	35.37%		68	33%	
MEDIO BAJO	57	43.84%	55%	71	35%	51%
BAJO	16	12.30%		32	16%	
TOTAL	130	99.89%		204	100%	

Cuadro No. 04 :NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA INMERSOS Y NO INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR



Gráfico Nº 03-1: NIVELES DE AUTOESTIMA EN LA DIRESA HVCA. INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR



Gráfico Nº 03-2: NIVELES DE AUTOESTIMA EN LA DIRESA HVCA. NO INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR

Estos valores promedio en los puntajes de autoestima, al **Análisis Inferencial,** con respecto a la Diferencia de Medias de dos Poblaciones por la Prueba de t Student, de acuerdo a la condición de los trabajadores de Afectos ó No por Violencia Familiar, nos da un valor **t** de 0.65, que no llega al valor crítico de 1.96 por lo que igualmente confirma nuestra H_0 en un valor de α 0.05 de significación en el sentido que los niveles de autoestima de los trabajadoras de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos en Violencia familiar.

	NO INMERSOS EN V.F.		INMERSOS EN V.F.
Media Aritmética	51.93		49.61
Var	421.68		344.06
N	204		130
X1-X2		2.31	
eem		3.52	
t	**0.65**	Se confirma H_0	

La no existencia de diferencias de significación en la autoestima de los trabajadores

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

afectos y no afectos por la Violencia Familiar, nos demuestra que la pobre autoestima no es una característica particular del los trabajadores inmerso en Violencia Familiar, sino como lo demostró la inferencia estadística esta característica también se da en aquellos trabajadores que no sufren Violencia familiar.

2.1.c.La Autoestima en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en relación al sexo.

Específicamente interesó a la investigación las características psicosociales de aquellos trabajadores inmersos en Violencia Familiar ya sea como agresores o víctimas, siendo precisamente una de estos factores la Autoestima que en los 130 Afectos por la Violencia Familiar (44 mujeres y 86 varones), un 59% de las mujeres manifiestan autoestima a un nivel de riesgo en categorías que van de Medio Bajo a Bajo, mientras que en los varones el porcentaje tiende a ser menor a un 55%. (Cuadro Nº 05, Gráfico Nº 04)

NIVELES DE AUTOESTIMA	MUJERES			VARONES		
	No.	%	%EN RIESGO	No.	%	%EN RIESGO
ALTO	4	9%		7	8.14%	
MEDIO ALTO	14	32%		32	37.20%	
MEDIO BAJO	15	43%	59%	38	44.19%	55%
BAJO	7	16%		9	10.47%	
TOTAL	44	100%		86	100%	

Cuadro. No 05 :NIVELES DE AUTOESTIMA EN 130 TRABAJADORES MUJERES Y VARONES DE LA DIRESA - HVCA INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR



Gráfico Nº 04-1:NIVELES DE AUTOESTIMA EN MUJERES DELA DIRESA HVCA. INMERSOS EN V.F.



Gráfico Nº 04-2:NIVELES DE AUTOESTIMA EN VARONESDE LA DIRESA HVCA. INMERSOS EN V.F.

El **Análisis Inferencial** de estos datos, mediante laDiferencia de Medias en Dos Poblaciones por la Prueba t Student, da un valor t de 0.54, que en un valor α de 0.05 de significancia no llega al valor crítico de 1.96, confirmando nuestra Ho en el sentido que los niveles de autoestima de los trabajadores de la DIRESA Hvca. inmersos en Violencia Familiar no difieren significativamente en relación al sexo.

	VARONES EN V.F.		MUJERES EN V.F.
Media Aritmética	50.07		48.19
Var	338. 49		357.30
n	204		130
X1-X2		1.88	
eem		3.47	
t		**0.54** Se confirma H_0	

Estos resultados nos permiten confirmar implícitamente nuestra primera hipótesis de trabajo, ya que aquellos trabajadores que incurren o son afectados por la Violencia Familiar manifiestan una pobre Autoestima que los ubica en los niveles Medio Bajo a Bajo, lo cual corrobora de alguna manera lo señalado por la literatura especializada en el sentido que tanto los agresores como las víctimas de la Violencia Familiar, se ven afectados en esta importante habilidad base del desarrollo humano, que es la Autoestima, como sucede en la caracterización del "Síndrome del Maltratador", o del "Síndrome de la Persona Maltratada"

En cuanto al rol social del trabajador de salud en la prevención de la violencia familiar y la promoción de estilos de vida saludables a nivel comunitario, es importante reflexionar sobre cómo la seguridad o la falta de confianza que experimentan en sus capacidades afectan la calidad y responsabilidad en sus actos o palabras.

Encinas (2001) al respecto reflexiona, que una premisa fundamental en el rol de los líderes y agentes sociales como son los trabajadores de salud, ***",es necesario llegar a ser lo que se desea enseñar"*** , puesto que, como parte de sus función y misión esta posibilidad esta abierta, pero no podemos enseñar lo que desconocemos, no podemos dar lo que no tenemos, no en palabras, sino con nuestra propia vida, con nuestro actuar.

2.2. LOS ESTILOS DE VIDA DE RIESGO EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

Uno de los factores asociados a la presencia de casos de Violencia Familiar en los trabajadores de salud son la vigencia de estilos de vida no saludables; mediante el Cuestionario de Habilidades Psicosociales se recogió información relacionadas a la comunicación en familia, la recreación y el consumo de alcohol, siendo los resultados el siguiente:

2.2.a. La comunicación en la convivencia familiar de los trabajadores de salud:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

La comunicación en la convivencia familiar en los hogares de un buen número de trabajadores de salud no están siendo las adecuadas ya que por ejemplo, las oportunidades de compartir la mesa en las horas de comida es una experiencia no tan común, puesto que casi el 40% de los encuestados No Inmersos en Violencia Familiar manifestaron hacerlo en una frecuencia de “nunca”, “raras veces” o “sólo en motivos especiales”, siendo este porcentaje significativamente mayor en las familias de los trabajadores afectos por Violencia Familiar, donde sólo para la frecuencia de “raras veces” se alcanza el 57.69%; y si asumimos que la escasa comunicación entre los miembros de la familia es una característica muy asociada a la Violencia Familiar comprobamos que el 93% de las familias de los trabajadores afectos por Violencia están en riesgo debido a que las oportunidades de compartir la mesa en las horas de comida se da en una frecuencia de “nunca”, raras veces” ó “sólo en oportunidades especiales”, tal como se demuestra en el Cuadro No. 06 y Gráfico No. 05.

FRECUENCIA	NO INMERSOS EN V.F.			INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
NUNCA	13	6%		14	10.77%	
RARAS VECES	50	25%	40.00%	75	57.70%	93.08%
SOLO EN MOTIVOS ESPECIALES	20	10%		32	24.61%	
UNA VEZ A LA SEMANA	76	37%		9	6.92%	
DIARIO	45	22%		0	0	
TOTAL	204	100%		130	100%	

Cuadro No. 06 :VECES EN QUE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA COMPARTENLA MESA EN FAMILIA



Gráfico No. 05-1 : TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA HVCA EN RIESGO EN LA COMUNICACION FAMILIAR, POR NO COMPARTIR LA MESA EN FAMILIA



Gráfico No. 05-2: TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA HVCA EN RIESGO EN LA COMUNICACION FAMILIAR, POR NO COMPARTIR LA MESA EN FAMILIA

Hecho el **Análisis Inferencial,** mediante laDiferencia de Proporciones entre el Grupo No Inmerso e Inmerso en Violencia Familiar, nos da un valor Z de -10.07 que al nivel de significación al 0.05, se encuentra fuera del rango de -1.96 a 1.96, lo que confirma nuestra Hipótesis H_4 en el sentido que la frecuencia de oportunidades de comunicación en la convivencia familiar de los trabajadores de la DIRESA-HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	121	83
p	0.40	0.93
q	0.60	0.07
P*q	0.24	0.06
P_1-p_2	-0.53	
eem	0.05	
Z	-10.07 Se acepta H_4	

2.2.b.La Recreación en Familia en los trabajadores de salud.

La capacidad de recreación saludable y en familia es una de las habilidades psicosociales de gran importancia como parte de la convivencia armoniosa entre sus miembros y por tanto una experiencia comunicacional que ayuda a la prevención de cualquiera de las formas de violencia en la familia; Esta práctica en los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar se da en una frecuencia de riesgo de “sólo en motivos especiales”, “raras veces” y “nunca” en un 37.73% de trabajadores, y los porcentajes restantes de 56.37% y 5.90%, en frecuencia de “una vez a la semana” y “Diario” respectivamente. (Ver Cuadro No. 07), mientras, como podemos observar en el mismo cuadro, en el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar la situación es más crítica, lo que corrobora nuestra hipótesis de trabajo, ya que un porcentaje significativamente mayor que alcanza el 96.16% están en situación de riesgo en el

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

sentido que, para este porcentaje de trabajadores las oportunidades de recreación en familia son casi inexistentes pues se dan en una frecuencia de “nunca”, “rara vez” a “Sólo en motivos especiales”.

FRECUENCIA	NO INMERSOS EN V.F.			INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
NUNCA	13	6.37%	37.73%	18	13.85%	96.16%
RARAS VECES	36	17.64%		78	60%	
SOLO EN MOTIVOS ESPECIALES	28	13.72%		29	22.31%	
UNA VEZ A LA SEMANA	115	56.37%		5	3.84%	
DIARIO	12	5.90%		0		
TOTAL	204	100%		130	100%	

Cuadro. No. 07 : VECES EN QUE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA COMPARTEN RECREACION EN FAMILIA

Si la recreación es una habilidad psicosocial que contribuye al cuidado de la salud mental, y que esta debe ser una experiencia gratificante y de gran significación para los miembros de la familia que en frecuencia lo mínimo deseado es al menos 01 vez por semana, fatalmente comprobamos que esta oportunidad en las familias del grupo afecto por Violencia Familiar es sólo en el 3.84%. (Ver Gráfico No. 06)



Gráfico Nº 06-1: TRABAJADORES EN RIESGO EN LA COMUNICACIÓN POR NO COMPARTIR RECREACIÓN EN FAMILIA - NO INMERSOS EN V.F.



Gráfico Nº 06-2:TRABAJADORES EN RIESGO EN LA COMUNICACIÓN POR NO COMPARTIR RECREACIÓN EN FAMILIA - INMERSOS EN V.F.

Al **Análisis Inferencial** de estos datos, mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo No Inmerso e Inmerso en Violencia Familiar nos da un valor Z de -10.00 que al nivel de significación al 0.05, se encuentra fuera del rango de -1.96 a 1.96, lo que confirma nuestra Hipótesis H_5, en el sentido que la frecuencia de oportunidades de comunicación en la convivencia familiar a un nivel de riesgo en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	77	125
p	0.38	0.96
q	0.23	0.03
P*q	0.77	0.97
P_1-p_2	-0.58	
eem	0.05	
Z	-10.00 Se acepta H_5	

Esta condición de riesgo en lo referente a la comunicación, convivencia y recreación en familia, en la entrevista a profundidad y al análisis de las explicaciones recogidas se observa que en un buen numero de trabajadores esta asociado a la ausencia en el hogar de uno o ambos miembros de la pareja, debido a su condición de personal contratado e inestable y que es sentida como una gran amenaza hacia el bienestar familiar de los trabajadores tanto mujeres como varones, como es el caso de la siguiente experiencia de un profesional que hace 04 años labora en el ámbito de la DIRESA HUANCAVELICA y ha

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

prestado a la fecha sus servicios en 04 establecimientos, debido a su constante desplazamiento:

"Trabajo en la DIRESA - HVCA, ya casi 04 años, y en este período, me encuentro desde hace 03 meses en el cuarto de los establecimientos, mi familia está en Lima, tengo 03 hijos, mi esposa trabaja en el negocio de sus padres y no se como estará mi familia, cada 02 meses viajo unos días a verlos, en mi familia, diría que soy "un padre ausente", tampoco podría traerlos y estar juntos, porque como mi situación es de contratado, en cualquier momento a uno lo cancelan o lo desplazan a otro lugar, y ahí mis hijos se perjudicarían, tal vez ni mi esposa se acostumbraría a vivir en estos lugares y es más, el trabajo no lo puede dejar; que vamos hacer, trabajo es trabajo, si tuviera oportunidad de estar al lado de mi familia, aunque no ejerza mi profesión pero que económicamente este mejor, hoy mismo me largo de ese lugar...".(C, 42 años).

