

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

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

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Linda Arleny Sánchez Palacios

ASESOR

Milena López Sánchez

Lima - Perú

2016

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mi asesora, la Mg. Milena López quien gustosamente accedió a ayudarme en la elaboración y culminación de mi tesis.

A mi alma mater, UNMSM, por haberme brindado los mejores 5 años de mi vida.

A mis padres, y hermanas, en especial a Fátima, por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres y hermanas quienes me inculcaron desde pequeña las ganas de surgir ante la adversidad, el deseo de triunfar en la vida y la fortaleza para solucionar los problemas.

A todos aquellos que dedicaron parte de su tiempo a este trabajo.

“Aprendí que hay dos días en la vida, uno es cuando naces, y otro es cuando descubres el porqué.”

El presente trabajo es fruto de todo ello.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN	8
2. MATERIAL Y METODOS	27
2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	27
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	27
2.3 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	27
2.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	27
2.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	28
2.6 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	29
2.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	30
3. RESULTADOS	31
4. DISCUSIONES	38
5. CONCLUSIONES	41
6. RECOMENDACIONES	42
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
8. ANEXOS	47

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la Red Rimac-SMP-LO - DIRESA Lima Norte V en el año 2016.

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

RESULTADOS: Los obstetras tienen de 40 a 54 años (66.7%), sexo femenino (96.6%) y estado civil casado (56.7%). El 63.3% de los obstetras encuestados conocen el protocolo de atención primaria para la violencia basada en género. La mayoría conoce la definición (80%) y las consecuencias a la salud que pueden provocar la violencia basada en género (86.7%), sin embargo, no conocen sobre las clases sociales que se asocian más a la violencia basada en género (90%) y quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes (90%). Respecto a las actitudes, los obstetras refieren que a veces aplican el protocolo de VBG en su trabajo (70%), a veces realizan el tamizaje de VBG (60%), y a veces mantienen una actitud expectante ante el diagnóstico de la violencia basada en género (46.7%). El nivel de conocimiento de la violencia basada en género es de Medio (86.7%) a Bajo (13.3%). El 53.3% tuvo actitudes favorables y el 46.7% desfavorables.

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

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Actitudes, Violencia basada en Género, Obstetras.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the knowledge and attitudes about gender-based violence in first-level obstetricians who work in establishments of the Rimac-SMP-LO Network - DIRESA Lima Norte V in 2016.

METHODOLOGY: Observational study, with descriptive and cross-sectional design. The sample consisted of 30 first-level obstetricians working in the Rimac-SMP-LO Network. For the qualitative analysis, absolute and relative frequencies were used.

RESULTS: Obstetricians are 40 to 54 years old (66.7%), female (96.6%) and married civil status (56.7%). 63.3% of obstetricians surveyed are aware of the primary care protocol for gender-based violence. Most people know the definition (80%) and the health consequences of gender-based violence (86.7%), however, they do not know about the social classes that are most associated with gender-based violence (90%) And who could file a complaint of violence against women to the competent bodies (90%). Regarding attitudes, obstetricians report that they sometimes apply the VBG protocol in their work (70%), sometimes perform VBG screening (60%), and sometimes maintain an expectant attitude towards the diagnosis of violence based on Gender (46.7%). The level of knowledge of gender-based violence is from Medium (86.7%) to Low (13.3%). 53.3% had favorable attitudes and 46.7% had unfavorable attitudes.

CONCLUSIONS: The first-level obstetricians working in establishments of the RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V NETWORK in 2016, present an average level of knowledge (86.7%) and a favorable attitude (53.3%) on violence Based on gender.

KEYWORDS: Knowledge, Attitudes, Gender-Based Violence, Obstetricians.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

Las cifras de la prevalencia mundial reportados por la Organización Mundial de la Salud indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida, siendo la mayoría de estos casos violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física, psicológica y/o sexual por parte de su pareja. A nivel mundial, se calcula que hasta un 38% de los asesinatos de mujeres han sido cometidos por sus respectivas parejas¹.