2.2.c. Alcoholismo en los trabajadores de salud

En Huancavelica el problema del alcoholismo alcanza niveles realmente alarmantes, tanto que el Sub Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud, a Huancavelica junto a Apurímac y Ayacucho la ha identificado como la región que en el año 2000 a causa del problema del Alcoholismo a brindado mayor atención en el primer nivel de salud. [13]

Específicamente en los trabajadores de salud según resultados del cuestionario de Habilidades Psicosociales en lo que corresponde a los estilos de vida, probablemente en respuesta a los patrones socio culturales que caracterizan a Huancavelica se revela que el consumo de alcohol también en los trabajadores de salud es una costumbre generalizada, observándose que la conducta de "No consumo" se da sólo en el 2.31% y 5% de los trabajadores involucrados o no involucrados en Violencia Familiar. Contrariamente a estos pequeños porcentajes observamos que un 83.84% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar, y un 46.50% de trabajadores No Inmersos, consumen de una forma que denota un estilo de riesgo en una frecuencia de "semanal" a "mensual" y es más, se advierte la presencia en un 3.59%. entre los trabajadores inmersos en Violencia Familiar y un 3% en los No Inmersos, una frecuencia de consumo prácticamente diaria, lo que hace suponer que estos trabajadores estén en situación de adicción alcohólica. (Cuadro. No 08, Gráfico No.07)

FRECUENCIA	INMERSOS EN V.F.			NO INMERSOSO EN V.F.		
	No	%	% RIESGO	No	%	% EN RIESGO
NO SE CONSUME	3	2.31		10	5	
SOLO EN FECHAS ESPECIALES	18	13.85		69	48.5	
MENSUAL	59	45.38	83.84%	63	30.8	46.50%
SEMANAL	39	30.00		26	12.7	
CAS DIARIO	11	8.46		6	3	
TOTAL	130	100%		204	100%	

Cuadro. No. 08: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS TRABAJADORES

[13] MINSA, SPNSM, en APROXIMACIONES HACIA EL ESTADO DE LA INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL EN EL PERÚ, Lima, OPS - MINSA, 2001.

DE LA DIRESA - HVCA.



Gráfico Nº 07-1: TRABAJADORES DE SALUD EN CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL-INMERSOS EN V. F.

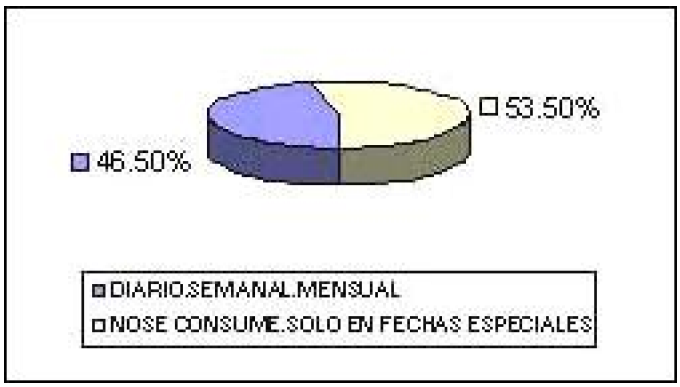


Gráfico Nº 07-2: TRABAJADORES DE SALUD EN CONSUMO DE RIESGO DE ALCOHOL- NO INMERSOS EN V. F.

Al **Análisis Inferencial** de estos datos, mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo No Inmerso e Inmerso en Violencia Familiar nos da un valor Z de 5.96 que al nivel de significación al 0.05, se encuentra fuera del rango de -1.96 a 1.96, lo que confirma nuestra Hipótesis H6, en el sentido que la frecuencia de consumo de alcohol a un nivel de riesgo en los trabajadores de la DIRESA - HVCA inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	109	95
p	0.84	0.47
q	0.13	0.24
P*q		
P_1-p_2	0.37	
eem	0.06	
Z	5.96 Se acepta H_6	

2.2.d. Violencia familiar y embriaguez alcohólica en los trabajadores de salud:

También en respuesta a los modelos socio culturales vigentes en Huancavelica muy ligados a los estilos de vida y machismo imperantes, es la forma cómo las personas aprendieron a satisfacer sus necesidades sean de comunicación, recreación, socialización, afecto, psicosexuales, etc. como el consumir licor sin mayor criterio de autocontrol, "hasta las últimas consecuencias", se registró en el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar que en un 61.45%, y un 42.09% en el grupo de No Inmersos, han manifestado que la frecuencia de consumo hasta la embriaguez ("borrachera") es "mensual", "semanal" a "diario", siendo igualmente dentro de este sub grupo un dato no sólo de atención administrativa, sino también clínica el hecho que un 3.85% de este sub grupo de trabajadores involucrados en Violencia Familiar estén en un problema de alcohol dependencia, como se muestra en Cuadro No. 09 [14] y Gráfico No. 08.

FRECUENCIA	INMERSOS EN V.F.			NO INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
NUNCA	3	2.30		10	4.90	
SOLO EN MOTIVOS ESPECIALES	47	36.15		108	53	
MENSUAL	59	45.39		51	25	
SEMANAL	16	12.3	61.54%	34	16.6	42.09%
DIARIO	5	3.85		1	0.49	
TOTAL	130	100%		204	100%	

Cuadro No. 09: VECES DE CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA.

[14] Trabajadores en probable adición alcohólica.



Gráfico Nº 08-1: CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ EN FRECUENCIA DE RIESGO DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA - INMERSOS EN V. F.



Gráfico Nº 08-2:CONSUMO DE ALCOHOL HASTA LA EMBRIAGUEZ EN FRECUENCIA DE RIESGO DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA - NO INMERSOS EN V. F.

Estos datos sometidos al **Análisis Inferencial**, mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los trabajadores No Inmersos, arrojó un valor Z de 2.49 que al nivel de significación al 0.05 se encuentra fuera del rango de -1.96 a 1.96, lo que confirma nuestra Hipótesis H_7, en el sentido que la proporción de experiencias de violencia asociadas al excesivo consumo de alcohol en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia familiar, difieren significativamente en comparación a los trabajadores No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	80	86
p	0.61	0.42
q	0.39	0.58
P*q	0.23	0.24
$P_1 p_2$	0.19	
eem	0.07	
Z	**2.49 Se acepta H_7**	

En la consulta se han podido recoger testimonios que con elocuencia ilustran, cómo

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

algunos trabajadores de salud viven el drama del alcoholismo, como es el siguiente:

Soy trabajador del Hospital casi 20 años, vengo a esta consulta, porque estoy en problema del alcoholismo (...), empecé a tomar desde que estaba en el colegio, claro no tanto, pero Me doy cuenta que en estos 05 últimos años estoy tomando mucho, casi diario tengo que probar algo de alcohol, si no lo hago parecería que me va dar una tembladera y me pongo muy nervioso, y no puedo trabajar... Como le digo, en estos últimos tiempos le he dado duro al trago, me he perdido hasta que llegué al parlamento [15] (...) a causa de esto he tenido muchos problemas en el trabajo, hasta casi me sacan, y en la familia igual. (....), mis hijos ya son grandes, al mayor de mis hijos lo perdí por este vicio, mi familia es muy pobre y la que mas sufre es mi mujer... Ahora que en el hospital tenemos psicólogo creo que me pueden ayudar, tengo que dejar de tomar, mis compañeros de trabajo me dicen que estoy ya casi morado, también lo siento así... (F, 42 años, trabajador del HDH).

Como el problema es común y en respuesta a las intervenciones de sensibilización que viene cumpliendo el Programa de Salud Mental y ante las evidencias de la gravedad del problema que afecta la imagen y credibilidad del sector salud y más aún que desmerece el rol social que le toca cumplir en la prevención y lucha contra el alcoholismo a sus trabajadores, el Director Regional de Salud de Huancavelica emitió un memorandum prohibiendo "usar el logotipo" del MINSA en las cantinas, medida que sin duda es expresión de los inicios de respuesta institucional para enfrentarla y que las decisiones políticas, legales y administrativas al respecto, no tarden mucho. (ver anexos)

Como se puede observar en el cuadro No. 10, un dato importante que corrobora nuestra primera hipótesis de trabajo relacionados a los estilos de vida de riesgo como factor psicosocial que conlleva a la Violencia Familiar, es el hecho que un 82% de los trabajadores afectos, manifiestan que sus experiencias de violencia vividas están asociadas al excesivo consumo de alcohol, (Ver Gráfico No. 09),

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V. F.	
	No.	%	No.	%
SI	107	82%	149	73%
NO	23	18%	55	27%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro Nº 10: TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA CUYAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ESTAN ASOCIADAS AL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

[15] ***"Parlamento", Lugar de la sub cultura huancavelicana donde se reúnen los alcohólicos***

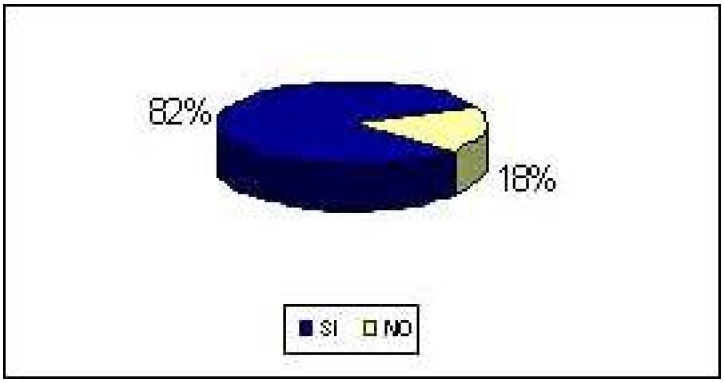


Gráfico No. 09-1: EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADOS ALCONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN LOSTRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA,INMERSOS EN V.F.

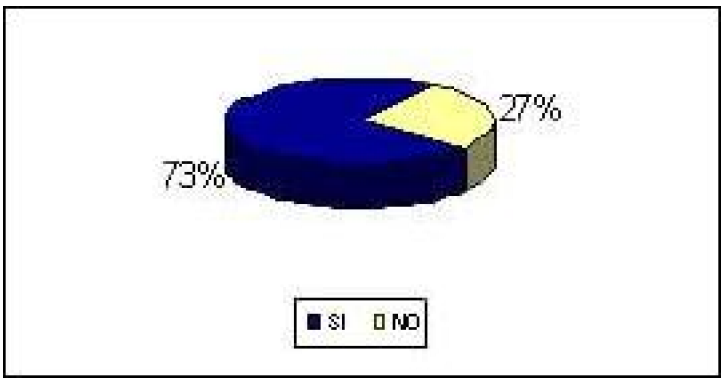


Gráfico No. 09-2 : EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA FAMILIAR ASOCIADOS ALCONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN LOSTRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA, NO INMERSOS EN V.F.

En relación a que si el alcohol provoca la violencia, pareciera que en algunos trabajadores de salud prevalecen aún criterios de entendimiento de esta relación como naturales, propias de la pareja, justificadas con argumentos que no son mas que mitos. Herrera Calle (2000), manifiesta que el consumo de alcohol puede favorecer conductas violentas, pero no las causa. Muchas personas alcohólicas no ejercen violencia dentro de su hogar. Muchas personas que utilizan la violencia dentro de su hogar cuando están alcoholizados, no son violentas cuando beben en otros lugares.