En nuestro país, las cifras de violencia basada en género según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 2015, se reporta que a nivel nacional el 70,8% de las mujeres alguna vez unidas sufrieron algún tipo de violencia por parte del esposo o compañero. Entre las formas de violencia destaca la violencia psicológica y/o verbal (67,4%), que es la agresión a través de las palabras, injurias, calumnias, gritos, insultos, desprecios, burlas, ironías, situaciones de control, humillaciones, amenazas y otras acciones para socavar su autoestima; la violencia física (32,0%) es la agresión ejercida mediante golpes, empujones, patadas, abofeteadas, entre otras y la violencia sexual (7,9%) es el acto de coacción hacia una persona a fin de que realice actos sexuales que ella no aprueba o la obliga a tener relaciones sexuales.

En el año 2015, la violencia fue mayor en los departamentos de Apurímac y Arequipa con porcentajes de 85,0% y 82,6% respectivamente.

También se observa mayor violencia por parte del esposo o compañero entre las mujeres divorciadas o viudas (88,3%); asimismo en aquellas que tienen educación secundaria o sin educación, residentes en la Sierra y en Lima Metropolitana y en las que viven en hogares correspondientes a las que quintiles intermedio y segundo de riqueza.

Asimismo, se indagó si otra persona, aparte de su esposo o compañero, le había pegado, abofeteado, golpeado o pateado. El 17,3 % respondió que fue víctima de otras personas, mayor porcentaje se aprecia en las mujeres divorciadas, separadas o viudas (20,4%), en las que tienen educación secundaria (19,1%) y en las que viven en los hogares ubicados en el quintil intermedio (20,9%).

Las mujeres que han sido violentadas acuden generalmente a una persona cercana (40%), recurriendo más a la madre (34,5%) y recurren a una Institución (24,9%), 10,2 % a una fiscalía y en menor porcentaje a otras instituciones como la Defensoría Municipal (DEMUNA) y al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMDES)².

El fortalecimiento de acciones de prevención y atención Integral de la mujer afectada por la violencia basada en género (VBG) en los establecimientos de salud, está dirigido al personal del MINSA y de ESSALUD de las diversas direcciones, de las estrategias de salud sexual y reproductiva, responsables de Redes y Microrredes, obstetras y médicos que laboran en diferentes entidades.

La Guía Técnica para la Atención Integral de las personas afectadas por la Violencia Basada en Género dada por del Ministerio de Salud con RM Nro 141-2007³, incluye una ficha de tamizaje y un cuestionario que se debería aplicar a las pacientes para detectar los casos de violencia basada en género, especialmente entre las gestantes y usuarias que acuden a planificación familiar, para lograr una mejor identificación de esas situaciones y así evitar que lleguen a convertirse en población vulnerable. Sin embargo, la aplicación de dicha ficha de tamizaje en los diferentes establecimientos de salud se viene dando muchas veces en un tiempo insuficiente para una verdadera detección y

referencia oportuna de los casos de violencia basada en género, asimismo el tamizaje de violencia se realiza de forma rutinaria, dejando de lado la relación interpersonal con la mujer que acude a consulta.

Esto se ha visto de forma muy frecuente, en diferentes establecimientos de salud, por parte de los profesionales encargados de esta labor, e incluso muchos de ellos desconocen sobre diversos términos relacionados a violencia de género, además la forma de atención se ha mecanizado a tal punto que no se le brinda una atención integral a la usuaria, ocasionando en ella insatisfacción para la resolución de sus necesidades en salud, a la par que las tasas de violencia no disminuyen al contrario se están incrementando. Es por este motivo que se realiza la investigación con la finalidad de identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre violencia basada en género en los profesionales de salud, en este caso obstetras que laboran en la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V.

Diferentes estudios manifiestan lo señalado:

Valdéz C, García C y Sierra Á (2016) en España llevaron a cabo una investigación titulada “Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria”, donde un 62,2% tiene un nivel de conocimiento medio sobre la Violencia Basada en Género, 33,3% conocimiento alto y el 13,2% bajo. El 67,5% considera que no tiene los conocimientos necesarios para atender a una víctima de VG. El 50% piensa que la violencia de género en nuestra sociedad es un problema muy frecuente, el 97.4% cree que las pacientes que sufren de Violencia de género pasan desapercibidas, el 81.6% considera a la violencia psicológica como el tipo más frecuente. Acerca de las actitudes, el 46.5% normalmente mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico y el 65.8% nunca aplica el protocolo de violencia de género en su trabajo⁴.

Morales R (2015) en Murcia-España publicó una tesis titulada “Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia”, cuyos resultados evidenciaron

que los médicos de familia consideran la Violencia de Género en mayor medida como un problema social. La falta de tiempo y no saber cómo preguntar son los motivos más frecuentes para no indagar sobre Violencia de Género en la consulta, precisando sospecha clínica para plantearse este diagnóstico. Tienen asumido su papel profesional, debiendo estar alerta sobre factores de riesgo. Respecto al agresor, están de acuerdo en que proceden actuaciones profesionales con él⁵.

Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R y Fernández A (2013) en España realizaron un trabajo titulado “Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de atención Primaria: Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica”, donde la actitud hacia la violencia de género fue similar en ambos contextos (Cataluña: 3,90, intervalo de confianza [IC del 95%], 3,84-3,96; Costa Rica 4,03, IC del 95%, 3,94-4,13). En el análisis multivariable, los factores que se asociaron a la actitud fueron: 1) formación ($B = 0,10$; $p = 0,02$); 2) uso de recursos sociosanitarios ($B = 0,20$; $p = <0,01$), y 3) el país Costa Rica ($B = 0,16$; $p = <0,01$)⁶.

Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi B, Marconi A, Pannia K (2010) en Argentina llevaron a cabo un estudio titulado “Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires”, donde hallaron que el 49,7% de los encuestados señaló tener pocos o insuficientes conocimientos relacionados con la VBG, el 33,3% dijo desconocer la existencia de grupos de ayuda mutua para víctimas de VBG en el área de referencia de su centro asistencial y el 32,9% desconocía la disponibilidad de refugios o albergues públicos para la protección de las víctimas. Entre el 81,7% y el 88,6% se reconoció como medianamente o poco capacitado en detección de VBG y el 72,3% consideró que la detección de VBG en la consulta debe realizarse en forma sistemática⁷.

Larrauri M, Rodríguez E, Castro T, Pérez A, Ojea B y Blanco M (2010) en España desarrolló un trabajo titulado “Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género”, en el cual observaron

que la mayoría respondió que la violencia de género se asocia a todas las clases sociales (70.4%), el tipo más frecuente de violencia es el psíquico (78.9%) y consideran que algunas veces las víctimas de violencia comunican la situación (96.7%). En la pregunta sobre si conocen la existencia de protocolos en el servicio, un 38,8% no sabe y un 37,5% dice que no lo hay. Respecto a las actitudes, el 65.7% no mantiene una actitud expectante para detectar los casos, el 94.1% siente interés por adquirir información sobre el tema. Asimismo, el 61,2% de los/las encuestados/as opina que la violencia de género es un problema bastante frecuente y un 34,9% opina que es muy frecuente⁸.

La violencia de género es un grave problema de salud pública que afecta a toda la sociedad y no va ligado a determinados ambientes económicos o educativos, sino que se produce en todos los niveles y contextos sociales. Se trata de una dificultad social, que se ha visto marcada tanto por la invisibilidad como por una presencia constante a lo largo de la historia.

El término violencia es definido por la Real Academia de Lengua Española como la acción violenta contra el natural modo de proceder o la acción y efecto de violentar o violentarse⁹.

Teniendo en cuenta este término, procedemos a conceptualizar la violencia basada en género.

En primera instancia, la Organización de las Naciones Unidas definió la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"¹.

La violencia basada en género es uno de los problemas de salud pública que atentan contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas. Es sin duda una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto a

los varones. Por ello, se reconoce ampliamente que la Violencia Basada en Género es la expresión de la presencia de estructuras y dinámicas sociales, y ejercicio inadecuado del poder, que se fundamentan en la asignación de roles diferentes a varones y mujeres en función de su sexo³.

Los tipos de violencia basada en género son: violencia física, psicológica y sexual, hostigamiento sexual, abuso sexual y violación.

Violencia Física: Se refiere al acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer que ocasiona o la sitúa en riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aún sin convivencia. Asimismo, se tiene la consideración de acto de violencia física contra la mujer a los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral. Ente las manifestaciones de la violencia física por motivos de género de los cuales son víctimas las mujeres se encuentran las bofetadas, los puñetazos, los empujones, la estrangulación, las patadas, los golpes con bastones, porras o látigos, el arrojar objetos, el uso del fuego o de ácidos para causar dolor y los daños de larga duración e incluso el homicidio^{3, 10, 11}.