En cuanto al rol social en la prevención de la Violencia Familiar y la Promoción de estilos de vida saludables que toca ejercer a las y los trabajadores de salud sin importar su nivel ni condición; esta no será factible se cumplan si las habilidades psicosociales como: Buena autoestima, autocontrol, comunicación adecuada, identificación institucional, sentimientos positivos de satisfacción laboral, los valores y el respeto a la libertad, la veracidad, la dignidad de las personas, la honradez y el deber como premisas de la moral y la ética estén ausentes.

El siguiente testimonio muestra con claridad y precisión el grado de compromiso de la autoestima y la presencia de estilos de vida de riesgo vigentes en algunos trabajadores de salud :

Soy trabajadora de salud desde hace 18 años, tengo 2 hijas con mayoría de edad,

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

actualmente estudian en la universidad, el padre de mis hijas también trabaja en el sector, pero desde hace 02 años vivimos separados, ya que hace 03 años decidí hacer la demanda de divorcio, porque en los últimos 10 años la convivencia en mi casa se puso insoportable. El padre de mis hijas empezó a tomar demasiado, casi diario lo hacía con sus amigos que también son trabajadores de salud; llegaba mareado y nos insultaba, nos maltrataba físicamente, incluso a una de mis hijas en una oportunidad casi la mata. Me cela demasiado a mi y mis hijas nos trata de putas, a ellas les dice que son mis alcahuetas. .... Esta situación, moralmente nos destruyó, yo me sentía la mujer mas desgraciada, hay momentos donde... (llora) francamente pensé suicidarme. Hasta ahora siento que tengo dificultades en mi trabajo, me parece que las tareas que me dan no podré hacerlas bien, que todo me saldrá mal, o las veces que lo veo, me bloqueo en lo que estoy haciendo. ... "Bueno, yo también respondí con violencia ante él en muchas oportunidades, ya no lo soportaba, hasta que en mi oficina lo agarré a sopapos y le arañé la cara, para que sus amantes de acá de salud sepan que no soy cualquier cosa y que sé hacerme respetar" (M, 38 años, trabajadora DIRESA - HVCA).

Otro caso que ilustra la condición de pobreza humana en que sen encuentran muchos servidores de salud y que hay ausencia total de habilidades psicosociales que fortalezcan a la persona, la familia y al propio sector, no importando el sexo es el siguiente testimonio:

"Mi conviviente trabaja como personal de servicio en este hospital, con ella me comprometí desde hace ocho años, ella es mi segundo compromiso, asi como yo para ella, su esposo desapareció por los problemas sociales que vivimos en Huancavelica, actualmente diría que en la familia tenemos 07 hijos, 05 de ellos son de su anterior compromiso, y dos mujercitas que son mis hijas... Yo me considero una persona tranquila (....) a ella no le gusta que tome, usted sabe que por razones de trabajo fatalmente hay que tomarse una cervezas, es parte de las relaciones sociales y la posibilidad de conseguir algún trabajo (...) tomare a la semana una vez, y cada vez que siente que he tomado, me insulta, me trata mal, me grita, y se pone insoportable..., reconozco, que frente a estos insultos yo también me enfurezco. ... Hace 15 días estoy hospitalizado, por que conjuntamente con su hijo que estudia en la universidad, me atacaron y me golpearon. Había tomado un poco (...) recuerdo muy bien, que mi intención no era agredir a mi mujer, y le dije tocándole el hombro "hija que te pasa" y ella llamo a su hijo, quien furioso se acerco y cogió un hacha, y asi furioso me dijo que "ahorita te mato" , y me tiro un hachazo en esta parte del cuerpo (indica el tronco), y el doctor dice que me fracturó 04 costillas, me doblé de dolor y estaba tirado en el suelo, mientras su hijo me pateaba, mis hijas y mis hijastras gritaban, y escuche que mi mujer le gritaba ¡ dale en la cabeza, tírale en la cabeza ¡, y su hijo furioso como obedeciendo empezó a tirarme con el hacha, y en acto de defensa levante el brazo, y cayo el golpe en esta parte (indica el antebrazo derecho enyesado), hasta que vi que se me colgó el brazo, y sobreponiéndome a todo me escape... Hace ocho días, mi conviviente al momento que hacia la limpieza, entró a la habitación donde esta mi cama, y en presencia de mis compañeros de hospitalización, me amenazo, "si haces algo por denunciarlo a mi hijo, te meto cuchillo y nada pasa"... La verdad, yo quisiera que esto no vaya

mas allá, tengo mis hijas, y tengo miedo que tomen alguna venganza con ellas, ya converse con mi esposa, ella esta cubriendo los gastos de mi curación, cuando salga de aquí, que será unos días más, retiraré la denuncia y buscaremos una solución, tengo un amigo que es psicólogo que me va ayudar... (Juan, 43 años, hospitalizado en el servicio de cirugía del HDH)

HIPOTESIS 2 :

H 2 "La constitución irregular de familia y las relaciones adulterinas en los trabajadores de la DIRESA - HVCA, son las características socio familiares de mayor predominio que afectan su rol de agente social de prevención de la Violencia Familiar.".

Para la demostración de esta Segunda Hipótesis de Investigación, se planteó tres **Hipótesis Estadísticas:**

H_8 = La frecuencia de hogares producto de segundas o terceras nupcias en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, difieren significativamente en comparación a lo hogares No inmersos en Violencia familiar.

H_0 = La frecuencia de hogares producto de segundas o terceras nupcias en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los hogares No inmersos en Violencia familiar.

H_9 = La presencia de trabajadores de la DIRESA - HVCA insatisfechos con la elección de quien actualmente es su pareja, es significativamente mayor en aquellos Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_0 = La presencia de trabajadores de la DIRESA - HVCA insatisfechos con la elección de quien actualmente es su pareja, no es significativamente mayor en aquellos Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{10} = La presencia de infidelidad en la relación de pareja en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, es significativamente mayor en comparación a aquellos trabajadores No Inmersos en Violencia familiar.

H_0 = La presencia de infidelidad en la relación de pareja en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a aquellos trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar.

2.3. LA CONVIVENCIA Y LAS CONDICIONES SOCIO FAMILIARES EN LOS TRABAJADORES DE SALUD

Una segunda dimensión de influencia asociada a las características psicosociales de los trabajadores de salud son los factores socio familiares relacionados a la convivencia familiar que en el estudio se orienta al análisis de la condición marital antes de iniciar la convivencia con quien actualmente es su pareja, los sentimientos de aceptación y satisfacción en la elección y la fidelidad conyugal hacia quien actualmente es su pareja,

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

siendo los resultados el siguiente:

2.3.a. Antecedentes de nupcialidad en los trabajadores de salud

En el grupo conformado por trabajadores Inmersos en Violencia Familiar se determina que el 59% de los hogares son resultado de segundas o terceras nupcias, mientras que en el grupo de trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar la tendencia es a un ligero incremento al 62%, como se muestra en el Cuadro No. 11 y el Gráfico 10.

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
1ra NUPCIAS	53	41%	78	38%
2do ó 3er NUPCIAS	77	59%	126	62%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No. 11 : PRIMERA O SEGUNDAS NUPCIAS EN LA ACTUAL RELACION DE PAREJA DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA HUANCAVELICA

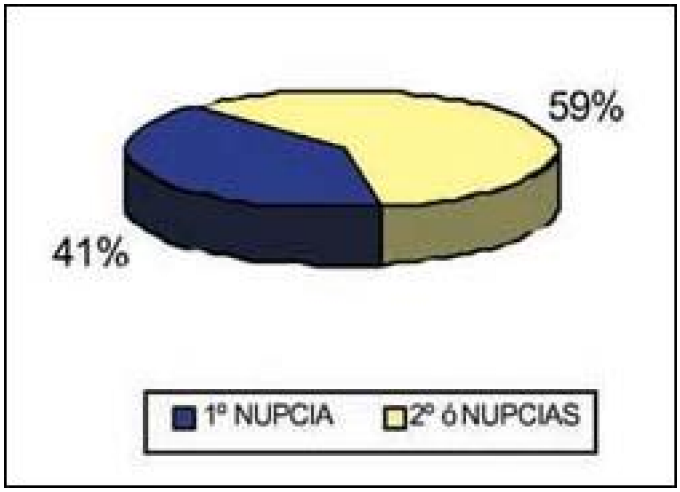


Gráfico Nº 10-1: 2DAS. Ó 3ERAS. NUPCIAS EN LA RELACION DE PAREJADE LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LADIRESA HVCA

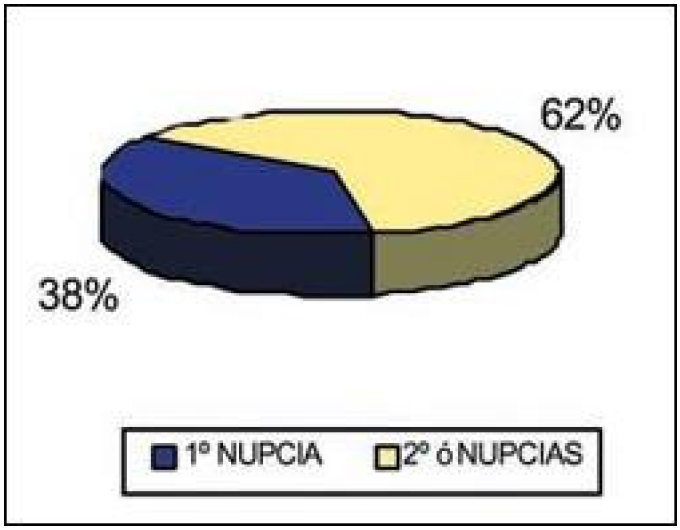


Gráfico Nº 10-2: 2DAS. Ó 3ERAS. NUPCIAS EN LA RELACION DE PAREJA DE LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA HVCA

Estos resultados conforme es la observación empírica conllevaría a dos niveles de análisis:

- La presencia en mas de la mitad de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar de segundas o terceras nupcias (59%), en muchos de ellos son producto de relaciones irregulares y/o disfuncionales, que por su naturaleza le es inherente la condición de riesgo para la violencia en la convivencia.
- La tendencia al incremento en el porcentaje de segundas o terceras nupcias en el grupo de trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar (62%), hace suponer que algunos de estos trabajadores en su primer compromiso marital no han tenido la suficiente madurez para llevar una relación de pareja en convivencia armoniosa y estable, con valores y principios ético - morales, pero como resultado de estas experiencias y aprendizajes lograron desarrollar habilidades para el manejo acertado de los conflictos y la prevención de cualquiera de las formas Violencia Familiar en la convivencia en la segunda o tercera nupcia.

Hecho el **Análisis Inferencial**, mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los No Inmersos, se obtuvo un valor Z de -0.42 que al nivel de significación al 0.05, se encuentra dentro del rango de -1.96 a 1.96 lo que acepta nuestra Hipótesis Ho en el sentido que estadísticamente la frecuencia de hogares producto de segundas o terceras nupcias en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a los hogares No Inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	77	126
p	0.59	0.62
q	0.41	0.38
P*q	0.24	0.23
$P_1 p_2$	-0.03	
eem	0.07	
Z	-0.42 Se acepta H_0	

Esta no diferencia significativa, nos lleva a una tercera reflexión en el sentido que los antecedentes de nupcialidad como factor asociado a las experiencias de violencia familiar son de relativa importancia ya que al parecer responden a la tendencia manifiesta en estos últimos tiempos, de un pobre sentido de la unidad familiar y de crisis de valores.

2.3.b. Los sentimientos de Satisfacción o Insatisfacción en la elección de pareja en los trabajadores de salud.

Un dato importante a conocer fue los sentimientos de los trabajadores de la DIRESA - HVCA sobre la aceptación y satisfacción en la elección de quien actualmente es su pareja o cónyuge, determinándose como resultado que en el 54% de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y el 22% de los No Inmersos consideran que la elección de su actual pareja o cónyuge no fue acertada, lo cual implícitamente denota un sentimiento de insatisfacción al respecto.

En términos descriptivos podemos evidenciar como se muestra en el cuadro No. 12, que la tendencia a expresar sentimientos de insatisfacción y no aceptación en la elección de la pareja o cónyuge es mayor en el grupo de trabajadores afectos por la Violencia Familiar en un 54% en comparación a los trabajadores No Inmersos que sólo se da en un 22%.