Violencia Psicológica: Se refiere a toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de una persona. Puede darse antes y después de la violencia física o acompañarla. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay violencia física. Aunque, la violencia verbal llega a usarse o aceptarse como algo natural es parte de la violencia psicológica. Entre sus manifestaciones se encuentran: gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos, posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Estos son componentes frecuentes de la conducta violenta hacia las mujeres que pueden tener consecuencias para su bienestar psíquico o emocional. Asimismo, incluye la coacción (obligar a una persona a hacer algo contra su voluntad), lo cual está tipificado como coacción grave y constituye un delito. Se

pueden circunscribir otras omisiones y connotaciones, como no hablarle a la persona, ignorarla, no reconocer aciertos, entre otras^{3, 10, 11}.

Violencia Sexual: Se refiere a todo acto sexual, con tentativa de consumar un acto sexual, con comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo. Las principales formas de violencia sexual son el sexo forzado o la degradación sexual como: intentar que la persona tenga relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad (incluye la penetración oral o anal), llevar a cabo actos sexuales cuando la persona no está consciente, o tiene miedo de negarse, lastimar físicamente a la persona durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso de objetos penetrantes o armas, forzar a la persona a tener relaciones sexuales sin protección, criticar e insultar a la persona con nombres sexualmente degradantes, acusar falsamente de actividades sexuales con otras personas, obligar a ver películas o revistas pornográficas, forzar a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra persona, etc. Se debe tener en cuenta que para cuestiones legales, constituye un hecho agravante cuando la víctima de esta modalidad de violencia es menor de 18 años y en este caso no se considera la expresión de voluntad^{3, 10, 11}.

Hostigamiento sexual: Se trata de una persecución realizada a una mujer o a un hombre por un acosador o acosadora. Es nocivo para la salud porque afecta la salud mental, la comodidad y la productividad de la persona en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Usualmente el hostigamiento lo sufren las mujeres por parte de jefes o pares hombre³.

Abuso sexual: Se trata de un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, uso de fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su

capacidad de respuesta. Es una interacción entre un abusador y una víctima cuando ésta se utiliza para estimulación sexual del primero o de otra persona³.

Violación: Se trata de una agresión sexual donde existe: una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (menores de 18 años o incapacitados(as) mentales), amenaza o uso real de la fuerza o penetración. Se considera a la violación como una penetración sexual ilegal a las víctimas por el acusado(a). También se debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de un objeto u objetos punzo cortantes en las aberturas genital o anal de la víctima, sin requerir de emisión de semen³.

En la etiología de la violencia basada en género (VBG) se ha evidenciado que el Modelo ecológico es el más representativo, pues muestra los factores de riesgo de la violencia basada en género, resultando de la interacción compleja de determinadas situaciones en distintas dimensiones: individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales.

A nivel social: Se examinan los factores institucionales, sociales y culturales que crean un clima de aceptación de la violencia y contribuyen a mantener las brechas y tensiones entre distintos segmentos de la sociedad o fuera de ella. Ejemplos de ello son: aceptación de la violencia como vía de resolución de conflictos, noción de masculinidad unida al dominio, honor o agresión y roles de género rígidos.

A nivel comunitario: Se evalúan diversos escenarios (escuela, trabajo, barrio o vecindario) en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar relaciones de violencia. Entre estos se evidencian: pobreza, estatus socioeconómico bajo, desempleo, aislamiento social y familiar de las mujeres y formar parte de grupos violentos.

A nivel relacional: Se refiere a las relaciones sociales cercanas (amigos, pareja y familiares) cuya cotidianeidad condiciona muchas veces la presencia y recurrencia de actos violentos, como, por ejemplo: conflicto de pareja, celotipia (enfermedad caracterizada por celos), control del dinero y toma de decisiones por el hombre de la familia.

A nivel individual: Se sitúan los factores biológicos y los factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Destacan: ser testigo o víctima de violencia en la familia de origen, padre ausente o que rechaza, uso de alcohol (en el hombre), interiorización de los valores y roles tradicionales (superioridad del hombre e inferioridad de la mujer), embarazo y baja autoestima^{3, 12}.

Los factores asociados que originan un mayor riesgo de sufrir Violencia Basada en Género son: el consumo de alcohol, los antecedentes de abusos anteriores, el fortalecimiento a través de avances educacionales o económicos cuando se vive en escenarios tradicionales, y la pobreza (especialmente en el caso de violencia sexual) ¹³.

El ciclo de la violencia de género mantiene una forma, como su nombre lo menciona, cíclica que se desarrolla en tres fases: la fase de tensión, de agresión y de calma o conciliación.

Fase de tensión: Esta fase se caracteriza por maltrato psicológico. El agresor se muestra irritable, hostil, parece enfadado y la tensión aumenta, pero no de forma explosiva. La mujer minimiza frecuentemente lo sucedido, con la esperanza de que las cosas mejoren y este trato pueda cambiar. Intenta complacerle y está cada vez más angustiada, acaba dudando de sus propias percepciones y se siente culpable de lo que pasa.

Fase de agresión: cuando la tensión en la fase anterior llega a un límite, se produce la descarga de dicha tensión a través de la violencia física, psíquica o sexual grave. Cuando finaliza este episodio, la mujer ha sido duramente maltratada y es aquí cuando busca asistencia médica, aunque e n menos del 50%.

Fase de calma o de conciliación: Después de cometer el abuso, el agresor se siente arrepentido y apenado. Utiliza estrategias de manipulación afectiva, pide perdón y hace promesas de cambio, o hace regalos, admite que lo ocurrido

estuvo mal. Esta actitud suele ser convincente porque ese momento se siente culpable de verdad¹⁴.

Las repercusiones de la violencia de género son diversas, pues afecta a la salud biopsicosocial de la mujer con consecuencias: Físicas y psicológicas (lesiones y patologías crónicas, algunas de ellas con resultado de muerte o considerables grados de discapacidad, baja autoestima, ansiedad, depresión, embarazos no deseados, abortos provocados, problemas ginecológicos, infecciones de transmisión sexual, infección por VIH, parto prematuro y bajo peso al nacer); laborales (absentismo y descenso del rendimiento y la competencia laboral), sociales (falta de participación, riesgo de pobreza y exclusión, aislamiento social y dificultades de integración); educativas (absentismo escolar, trastornos de conducta y aprendizaje y problemas de equilibrio emocional en las y los menores). Hace más vulnerable los derechos fundamentales de las mujeres a la libertad, la dignidad o la igualdad como ciudadanas. Como fenómeno social estructural, tiene consecuencias permanentes y objetivas, entre otras, en la seguridad o la economía (incremento del gasto sanitario, social, policial, judicial, etc.)^{15, 16}.

Respecto al Marco Normativo de la Violencia Basada en Género, el Estado Peruano cuenta con un marco normativo y políticas públicas que amparan los derechos humanos de las mujeres y toman como prioritaria la erradicación de la violencia hacia la mujer, señalando las competencias del gobierno central, gobiernos regionales y locales frente a esta problemática. Entre ellos se tiene: Constitución Política del Perú; Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres; Ley General de Salud; Ley de Protección Frente a la Violencia Familiar; Código Penal; Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual; Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico de Migrantes¹⁷.

Pese a la realización de esfuerzos, la violencia basada en género sigue teniendo en el Perú una prevalencia importante que muchas veces es minimizada por algunos vacíos en nuestros sistemas de información³.

Para la detección de las personas afectadas por la violencia basada en género se realizará el siguiente procedimiento: Asegurar una buena comunicación con la persona usuaria de los servicios de salud y especialmente con las que pertenecen a comunidades étnico culturales que no hablan el castellano; saludar respetuosamente y llamar a la persona usuaria por su nombre; identificarse indicando nombre, cargo y función dentro del establecimiento de salud; asegurar confidencialidad y privacidad; mostrar una actitud de respeto y escucha; realizar preguntas sobre el contexto familiar y sociodemográfico; permitir a la persona que se exprese sin interrupciones, evitar actitudes, críticas o valorativas; preguntar el motivo de la consulta; no criticar, regañar ni desautorizar a la persona; no hacer gestos, burla ni juicios de valor sobre lo que la persona usuaria expresa; mostrar empatía, preguntar cómo le afecta el problema o necesidad que la trae a consulta utilizando un lenguaje fácil de entender; usar un lenguaje no verbal amable y no permitir que haya dominio de ninguna de las partes; demostrar interés y compromiso de ayudarla a resolver el problema o necesidad; en el caso que la persona usuaria no manifieste espontáneamente una situación de violencia llevar a cabo las preguntas del cuestionario de detección evitando la brusquedad y tratando de ser progresivos en el abordaje del tema.