Al **Análisis Descriptivo** del cuadro No 12, podemos comprobar que la tendencia a considerar como elección acertada de la pareja o cónyuge es mayor en un 78% en los trabajadores No Inmersos en Violencia Familiar, en comparación a los afectos que alcanza sólo al 46%.

Con respecto a este 54% de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar que no aceptan la elección de su pareja o cónyuge y que por tanto denotan sentimientos de insatisfacción y de riesgo para la violencia, nos lleva a suponer que en algunos de estos casos el inicio de la relación de pareja fueron irregulares y/o disfuncionales. (Ver Gráfico Nº 11)

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
ELECCION ACERTADA	60	46%	159	78%
ELECCION NO ACERTADA	70	54%	45	22%
TOTAL	204	100%	130	100%

Cuadro No. 12: SATISFACCION E ISATISFACCION EN LA ELECCION DE PAREJA O CÓNYUGE EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA.



Gráfico Nº 11-1: ACEPTACION O RECHAZO EN LA ELECCION DE LA PAREJA O CONYUGE EN LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA.



Gráfico Nº 11-2: ACEPTACION O RECHAZO EN LA ELECCION DE LA PAREJA O CONYUGE EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA.

En cuanto al **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los trabajadores No Inmersos, se obtuvo un valor Z de 3.73 que al nivel de significación al 0.05 se encuentra fuera del rango de - 1.96 a 1.96, lo que acepta nuestra Hipótesis H_9 en el sentido que estadísticamente en la DIRESA - HVCA. la presencia de trabajadores insatisfechos con la elección de quien actualmente es su pareja, es significativamente mayor en aquellos Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.
n	70		45
P	0.54		0.22
q	0.45		0.78
P*q	0.24		0.17
P_1-p_2		-0.32	
eem		0.08	
Z		**3.37 Se acepta H_9**	

El siguiente testimonio permite una mejor comprensión de la situación de riesgo para la Violencia Familiar al que están expuestas algunas familias de los trabajadores de la DIRESA Hvca., debido a su condición de inicio irregular en la relación marital:

"Me conocí hace 06 años con la que actualmente es mi mujer, cuando ella no estaba bien con su anterior pareja, del cual tiene 01 hijo. Creo que nos enamoramos porque las decisiones en nuestra relación fueron rápidas. Ella me manifestaba que los problemas con el padre de su hijo, prácticamente desde sus inicios no estaban bien, y que esa relación nunca debió darse. El hacer público nuestra relación, y la situación que el padre de su hijo se entere de lo nuestro, en un inicio fue preocupante, pero por suerte, no hubo muchos problemas. Decidimos alquilar una casa y empezar a convivir. Estamos así desde hace 06 años y tenemos 02 hijos, más con mi hijastro que esta por los 10 años, diría que tengo 03 hijos. Bueno, en los tres primeros años la relación fue buena, a nuestra hijita no le faltaba nada, había mucho entendimiento, pero..., en el cuarto año de convivencia, la situación en mi familia se puso muy mal, incluso al enterarse que estuvo embarazada de mi segundo hijo, quiso abortar, yo no se lo permití. El problema es que se ha vuelto muy, muy celosa. No sé, parece que hay gente que le insinúa cosas que no son; usted sabe que uno en el trabajo tiene sus compromisos y a veces llega un poco tarde o toma un poco de licor, pero eso realmente no le gusta, y cada vez que llego un poco tarde o siente mi aliento a licor se pone muy furiosa, me empieza a insultar y agredir físicamente, no entiende ninguna explicación. Le diré, que cualquiera creo yo, tiene algo de autoestima y tiene que hacerse respetar, si, han habido veces en que yo francamente le contesté a sus agresiones. Los chicos, incluso su hijo, creo que no esta bien, es medio nervioso..., le hablo al respecto, pero ella no entiende, estamos en un problema muy fuerte..." (C, 38 años)

2.3.c. La infidelidad en los trabajadores de salud

La relaciones adulterinas son advertidas como un problema y una realidad que afecta al bienestar familiar de los trabajadores, que estas agravan o desencadenan los conflictos en la familia y la pareja. Al respecto, como se puede apreciar en el Cuadro Nº 13, los resultados del cuestionario indican que en un 70% en la relación de pareja de los trabajadores inmersos en Violencia Familiar "si hay o hubo infidelidad", dato que en porcentaje es mayor frente al grupo de trabajadores no afectos que alcanza al 58%.

(Gráfico Nº 12).

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI HAY O HUBO INFIDELIDAD	91	70%	118	58%
NO HAY O NO HUBO INFIDELIDAD	39	30%	82	40%
NO SABE O NO OPINA	0	0%	4	2%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No. 13: INFIDELIDAD EN LA RELACION DE PAREJA DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA.



Gráfico Nº 12-1: SITUACION DE FIDELIDAD EN LA RELACION DE PAREJA EN LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA HVCA.



Gráfico Nº 12-2: SITUACION DE FIDELIDAD EN LA RELACION DE PAREJA EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA HVCA.

En cuanto al **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre el grupo de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los trabajadores No Inmersos, se obtuvo un valor Z de 1.81 que al nivel de significación al 0.05 se encuentra dentro del rango de -1.96 a 1.96, lo que acepta nuestra Hipótesis H_0 en el sentido que la presencia de infidelidad en la relación de pareja en los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos en Violencia Familiar, no difieren significativamente en comparación a aquellos trabajadores No Inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.
n	91		118
P	0.70		0.58
q	0.30		0.42
P*q	0.21		0.24
P_1-p_2		0.12	
eem		0.06	
Z		1.81 Se acepta H_0	

Estos resultados son muy esclarecedores acerca de las condiciones subjetivas del recurso humano de salud en la Región Huancavelica asociadas al rol de agente social y modelo de referencia en la atención y prevención de la Violencia Familiar a nivel comunitario, que al parecer no es favorable ya que como vemos muchas de las familias o las relaciones de pareja de los trabajadores de salud no importando su condición de Inmerso o No en Violencia Familiar están en riesgo por su condición disfuncional, ya que la infidelidad y el adulterio son una experiencia que está o estuvo en algún momento presente, lo cual revela sin duda una pobreza en los valores y una experiencia que desestabiliza la comunicación y la formación de objetivos de vida en la pareja o familia, situación que es vista y entendida por algunos trabajadores como consecuencia de la condición laboral de personal contratado e inestable que los conlleva a veces inevitablemente a una separación prolongada y distanciamiento de uno o ambos de los miembros de la pareja; como se relata en el siguiente caso:

" Bueno, le quiero confiar, por tratarse de un importante estudio que están realizando, tengo 34 años y Trabajo en la DIRESA Huancavelica, desde hace 06 años, en este tiempo he trabajado en tres centros de salud, tengo mis 02 hijos en Ica, con su madre no somos aún casados, pero ella es parte de mi familia (...), En los dos primeros años en que vine a trabajar a esta parte los visitaba quincenalmente porque estaba casi cerca, pero en los dos últimos trabajos, las visitas ya no son tan frecuentes, claro que envío puntualmente el dinero para sus gastos (...), no sé si realmente será la distancia o es que parece no siento la necesidad, en ambos lugares llegué a emparejarme con otras mujeres, en la primera fue con una profesora y en la segunda con una compañera de trabajo, ellas sabían mi situación, bueno pues, creo que ellas también lo necesitaban, no creo que haya sido amor lo que sentimos, soy conciente que esto no esta bien, estoy viendo la posibilidad de estar mas cerca de mi familia, mi mujer posiblemente se da cuenta o sospecha, pero, bueno, ella dirá también, que se puede hacer.." (L, 32 años).

HIPOTESIS 3 :

H3 La insatisfacción laboral y la percepción inadecuada del fenómeno de la Violencia Familiar en relación a la salud integral, son las características psicosociales asociados a la Pobre Motivación Intrínseca que no permiten a los trabajadores de la DIRESA – HVCA, cumplir de manera positiva su rol de agente social en la prevención de la Violencia Familiar.

La tercera Hipótesis de trabajo apunta a demostrar cuan sensibilizados y dispuestos están los trabajadores de la DIRESA - HVCA para la prevención de la Violencia Familiar; que en términos de Motivación Intrínseca se asocia a los sentimientos expresos de satisfacción laboral, percepción del interés institucional a favor de su bienestar y oportunidades de capacitación, ya que en conjunto esta comprometerá el rol social que al sector salud por deber, misión y función le toca cumplir, formulándose para ello las siguientes ocho hipótesis estadísticas:

H_{11} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA que perciben la violencia como inherente a la convivencia familiar, difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{o} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA que perciben la violencia como inherente a la convivencia familiar, no difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{12} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA que perciben como nociva la influencia de la Violencia Familiar en el desempeño laboral, difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{o} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA, que perciben como nociva la influencia de la Violencia Familiar en el desempeño laboral, no difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No inmersos.

H_{13} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA, que perciben su rol frente a la Violencia Familiar como un problema que no los involucra, difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{o} = La proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA, que perciben su rol frente a la Violencia Familiar como un problema que no los involucra, no difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{14} = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA que expresan sentimientos de ser o haber sido maltratados en su centro de trabajo, difieren significativamente en aquellos trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{o} = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA que expresan sentimientos de ser o haber sido maltratados en su centro de trabajo, no difieren significativamente en aquellos trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

H_{15} = La expresión de sentimientos de insatisfacción en la condición de trabajadores

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

de la DIRESA HVCA, difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

H_o = La expresión de sentimientos de insatisfacción en la condición de trabajadores de la DIRESA HVCA, no difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

H_{16} = La proporción de trabajadores de la Región de Salud Huancavelica Inmersos en Violencia Familiar que opinan que a la DIRESA - HVCA no le interesa el bienestar familiar de sus trabajadores, difieren significativamente en comparación a los No Inmersos.

H_O = La proporción de trabajadores de la Región de Salud Huancavelica Inmersos en Violencia Familiar que opinan que a la DIRESA - HVCA no le interesa el bienestar familiar de sus trabajadores, no difieren significativamente en comparación a los No Inmersos.

H_{17} = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en aspectos técnicos de sus funciones, difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

H_o = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en aspectos técnicos de relacionados a sus funciones, no difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

H_{18} = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en temas relacionados a las habilidades psicosociales y la violencia en familia, difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

H_o = La proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en temas relacionados a las habilidades psicosociales y la violencia en familia, no difieren significativamente en los Inmersos en Violencia Familiar en relación a los No Inmersos.

2.4. PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN RELACIÓN A LA SALUD INTEGRAL

La percepción como proceso cognitivo implica la forma cómo las personas en configuración integral ven o entienden un fenómeno, ello sugiere una forma de interpretación subjetiva como respuesta a las experiencias y vivencias propias de su contexto externo e interno.