Entre los signos y síntomas de la violencia física se evidencian: hematomas y contusiones, cicatrices, quemaduras, fracturas, lesiones notificadas como accidentales, retraso entre la ocurrencia de la lesión y la fecha de la consulta, marca de mordeduras de adulto, lesiones en la vulva, perineo, recto o infecciones urinarias, lesiones durante el embarazo, sobretodo en mamas y abdomen, laceraciones inexplicables en boca, mejilla y ojos, quejas crónicas sin causa física: cefalea, trastornos del sueño y trastornos gastro-intestinales, dolores crónicos sin motivos claros, dolor pélvico crónico, asma, disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia), uso frecuente del servicio de emergencia, etc.

Entre los signos y síntomas de la violencia psicológica se evidencian: Extrema desconfianza en el personal del establecimiento de salud; exagerada necesidad de ganar o sobresalir; demandas excesivas de atención; marcada

agresividad o pasividad; marcada ansiedad y depresión; uso de sedantes; aislamiento, retraimiento; perturbaciones del apetito y del sueño; consumo de alcohol o droga; temor de llegar a hogar o temor a los padres; intento de suicidio; tristeza o angustia marcada, etc.

En los puestos de salud del primer nivel de atención, se designará a uno o más miembros del personal como consejera o consejero, en situaciones de VBG a las personas usuarias.

Según la complejidad del problema, el personal de los puestos de salud referirá los casos a un Centro de Salud, de acuerdo a los criterios de referencia (capacidad resolutoria, accesibilidad y oportunidad).

En los centros de salud y los hospitales, la responsabilidad del proceso de identificación, atención, registro, referencia y seguimiento en materia de VBG recae en el personal de los servicios de psicología, psiquiatría o sus similares de salud mental o de ginecología, obstetricia o similares de salud sexual y reproductiva y al personal capacitado en procesos de consejería en VBG³.

El profesional de salud encargado de los procesos de atención debe considerar los siguientes aspectos: sus propias emociones, creencias y actitudes sobre la VBG, demostrar honestidad, conocer los derechos y mostrar una actitud de respeto, estar capacitado e informado para brindar orientación acerca de las redes de apoyo y atención a la VBG, garantizar un espacio físico privado y cómodo, tener a la mano los instrumentos necesarios de la VBG (guías, protocolos, fichas de tamizaje, etc.), contar con un listado de instituciones de apoyo,³ contar con material educativo, etc.³

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

casos de mujeres que sufren maltrato físico o psicológico y así derivarlos a espacios especializados.

Además, menos de la cuarta parte de servicios tiene salas que garantizan la privacidad para atender dichos casos, de acuerdo con los testimonios del personal entrevistado para el informe “Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia”, realizado entre setiembre del 2009 y junio del 2010.

Con respecto a las mujeres víctimas de abuso sexual, un problema grave es que solo en la mitad de los casos reportados se cumplió con practicar los exámenes médicos como la revisión de genitales, mamas, cuello y muslos. Aun peor, las pruebas para detectar el VIH/sida y otras enfermedades por contacto sexual apenas alcanzaron al 40%.

La violencia contra la mujer tiene un impacto negativo directo sobre la maternidad, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH/sida, indica la Organización Panamericana de la Salud.

En nuestro país, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009, el 38,8% de las mujeres manifestó haber sufrido violencia física por parte de su esposo o compañero en algún momento de su relación. Empero, debido a la naturaleza de los actos de violencia, la mayoría de víctimas tiene temor o reticencia a denunciar los hechos y pedir atención en los servicios de salud¹⁸.

Acerca del Perfil del obstetra en la atención de pacientes con Violencia basada en Género, los (as) Obstetras, muy en especial los que laboran en el área asistencial, tienen una mayor responsabilidad para la búsqueda activa y la marcha de la práctica de la intervención necesaria para la respuesta a la demanda de las mujeres víctimas de VBG.