A fin de conocer cómo los trabajadores de salud desde su rol perciben o interpretan las implicancias de la Violencia Familiar en la salud integral, el desarrollo personal, el desempeño laboral y la respuesta institucional; en base a las respuestas recogidas en el Cuestionario de Habilidades Psicosociales se determinaron los siguientes indicadores:

2.4.a. Percepción de la violencia en la convivencia familiar

En cuanto a si la violencia es percibida como un fenómeno inherente o no a la convivencia y dinámica de vida familiar, los resultados indican que en un 15% y un 26% de los trabajadores Inmersos y No inmersos en Violencia Familiar respectivamente, aún entienden a la violencia como una experiencia parte de la convivencia familiar, (ver cuadro No. 14, Gráfico No. 13)

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
LA VIOLENCIA **SI** ES PARTE DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR	20	15%	53	26%
LA VIOLENCIA **NO** ES PARTE DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR	110	85%	151	74%
TOTAL	**130**	**100%**	**204**	**100%**

Cuadro No. 14: PERCEPCION DE LA VIOLENCIA EN LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA



Gráfico No. 13-1: PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA-HVCA



Gráfico No. 13-2: PERCEPCIÓN DE LA VIOLENCIA EN LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA-HVCA

El **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y No inmersos que aún perciben a la Violencia como inherente a la convivencia familiar, arrojó un Valor Z de -1.10 que al nivel de significancia de 0.05, se encuentra dentro del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis H_0, en el sentido que la proporción de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar que aún perciben a la Violencia como inherente a la convivencia familiar, no difiere significante en comparación a los trabajadores No inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
N	20	53
p	0.15	0.26
q	0.85	0.74
P*q	0.12	0.19
$P_1 p_2$	-0.11	
eem	0.1	
Z	-1.10 Se acepta H_0	

2.4.b. Percepción de la influencia de la Violencia Familiar en el desempeño laboral

En cuanto a la percepción de la influencia de la Violencia Familiar en el desempeño laboral, podemos observar en el Cuadro No. 15 y Gráfico No. 14, que un 32% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 55% de los No Inmersos, aún no están sensibilizados sobre la magnitud y las repercusiones negativas de la Violencia Familiar en el desempeño de la actividad humana, sea laboral, social, cultural, política, académica, etc, puesto que aún prevalecen ideas como: ***"El trabajo es una cosa y la vida privada es otra", "Trabajando me olvido de mis problemas", "Los problemas se dejan en la puerta", "no me interesa la vida privada de la gente"***.

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL	88	68%	92	45%
NO AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL	42	32%	112	55%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No. 15: PERCEPCION DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA EN RELACION A LA INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL

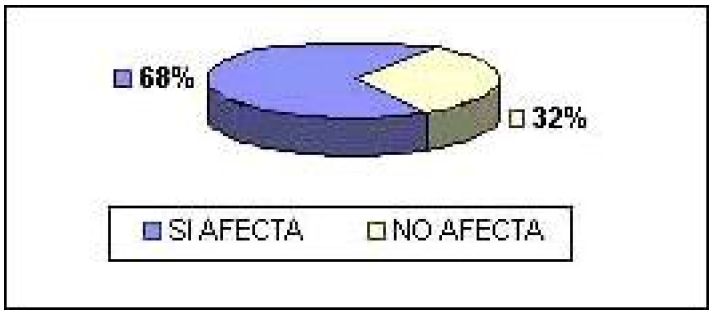


Gráfico No. 14-1: PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. EN RELACIÓN A LA INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL DE LA DIRESA - HVCA

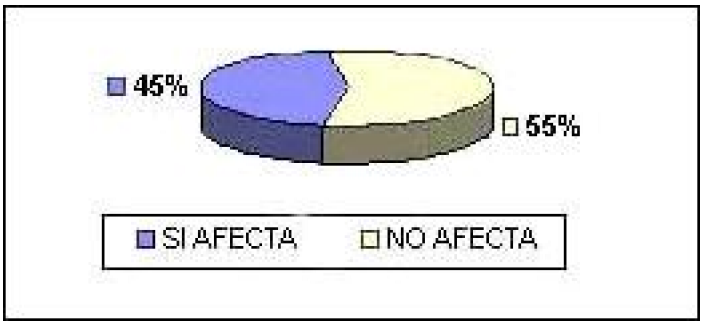


Gráfico No. 14-2: PERCEPCIÓN DE LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. EN RELACIÓN A LA INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL DE LA DIRESA - HVCA

Hecho el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis, mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los No inmersos que aún no perciben como nociva la influencia de la Violencia Familiar en el desempeño laboral, arrojó un Valor Z de -2.68 que al nivel de significancia de 0.05, se encuentra fuera del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis H_{12}, en el sentido que la proporción de trabajadores que aún no perciben a la Violencia Familiar como nociva o que afecta el rendimiento laboral difiere significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en relación a los No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	42	112
p	0.32	0.55
q	0.68	0.45
P*q	0.21	0.24
P_1-p_2	-0.13	
eem	0.08	
z	-2.68 Se acepta H_{12}	

El entender y explicar la Violencia al interior de la familia como un asunto privado o como propio de la pareja y la intimidad, es no reconocer el carácter social y de los derechos humanos de las personas y ello no es más que un mito, pero como nos demuestra el estudio, en Huancavelica esta forma de entendimiento aún prevalecen en muchos trabajadores de salud, convirtiéndose por tanto en una debilidad para el ejercicio de un rol protagónico y acertado en la atención y prevención de la Violencia Familiar y hacia la mujer a nivel comunitario.

Sobre este asunto Herrera Calle (2000), manifiesta que "***la violencia doméstica ha sido considerada como un problema oculto, por ello sus protagonistas hacían todo lo posible por disimular ante los demás encubriendo su situación"***, pero hoy gracias a los estudios e investigaciones se va demostrando que la problemática de la violencia en la familia es de magnitud social, por tanto debe ser afrontado por toda la sociedad como

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

un problema público.

2.4.c. Percepción del rol como trabajadores de salud en la atención y la prevención de la Violencia Familiar

En vista que la forma como se percibe la Violencia Familiar guarda relación con el desempeño laboral en la tarea de atención y prevención del problema, se recogió mediante el cuestionario de habilidades psicosociales información relevante sobre cuál o cuáles de las formas de entendimiento al respecto prevalecen, dando como resultado tal como se muestra en el Cuadro No. 16, que aún un 58% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 42% del grupo No Inmerso, creen y opinan como trabajadores del sector salud no tener mayor responsabilidad en su atención y prevención, por lo que su disponibilidad es a no sentirse involucrados (Gráfico No. 15).

Estos resultados se presentan en iguales porcentajes a la inversa en los trabajadores Inmersos en relación a los No Inmersos, que diríamos se encuentran sensibilizados y con disponibilidad favorable a la atención y prevención de la Violencia Familiar dado que consideran o perciben que en su rol de trabajadores salud sí tienen responsabilidad y asumen compromiso frente a este problema.

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI ASUME COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD	55	42%	118	58%
NO ASUME COMPROMISO Y RESPONSABILIDAD	75	58%	86	42%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No. 16: PERCEPCION DE LA RESPONSABILIDAD Y COMROMISO ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA



Gráfico No. 15-1: PERCEPCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA-HVCA



Gráfico No. 15-2: PERCEPCIÓN DE LA RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO ANTE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA-HVCA

Como el interés de la investigación en prioridad fueron los factores psicosociales de riesgo, se hizo el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y No inmersos quienes aún perciben su rol ante la Violencia Familiar como un problema que no los involucra, siendo el resultado un valor Z de 2.05 que al nivel de significancia de 0.05, se encuentra fuera del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis $H_{13,}$ en el sentido que la proporción de trabajadores de la DIRESA HVCA Inmersos en Violencia Familiar que perciben su rol ante la Violencia Familiar como un problema que no los involucra, difieren significativamente en comparación a los No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	75	86
p	0.58	0.42
q	0.42	0.48
P*q	0.24	0.24
P_1-p_2	-0.16	
eem	0.07	
Z	**2.05 Se acepta H_{13}**	

Estos indicadores son clara prueba que aún en la Región Huancavelica existen en una proporción alta trabajadores de salud no sensibilizados ante el problema de la Violencia Familiar, ya que por cada 10 trabajadores 4 a 6 no se sienten involucrados como importantes agentes cuya misión, función y deber es cumplir un rol activo en la prevención y atención de la Violencia Familiar, la promoción de habilidades psicosociales y estilos de vida saludables en su comunidad.

Una de las formas cómo algunos trabajadores sustentan este punto de vista es el siguiente testimonio que corresponde a una trabajadora en el servicio de emergencias de su establecimiento de salud :

"La violencia familiar en Huancavelica es común, uno en el trabajo ve muchas

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

emergencias a causa de líos familiares, el consumo de alcohol es otro problema, pero la verdad, los que trabajamos en emergencias no veo la forma como podemos contribuir a que esto no sea así (...) , claro si hay oportunidad de hablarles a los pacientes como a sus familiares sobre lo que han cometido, les aconsejamos. Yo pienso que ante esto, las autoridades tienen que preocuparse más, la ley no debe se contemplativa; Acá entre nosotros mismos estos casos se ven. ¿ Acaso no hemos visto que compañeros de trabajo hasta se han matado o suicidado ?. Acá todos necesitamos ayuda psicológica, en nuestra institución no se hace nada, las autoridades se dedican mas de otras cosas, sólo quieren asegurarse algo para ellos (sonríe...). (N, 38 años, mujer personal asistencial)"

Un factor que refuerza la observación empírica y la evidencia del problema en el sector salud, es que un porcentaje alto de los trabajadores no importando su condición de Inmersos o No, víctimas o agresores en el Problema de Violencia Familiar reconocen que el problema no afecta sólo a unos cuantos trabajadores, sino que muchos incurren en ello, como se muestra en el siguiente testimonio:

"En nuestro centro de salud, sí se dan casos de maltrato familiar, incluso siendo profesionales tratan mal a su familia, claro no podemos decir que físicamente, no me consta, pero si psicológicamente los trata mal, discuten demasiado con su esposa, la señora al parecer es muy celosa, sus hijitos son poco sociables, le tienen miedo a doctor. (C, 47 años).

Otro caso, acontecido a escasos días en que recogimos la información en el centro de salud de una de las capitales de provincia de Huancavelica, narrada por una trabajadora profesional es el siguiente:

"En el centro de salud, celebramos con un pequeño brindis el fin de año, algunos trabajadores entre varones y mujeres se quedaron tomando en el auditorium. Era casi la una de la tarde, en eso llegó la esposa del jefe del centro de salud que también es profesional, y trabaja en uno de los establecimientos de la DISA - HVCA, al parecer estaba un poco mareada(...), yo estaba en mi oficina preparándome para retirarme, en eso empecé a escuchar gritos desesperados y ruidos de sillas, me acerqué a la ventana y vi que la esposa del doctor que es una mujerota, a su pobre colega que en tamaño es la mitad de ella, la jaloneaba como un muñeco, le empezó a dar duro, vociferaba a voz en cuello unas palabrotas que parecía delincuente, la acusaba de ser la alcahueta de su marido... La señora estaba furiosa, se dirigió nuevamente al auditórium, y empezó a pegarle al doctor, le tiraba con la silla, nadie podía separarla, el doctor se subió a la mesa para defenderse y evitar que le cayera los golpes, hasta que el doctor bruscamente se lanzo hacia su mujer, y parece que le torció el cuello y sólo así se calmó, la señora seguía gritando, amenazaba a todo el personal del centro... Su hijito gritaba asustado. ... En la calle, en la puerta del centro la gente curiosa estaba amontonada, que roche, ahora los trabajadores, al menos yo, que no tengo nada que ver, no tengo donde meter la cara.... Ahora el doctor, esta con su parche en la ceja, nadie le hace caso, a perdido autoridad... (K, 40 años)

2.4.d. Identificación y compromiso laboral de los trabajadores de salud.

Otro de los factores de influencia para el buen cumplimiento de los roles en la atención y prevención de la Violencia Familiar y de prestación de servicios de salud con calidad y

calidez es la motivación intrínseca asociada a la forma cómo los trabajadores se identifican con su labor y la disponibilidad para involucrarse en la ayuda a quienes sufren el drama de la enfermedad que en conjunto reflejarán la respuesta de la institución del que forman parte.

Esta relación del trabajador con su institución, el compromiso laboral y de servicio que asuma, guarda relación con la forma cómo el trabajador es tomado en cuenta y valorado no sólo en su desempeño técnico o productivo, sino también como persona con sentimientos, necesidades y esperanzas. La aplicación del cuestionario de Habilidades Psicosociales al respecto nos revela resultados no favorables, ya que en un 96% y 94% de los trabajadores Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar respectivamente, de manera casi generalizada manifiestan sentirse o haberse sentido maltratados en su centro de trabajo, tal como se indica en el Cuadro No. 17 y se objetivo en el Gráfico 16.

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V. F.	
	No.	%	No.	%
SE SIENTEN MALTRATADOS	125	96%	192	94%
NO SE SIENTEN MALTRATADOS	5	4%	12	6%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No 17: SENTIMIENTOS DE SER O HABER SIDO MALTRATADOS EN EL CENTRO DE TRABAJO EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA



Gráfico No. 16-1: SENTIMIENTOS DE SER O HABER SIDO MALTRATADOS EN EL CENTRO DE TRABAJO EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"



Gráfico No. 16-2: SENTIMIENTOS DE SER O HABER SIDO MALTRATADOS EN EL CENTRO DE TRABAJO EN LOS TRBAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA.

En el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y No inmersos que expresan ser o haber sido maltratados en su centro de trabajo, arrojó un Valor Z de 0.82 que al nivel de significación de 0.05, se encuentra dentro del rango -- 1.96 a 1.96 por lo que se rechaza nuestra Hipótesis H_{14}, en el sentido que la proporción de trabajadores que expresan ser o haber sido maltratados en su centro de trabajo no difieren significativamente en comparación de los trabajadores No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	125	192
P	0.96	0.94
q	0.04	0.06
P*q	0.03	0.05
P_1-p_2	0.02	
eem	0.02	
Z	**0.60 Se acepta H_0**	

2.4.e. Los sentimientos de satisfacción - insatisfacción y realización - frustración de los trabajadores en la DIRESA - HVCA.

Como las características subjetivas y de disponibilidad de los trabajadores para la prestación de los servicios de salud con calidad y calidez tienen relación no sólo con el tipo de trato que reciben en su centro de trabajo o al clima laboral predominante, sino también van asociados y guardan mucha relación con las actitudes y sentimientos de satisfacción y realización que experimenten en su condición de servidores de salud. Hace

70 años, el psicólogo Austriaco Elton Mayo (1923) [16] propuso que le clima laboral en un organización, cualesquiera sea su naturaleza esta muy relacionado con la motivación intrínseca expresa en "la conducta individual de los trabajadores". Este punto de vista, hoy a inicios de un nuevo Milenio recobra vigencia puesto que la Violencia Familiar, como expresión de conducta y comportamiento de las personas repercutirá directa o indirectamente en la Calidad de los servicios que prestan los trabajadores.

El análisis de la información recogida al respecto nos demuestra que en la DIRESA - HVCA, de igual manera a la expresión de sentimientos de ser o haber sido maltratados en su centro de trabajo, en un elevado porcentaje de un 95% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 87% de los No inmersos, se sienten frustrados, no a gusto e incómodos, ya que refieren no sentirse satisfechos ni realizados como trabajadores en la DIRESA - HVCA, Cuadro No 18, y Gráfico No. 17.

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI SE SIENTEN SATISFECHOS	6	5%	27	13%
NO SE SIENTEN SATISFECHOS	124	95%	177	87%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro No. 18: SENTIMIENTOS DE SATISFACCIÓN COMO TRABAJADOR DE LA DIRESA - HVCA

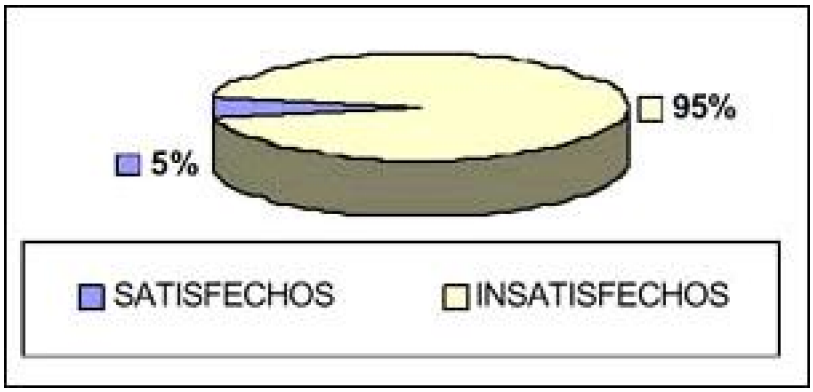


Gráfico No. 17-1: SENTIMIENTOS DE SATISFACCIÓN - INSATISFACCIÓN EN LOS TRABAJADORES INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA

[16] En "El Comportamiento Humano en las Organizaciones", de García Rada Javier F.. Ed. Universidad del Pacífico. 2000. Pag. 257

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

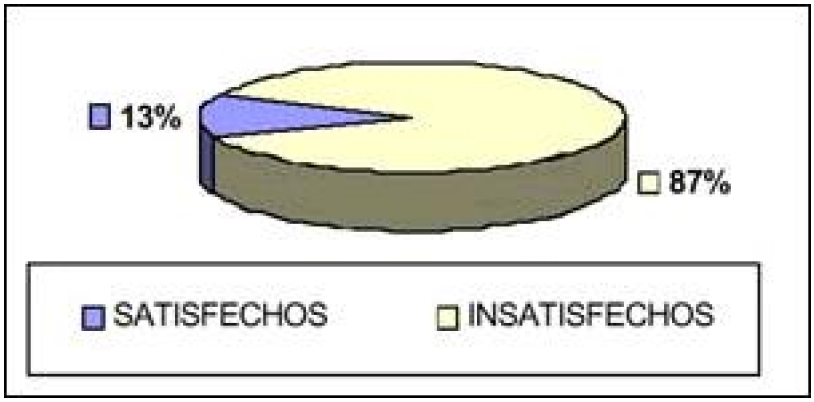


Gráfico No. 17-2: SENTIMIENTOS DE SATISFACCIÓN - INSATISFACCIÓN EN LOS TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F. DE LA DIRESA - HVCA

Al **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis mediante laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y No inmersos que expresan sentimientos de insatisfacción como trabajadores de la DIRESA - HVCA, arrojó un Valor Z de 2.18 que al nivel de significancia de 0.05, se encuentra fuera del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis H_{15}, en el sentido que la proporción de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar que expresan sentimientos de insatisfacción como trabajadores de la DIRESA - HVCA, difiere significante en comparación a los trabajadores No inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
N	124	117
P	0.95	0.87
Q	0.05	0.13
P*q	0.21	0.24
p_1-p_2	0.08	
Eem	0.03	
Z	**2.18 Se acepta H_{15}**	

2.4.f. Percepción de los trabajadores de salud respecto al interés de su sector por su bienestar.

Un dato muy revelador y que se convierte en la base de la motivación intrínseca y socio emocional de los trabajadores de salud en Huancavelica es el hecho que porcentajes elevados como son el 98% de los inmersos en Violencia Familiar y el 95% de los No Inmersos, expresan que al sector salud no le interesa el bienestar de su familia, lo cual refuerza la insatisfacción laboral, poniendo en riesgo la identificación con su institución como se muestra en el Cuadro No. 19 y Gráfico 18).

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI LE INTERESA EL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES	2	2%	7	3%
NO LE INTERESA EL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES	128	98%	197	97%
TOTAL	130	100%	204	100%

Cuadro. No. 19: PERCEPCION DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA- HVCA RESPECTO AL INTERES DE SU SECTOR POR SU BIENESTAR

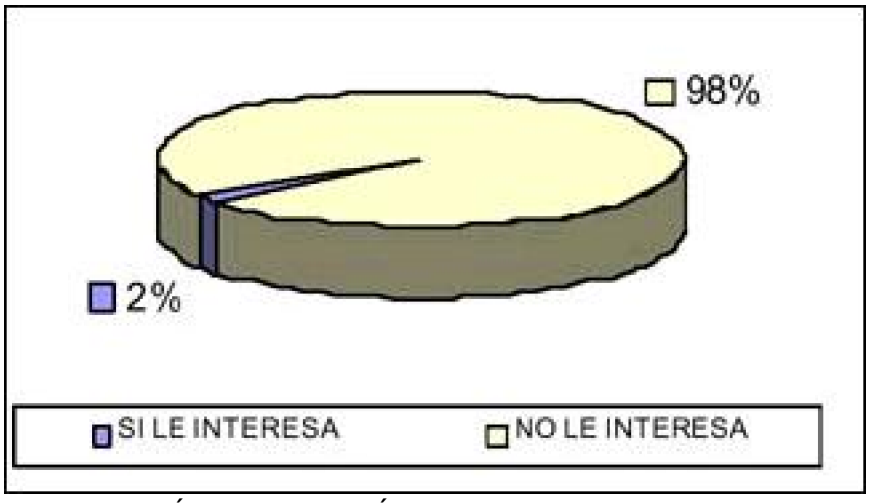


Gráfico Nº 18-1: PERCEPCIÓN DEL INTERÉS INSTITUCIONAL AL FRENTE AL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA. INMERSOS EN V.F.

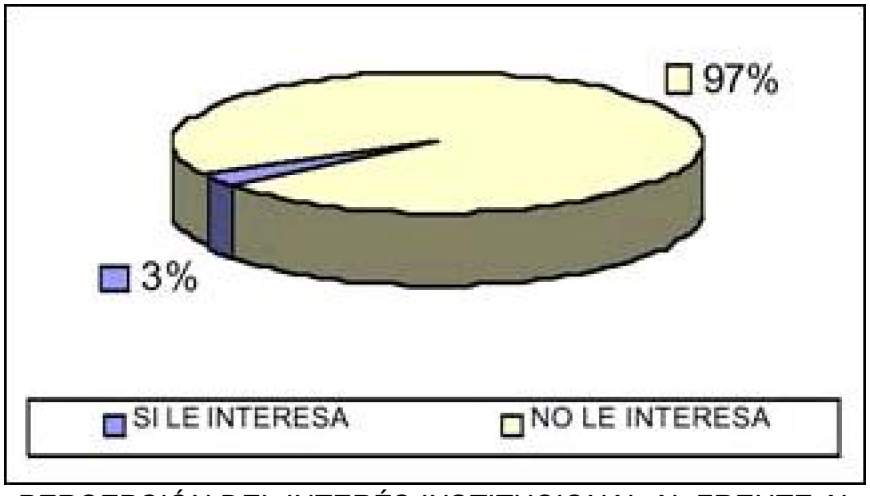


Gráfico Nº 18-2: PERCEPCIÓN DEL INTERÉS INSTITUCIONAL AL FRENTE AL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA HVCA. NO INMERSOS EN V.F.

Entre los argumentos que sustenta estos sentimientos de abandono e indiferencia por parte del sector salud en relación el bienestar familiar y social de sus trabajadores, en muchos de ellos se vinculan a la negación de sus solicitudes de reasignación, traslado o destaque al lugar donde reside su familia, ya que en más de una oportunidad se registraron respuestas como:

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

-"Mi hija está sola con mis padres ya ancianos y enfermos, desde hace años vengo solicitando mi reasignación, pero no me la dan".(J, 39 años, mujer) - "Acá no respetan los derechos del trabajador, es una lástima que a pesar de los 10 años de servicio que tengo en este lugar, no se me quiera trasladar a Huancavelica, donde tengo mi casa, allí mi familia estaría mejor" (H, 33 años, varón) -" Vengo pidiendo la reasignación o me destaquen a Lima, donde esta mi hijo y mi esposo, pero no me lo dan, me preocupa mi familia... (B. 38 años mujer).

Hecho el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis, con laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar que opinan que a la DIRESA - HVCA. no le interesa el bienestar familiar de sus trabajadores, dio un Valor Z de 0.58 que al nivel de significancia de 0.05, se encuentra dentro del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis Ho en el sentido que, la proporción de trabajadores de la Región de Salud Huancavelica Inmersos en Violencia Familiar que opinan que a la DIRESA - HVCA no le interesa el bienestar de sus trabajadores, no difieren significativamente en comparación a los No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.
N	128		197
P	0.98		0.97
Q	0.02		0.03
P*q	0.01		0.02
$p_1 p_2$		0.01	
eem		0.1	
Z		0.58 Se acepta H_0	

2.4.g. La Capacitación técnica de los recursos humanos de salud

En cuanto a las oportunidades de capacitación en temas relacionados a la función y responsabilidades de los trabajadores de la DIRESA - HVCA, DIRESA - HVCA., la frecuencia de oportunidades es limitada ya que va de "esporádicamente, casi nunca a nunca" en el 96% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 91% en los No Inmersos, lo cual prácticamente es insignificante e inexistente porque las exigencias del mundo moderno y la celeridad de los cambios en el conocimiento ante un sector tan dinámico como es salud y para un grupo social con mucha prioridad como es Huancavelica, es un vacío urgente que atender. (Cuadro No. 20)

RESPUESTAS	TRABAJADORES INMERSOS EN V.F.			TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	SIN OPORTUNIDADES DE CAPACITACION	No.	%	SIN OPORTUNIDADES DE CAPACITACION
NUNCA	26	20%		38	19%	
CASI NUNCA	53	41%	96%	84	41%	91%
ESPORADICAMENTE	45	35%		63	31%	
CADA AÑO	5	4%		13	6%	
CADA 06 MESES	1	1%		06	3%	
MENSUAL	0	0%		0	0%	
TOTAL	130	100%		204	100%	

Cuadro No 20: FRECUENCIA DE CAPACITACION EN LOS ULTIMOS 05 AÑOS EN TEMAS RELACIONADOS A SUS FUNCIONES EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA.



Gráfico No 19-1: OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS A SUS FUNCIONES EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA-HVCA INMERSOS EN V.F.



Gráfico No 19-2: OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS A SUS FUNCIONES EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA-HVCA INMERSOS EN V.F.

Realizado el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis, con

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

Prueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar sin oportunidades de capacitación en los aspectos técnicos de su labor, se obtuvo un Valor Z de 1.82, que a un nivel de significancia de 0.05, se encuentra dentro del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis Ho en el sentido que la proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en aspectos técnicos relacionados a sus funciones, no difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los trabajadores No Inmersos.

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
N	124	185
P	0.96	0.91
Q	0.04	0.09
P*q	0.03	0.08
$P_1 p_2$	0.05	
Eem	0.02	
Z	1.82 Se acepta H_0	

2.4.h. La formación en habilidades psicosociales para el desarrollo personal y prevención de la Violencia Familiar en los trabajadores de salud.

Otro gran vacío en la formación de los recursos humanos de la Dirección Regional de Salud Huancavelica y que no esta exactamente vinculada a los dominios técnicos, sino a la Calidad Humana, es el hecho que las oportunidades de capacitación en temas relacionados al Desarrollo Humano, Crecimiento Personal, Violencia Familiar, Habilidades Psicosociales, Autoestima, etc. son prácticamente inexistentes ya que el 99% y 98% de trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los No Inmersos respectivamente, refieren que las oportunidades de capacitación a este nivel se da en un frecuencia que va de "esporádicamente, "casi nunca" a "nunca". (Cuadro No. 21 y Gráfico 20)

RESPUESTAS	TRABAJADORES INMERSOS EN V.F.			TRABAJADORES NO INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	SIN OPORTUNIDADES DE CAPACITACION	No.	%	SIN OPORTUNIDADES DE CAPACITACION
NUNCA	38	29%	99%	49	24%	98%
CASI NUNCA	81	62%		131	64%	
ESPORADICAMENTE	10	8%		20	10%	
CADA AÑO	1	1%		4	2%	
CADA 06 MESES	0	0%		0	0%	
MENSUAL	0	0%		0	0%	
TOTAL	130	100%		204	100%	

Cuadro No. 21: FRECUENCIA DE CAPACITACION EN LOS ULTIMOS 05 AÑOS EN TEMAS DE HABILIDADES PSICOSOCIALES Y VIOLENCIA FAMILIAR EN LOS

TRABAJADORES DELADIRESA- HVCA.



Gráfico Nº 20-1: OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN EN TEMAS DE HABILIDADES PSICOSOCIALES Y V.F. EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA INMERSOS EN V.F.



Gráfico Nº 20-2: OPORTUNIDADES DE CAPACITACIÓN EN TEMAS DE HABILIDADES PSICOSOCIALES Y V.F. EN LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA NO INMERSOS EN V.F.

Realizado el **Análisis Inferencial** de comprobación estadística de hipótesis, con laPrueba deDiferencia de Proporciones entre los trabajadores de la DIRESA - HVCA Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar sin oportunidades de capacitación en temas de Habilidades Psicosociales y Violencia Familiar, arrojó un Valor Z de 0.76, que a un nivel de significancia de 0.05, se encuentra dentro del rango -1.96 a 1.96 por lo que se acepta nuestra Hipótesis Ho en el sentido que la proporción de trabajadores de la DIRESA - HVCA sin oportunidades de capacitación en temas relaciones a las Habilidades Psicosociales, no difieren significativamente en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar en comparación a los No Inmersos.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

	TRABAJADORES EN V.F.	TRABAJADORES SIN V.F.
n	129	200
p	0.99	0.98
q	0.01	0.02
P*q	0.00	0.01
P_1p_2	0.01	
eem	0.01	
Z	0.76 Se acepta H_0	

En cuanto a las características de formación y desarrollo del recurso humano en la DIRESA - HVCA, es conveniente señalar que al trabajarse actividades cognitivas e intelectuales separadas de las socio emocionales, se separa lo afectivo del proceso mismo del construcción del conocimiento perdiéndose la posibilidad que esta tenga un valor significativa. Al respecto ya Piaget (1930) [17] , sustentó que le desarrollo intelectual va de la mano con lo afectivo puesto que es un proceso que no es posible separarlo en la medida que la adquisición de habilidades o destrezas cualesquiera sean su naturaleza conllevan a necesariamente a una adquisición en el plano cognitivo, motriz y emocional.

La trascendencia negativa de este vacío en la formación de los recursos humanos radica en que una capacitación no podrá ser integral si se ignora la dimensión afectivo emocional, mas aún de quienes cuyos servicios están orientados a un nivel comunitario, como sucede en quienes brindan servicios de salud, puesto que su imagen y personalidad trascienden los espacios culturales y de experiencias significativas de aprendizaje.

Un testimonio que ilustra el respecto es el siguiente:

"Soy un trabajador en el área de servicios y laboro en salud desde hace 18 años, y con franqueza, en ese tiempo, casi nunca se me capacitó, o se me brindó la oportunidad de que se me capacite en cómo mejorar en mi trabajo, menos en lo que son las cuestiones humanas... ... veo con tristeza que entre mis compañeros de trabajo, muchos de ellos están en serios problemas, con su familia, o están ya en el problema del alcoholismo. La verdad, como trabajadores de salud, pienso que eso no debe ser así. .... Con franqueza, hasta a veces uno mismo se da cuenta que esta mal, la verdad, yo estoy teniendo problemas en mi casa, mis hijos ya están grandes, que bueno sería que nuestra institución con sus profesionales nos orienten a cómo solucionar nuestros problemas, pero con franqueza, nuestros profesionales también a veces son los primeros que necesitan orientación.... (H, Varón, 42 años)

Lo señalado nos plantean con gran realismo que las condiciones de trabajo o la falta de conciencia del rol social del Trabajador de salud como agente de primer orden en la

[17] En "Teorías y Aplicaciones Básicas de Constructivismo Pedagógico" de Calero Perez M. Edit. San Marcos 1998, Pag.16.

prevención de la Violencia familiar, el desarrollo humano y la salud integral son un aspecto para nada tomados en cuenta, ya que se descuidan desde todo punto de vista la formación humana y de valores que es tan importante al igual que lo administrativo y técnico propias de la función laboral del trabajador cualquiera sea su nivel y condición.

Entonces podemos afirmar que en Huancavelica, concretamente en la Dirección Regional de Salud, los trabajadores en todos sus niveles en mayoría no cuentan con las condiciones suficientes o de autoridad moral para una efectiva labor de promoción de estilos de vida saludables y de prevención de la violencia familiar, puesto que la calidad o las condiciones socio emocionales del recurso humano disponible no siempre son los más adecuadas y pese a lo evidente del problema el sector no ha trabajado ni desarrollado de manera sistemática y profesional experiencias de capacitación en esta área.

El Ministerio de Salud a través de sus Proyectos y Programas especiales como: Proyecto 2000, Capacitación en Salud Básica para Todos, Dirección de Capacitación de Recursos Humanos, sus órganos descentralizados, instancias encargadas de la capacitación, formación y bienestar de los recursos humanos de la DIRESA - HVCA, ejercen un total descuido de la atención en los aspectos formativos que es advertido por la mayoría de los trabajadores.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I.- CONCLUSIONES

El trabajo de investigación en cuanto a su finalidad principal de identificar y analizar los factores psicosociales asociados al rol social de prevención de la Violencia Familiar en los trabajadores de la DIRESA - HVCA., permitió comprobar y hacer objetivo lo que empíricamente se venia observando, siendo las conclusiones las siguientes:

1. El 38.92% de los trabajadores de la DIRESA - HVCA en general, se encuentran inmersos en alguna forma de violencia en sus familias, lo cual confirma que la Violencia Familiar es un problema presente y cotidiano en los trabajadores de la DIRESA - HVCA, siendo un importante factor que tiene relación con la calidad de los servicios de atención, promoción de los estilos de vida saludables y el fomento de las habilidades psicosociales para la prevención de cualquiera de las formas de violencia que todo servidor de salud en su condición de agente social debe cumplir.

2. De cada 10 trabajadores de la DIRESA - HVCA, más de 05 manifiestan pobres niveles en el desarrollo de su Autoestima, existiendo por consiguiente una gran debilidad que caracteriza psicosocialmente al recurso humano de salud que los pone en desventaja

para cumplir favorablemente su rol social de agente de prevención de la Violencia Familiar, determinándose al análisis inferencial que los niveles de autoestima de las trabajadoras de la DIRESA - HVCA, no difieren significativamente en relación al sexo, ni en función a la condición de Inmersos o No Inmersos en Violencia Familiar.

3. La escasa comunicación. en la convivencia familiar se da en mayor proporción en las familias de los trabajadores Inmersos en violencia (93%) en comparación a las familias de los trabajadores No Inmersos (37.37%), lo cual difiere significativamente en ambos grupos.

4. En la DIRESA - HVCA, un 83.84% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 46.50% de los No Inmersos consumen alcohol en una frecuencia de “semanal a mensual”, al que se agrega la presencia en un 3.59%. en los Inmersos en Violencia Familiar y un 3% en los No Inmersos de trabajadores en adicción alcohólica. Asociándose a esta situación un 61.45% en los Inmersos y un 42.09% en los No Inmersos, una frecuencia de consumo hasta la embriaguez que va de “mensual, semanal a diario”.

5. Un 82% de los trabajadores de la DIRESA - HIVCA manifiestan que sus experiencias deviolencia vividas se asocian al excesivo consumo de alcohol, que al Análisis Inferencial entre los trabajadores Inmerso en Violencia Familiar y los No inmersos proporcionalmente difieren significativamente.

6. En los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar el 59% de los hogares son resultado de segundas o terceras nupcias, mientras que en los No Inmersos la tendencia es a un ligero incremento al 62%; no existiendo al Análisis Inferencial diferencias significativas en ambos grupos.

7. La tendencia a expresar sentimientos de insatisfacción y no aceptación en la elección de la pareja o cónyuge es mayor en el grupo de trabajadores afectos por la Violencia Familiar en un 54% en comparación a los No inmersos que es sólo en un 22%.; demostrándose al Análisis Inferencial que en ambos grupos existen diferencias significativas.

8. En el 70% de los trabajadores Inmersos en Violencia **de la DIRESA - HVCA** en su relación de pareja "si hay o hubo infidelidad", dato que en porcentaje es mayor en comparación al grupo de No inmersos que alcanza al 58%. y que al Análisis Inferencial se comprueba que la infidelidad en los trabajadores de la DIRESA - RVCA no difieren significativamente en relación a su condición de Inmerso o No en Violencia Familiar.

9. Un 26% y un 15% de los trabajadores Inmersos y No inmersos en Violencia Familiar respectivamente, entienden aún a la violencia como una experiencia parte de la convivencia familiar, no existiendo al respecto diferencias significativas al análisis inferencial.

10.Un 32% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 55% en los No Inmersos, aún no están sensibilizados sobre la magnitud y las repercusiones negativas de la Violencia Familiar en el desempeño de cualesquiera sea la actividad humana, lo que al Análisis Inferencial de comprobación estadística de hipótesis, se demuestra que esta forma de percepción de la Violencia Familiar, difiere significativamente en relación a

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

su condición de Inmersos o No en Violencia Familiar.

11.En la Región de Salud Huancavelica, 4 a 6 por cada 10 trabajadores aún no están sensibilizados frente a Violencia Familiar, ya que no se sienten involucrados como agentes cuya misión, función y deber es cumplir un rol activo en su prevención y atención. que al Análisis Inferencial de comprobación estadística de hipótesis esta proporción difieren significativamente en relación a la condición de Trabajadores Inmersos o No en Violencia Familiar.

12.Un 96% y 94% de los trabajadores Inmersos y No Inmersos en Violencia Familiar respectivamente manifiestan sentirse o haberse sentido maltratados en su centro de trabajo. No existiendo al análisis inferencial en estas proporciones diferencias significativas.

13.En un 95% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 87% de los No inmersos, la motivación intrínseca no es la adecuada ya que manifiestan sentirse incómodos, insatisfechos y no realizados como trabajadores de la DIRESA - HVCA, existiendo al análisis Inferencial diferencias significativas al respecto, que se corrobora con un 98% de los Inmersos y un 95% de los No Inmersos que expresan que al sector salud no le interesa el bienestar de su familia.

14.El predominio en la frecuencia de oportunidades de capacitación en aspectos técnicos de la función de los trabajadores de la DIRESA - HVCA se da en una frecuencia de "esporádicamente, casi nunca a nunca" en el 96% de los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y un 91% en los No Inmersos; porcentajes que no difieren en cuanto a las oportunidades de capacitación en habilidades psicosociales, autoestima, violencia familiar y temas afines, ya que esta frecuencia se dan en el 99% y 98% en los trabajadores Inmersos en Violencia Familiar y los No Inmersos respectivamente; no habiendo diferencias significativas al análisis Inferencial en ambos casos.

2.- RECOMENDACIONES

1. Los programas de capacitación de los recursos humanos de salud no descuiden los temas referidos a los valores, el bienestar familiar, la prevención de la violencia familiar, la equidad de género y el desarrollo humano, ya que ello contribuirá a crear en los trabajadores de salud mejores condiciones subjetivas favorables al cumplimiento del rol social que les corresponde por función y misión frente a la atención y prevención de la Videncia Familiar.

2. Articular en la Dirección regional de Salud Huancavelica, en los programas de capacitación, cualquiera sean sus niveles, contenidos y experiencias favorables al desarrollo humano, habilidades sociales y prevención de la violencia familiar, no solo desde la perspectiva cognitivo racional, sino fundamentalmente emocional, por ser la naturaleza de estos contenidos.

3. Desarrollar programas que favorezcan la motivación intrínseca, el mejoramiento del clima laboral, la satisfacción e identificación de los trabajadores de la DIRESA - HVCA

con su labor, a través de capacitaciones y promoción de los méritos de manera continua y sostenida.

4. Formular y profundizar investigaciones relacionadas al rol social en la atención y prevención de los problemas sociales y psicosociales en los trabajadores de salud como de los otros sectores públicos, estratificándose por grupos ocupacionales, situación laboral, ámbitos geográficos, políticas y programas de formación del recurso Humano, etc. , ya que ello es un factor de especial relevancia para el posicionamiento de la Psicología y garantia de sostenibilidad en los procesos de desarrollo de la sociedad peruana.

"Programa Cybertesis PERÚ - Derechos son del Autor"

BIBLIOGRAFÍA

ALDVE, Cecilia y CARRILLO Patricia (1999). "Violencia Familiar y relaciones de Género-Lima.

ALVA JAVIER/VARGAS LITA: Piensa, en ell@s Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de salud de l@s jóvenes, flora tristan, Centro de la mujer peruana, UNFPA, Lima - Perú 2001.

ANSERSON Jeannine, "Tendiendo Puentes: calidad de Atención desde la perspectiva de las Mujeres Rurales y de los Proveedores de Salud", Movimiento Manuela ramos, Reprosalud. Lima marzo del 2001.

BACA, MARIA EDITH, "Violencia contra la Mujer y Salud Pública" (Oficina Panamericana de la Salud"

CALERO PEREZ, MAVILO, "Teorías y Aplicaciones básicas de Constructivismo Pedagógico" Ed. San Marcos, Lima - Perú) 1998.

CAIPRI “KAUSAY” "Programa: Contribución a la Promoción del Desarrollo Humano, Estilos: de Vida Saludables y Prevención de la Violencia Familiar en Huancavelica", Huancavelica - Perú, Año 1 Nro. 3, 2000. (Revista)

CEPAL, Serie No. 23. "Mujer y Desarrollo - Violencia en la Pareja - Tratamiento, Legal. Evolución y Balance. - Hnna Binstok, 1998 - Stgo. de Chile.

CONCEJO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS - MOVIMIENTO FLORA TRISTAN "Alarmante el número de mujeres peruanas que viven el drama de la violencia

familiar", Documento de Trabajo. Lima - 2001.

CORNEJO Y ROSADO, Miguel Ángel. "Dirección de Excelencia", Colegio de Graduados en Alta Dirección, México, D. F - 1993

CORNEJO Y ROSADO, Miguel Ángel. "Liderazgo de Excelencia", Colegid de Graduados en Alta Dirección, México D.F. - 1995

CORSI, Jorge (1994), “Violencia Familiar”. Argentina

CRUZ RAMÍREZ, J. (1996) Autoestima y gestión de Calidad. México, Grupo Editorial Iberoamericano.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD HUANCAVELICA,- Plan Estratégico 2000 - 2004.

ENCINAS ARANA Sara, ¡Muévete! Ideas para el Desarrollo de Habilidades y Actitudes de Liderazgo Juvenil. CEAPAZ Instituto de Desarrollo Juvenil, Lima- Perú. 2001.

ESPINOZA MATOS, Maria, Violencia en la Familia en Lima y el Callao, Ediciones del Congreso del Perú, Lima - 2000.

FERREIRA, Graciela, Violencia y Crisis Socioeconómica. En: Hombres violentos y mujeres maltratadas, 1992.

FISCHMAN David, “El Espejo del Líder” UPC, Edit. El Comercio. Lima - Perú, 2000

FISCHMAN David, El Camino del Líder' UPC, Edit. El Comercio. Lima - Perú, 1999

FLORES GARCÍA RADA, Javier, El Comportamiento Humano en las Organizaciones Universidad del Pacifico, Lima - Perú, 2000.

- GOMEZ ZAMUDIO Muaricio, "Teoría y Guía Práctica para la Promoción de la Salud", Unidad de Salud Internacional USI - Centro de Investigaciones y Estudios de Salud - CIES de Nicaragua . 1998.

HERNÁNDEZ SAMPIERE R., FERNÁNDEZ COLLADO, C, BAPTISTA LUCIO, P. (1996): Metodología de la Investigación. Editt. Mc GRAW-HILL. Colombia.

HERRERA CALLE Edita, "Género y Políticas Públicas contra la Violencia hacia la Mujer", Red Nacional de Promoción de la Mujer Lima - 2000.

INSTITUTO APOYO (2000), “Violencia y Pobreza desde una perspectiva de género. Informe preliminar - Lima.

INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS, "Estudios Básicos de derechos Humanos" (1996), San José - Costa Rica.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA **-** INEI. Huancavelica: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 - ENDES 2000. Edic. INEI, Lima - Perú 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA - INEI Huancavelica: Encuesta de Demografía y Salud 1996 - ENDES 1996. Edic. INEI, Lima - Perú 1998.

KERLINGER Fred, (1975) "Investigación del Comportamiento: Técnicas y Métodos. Edit. Interamericana, México

LOLI ESPINOZA S.- El abordaje intersectorial de la violencia de género: La experiencia de Perú. Ministerio de Promoción de la Mujer y del desarrollo Humano - Lima, 2002.

LOLI PINEDA, Alejandro - LÓPEZ VEGA, Ernestina, "Inventario de Autoestima para Adultos ALPEL forma - AD", Revista de Investigación de Psicología. UNMSM. Perú -

2001.

LOLI S, - Rosas, M. Violencias Intrafamiliar Los caminos que rompieron al silencio. OPS - Lima 1998.

MARÍN GERARDO (1977), Manual de Investigación en Psicología Social, Edit. Trillas. México

MINISTERIO DE SALUD (2001), "Normas y procedimientos para la prevención de la Violencia Familiar y al Maltrato Infantil, Lima, Julio, 2001. MINISTERIO DE SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA, "Violencia Familiar y Maltrato Infantil situación de Violencia en el Perú" Lima Perú, 2000

Movimiento Manuela Ramos - Situación de la Mujer en el Perú. Violencia contra la Mujer, Edit. Manuela Ramos, Lima 2002.

MINISTERIO DE SALUD - Programa Nacional de Salud Mental, Manual de Desarrollo do Habilidades Sociales, Lima - Perú 1999.

MINISTERIO DE SALUD, "Sistemas de Gestión de la Calidad en salud", Lima - Perú. 2001.

MINISTERIO DE SALUD, DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE LA REGIÓN DE SALUD HUANCAVELICA, "Análisis del Sistema de Información en Salud de la DIRESA - HVCA ASIS, Huancavelica, 2000.

MINISTERIO DE SALUD, Estrategias y Metodología para la Capacitación Local. Edit. MINSA Lima - Perú. 1999.

MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO 2000, USAID, PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA, Manual Autoformativo y de Aprendizaje en Equipo. Programa de Capacitación Materno Infantil PCMI, 06 módulos, Lima Perú. 2000.

MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO 2000, USAID, Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaria., Lima Perú. 2000.

MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE CAMPO, PREC - PERÚ. OGE, ENSP, PROYECTO VIGIA. - Pruebas Estadística, Estudios Transversales, Inferencia, Tamizajes. Lima - Perú - 2001.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (1988), BOLETÍN, Vol. 105, No3. Articulo. Psicología y Salud. Contribuciones de la Psicología al Mejoramiento de la Salud y de la Atención de Salud. Edit. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1988. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD (2001), “Aproximaciones hacia el estado de la Información en Salud Mental en el Perú”. Lima, Julio 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD, FLORA TRISTAN, Módulo de Capacitación "Violencia Familiar enfoque desde la Salud pública", Noviembre 1999. Lima - Perú.

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA - PROMUDEH. Legislación Sobre Violencia Familiar. Junio 2000. Lima - Perú.

PROMUDEH, OPCIÓN, “Violencia Familiar desde una Perspectiva de Género: Consideraciones para la Acción, Lima-Perú, 2000.

PROMUDEH, OPCIÓN, "Gestión en Programas Sociales" Desde una Perspectiva de

Género. Lima-Perú, 2000.

Red Feminista latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual, Boletín No. 16. Edit. IsisInternacional 20001

RODRÍGUEZ CANALES, Fredy, “Lo Cognoscitivo y Psicosocial como Factores de Riesgo en Salud", Huancavelica-Perú, 1998,

RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro, Autoestima, Clave del éxito personal, Edit. El manual Moderno. México, DF,- Santafé de Bogotá - 1998.

TALLADA IGLESIA, ANA, "No todo está Dicho... Factores Psico-Sociales y Culturales asociados a la violencia contra la mujer en a relación de pareja", UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Red de Promoción de la mujer - Lima - Perú. 2000.

SÁNCHEZ CARLESSI H, REYES MEZA C. "Metodología y Diseño en la Investigación Científica" Edit. INIDE Lima - Perú. 1992

SHAPIRO LAWRENCE E La Inteligencia Emocional de los Niños, Editor Javier Vergara - Argentina - 1998.

SELLITZ C. JAHODA M. (1985) "Método de Investigación en las Ciencias Sociales". Madrid. Edit. Rialp.

ANEXOS

“Consultar en formato impreso”