Debemos aprovechar la ventaja que se tiene en cuanto a la demanda de pacientes, así como la empatía y la confianza que poseen al momento de la consulta, esto automáticamente nos convierte en el personal calificado para la

detección de casos de VBG, y también debemos aprovechar las herramientas que el estado nos confía para la prevención e identificación oportuna.

También se debe conocer que el obstetra no actúa solo en este escenario, tiene a otros profesionales de la salud para que ellos puedan cumplir con el tratamiento oportuno a la mujer afectada.

Todo obstetra debe prestar servicios dentro del marco que define su perfil profesional cuyas acciones están orientadas al campo de la salud, estas acciones de salud se orientan a lograr el completo estado de bienestar físico, mental y social de las personas tendientes a mantener el potencial humano como fuente de producción para mejorar el nivel de vida¹⁹.

Entre las pautas del proceso de atención que debe realizar todo profesional de salud, incluido el profesional obstetra ante un caso de violencia es el siguiente: propiciar un diálogo que permita hacer que las decisiones de la persona afectada serán consideradas y que se respetará su autonomía, dar mensajes positivos (como *“nosotros nos preocupamos por su bienestar”*, *“usted no está sola(o)”*, etc.), brindar apoyo emocional y fortalecer la autoestima, evaluar el riesgo e el que se encuentra la persona y sus hijos si los tuviera, presentar alternativas y plan de emergencia para ella y sus hijos (preguntar qué es lo que dese hacer, mencionar la necesidad de un lugar donde ir, decirle que procure disponer de algún dinero o ropa para situaciones de emergencia, proporcionar información sobre centros o instituciones de apoyo, etc.), dejar que la persona usuaria tome sus propias decisiones, previo a la administración de exámenes se debe contar con el consentimiento informado, alentar a que regrese al servicio, referir a la paciente a los servicios correspondientes y hacer seguimiento³.

En resumen, la valoración a la persona afectada por Violencia Basada en Género se circunscribe en: examen físico, anamnesis, evaluación del riesgo, establecimiento del diagnóstico, Referencia y Seguimiento³.

Según los reportes del ENDES 2015, se ha evidenciado que, sobre los tipos de violencia basada en género, en su mayoría se produce la violencia psicológica (67.4%), seguida de la violencia física (32.0%) y sexual (7.9%).

Asimismo, encontraron que los factores más influyentes según tipo de violencia fueron:

Para la violencia psicológica: mujeres de 15 a 24 años de edad, divorciadas, separadas o viudas, con educación secundaria, residentes en el ámbito urbano y en la Sierra del Perú (especialmente en los departamentos de Junín y Huancavelica).

Para la violencia física y/o sexual: mujeres de 45 a 49 años de edad, divorciadas, separadas o viudas, residentes en el área urbana, en la Sierra y en las que viven en los hogares pertenecientes al segundo quintil y quintil intermedio de riqueza.

De acuerdo al ENDES (2015), las víctimas de violencia basada en género denuncian la situación acudiendo mayormente a la comisaría (77%), seguido por la Fiscalía con un 11.3%, la Defensoría Municipal (DEMUNA) con un 10.6%, el Juzgado con un 9%, el establecimiento de salud con un 3.9%, el Ministerio de la mujer y Poblaciones Vulnerables con un 3.2% y otras instituciones con un 7.3%².

El conocimiento se refiere a la mezcla de la experiencia, valores importantes, información contextual y apreciaciones de expertos, que facilitan un marco de análisis para la evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información²⁰.

De acuerdo a recientes estudios, a pesar que hay una campaña mundial de concienciación sobre la VBG, el personal de salud maneja un conocimiento medio del tema, muy a pesar que ellos son el primer filtro al que acude la mujer agraviada; ellos consideran una barrera de conocimiento la escasa formación en sus respectivas carreras, por ello no se detectan los casos a tiempo. Todo el personal de salud no puede permanecer ajeno a este problema de salud

pública Mundial ya que nuestra intervención es necesaria para la prevención, detección, tratamiento y en la orientación de la VBG.

Por ejemplo, en el trabajo de Arredondo et al.²¹, los profesionales de la salud obtuvieron un nivel medio de conocimiento, a diferencia del trabajo de Mendoza et al., en el que se los conocimientos fueron de nulo a bajo²².

En cambio, Rodríguez y cols. en su estudio observaron que un gran porcentaje conocía sobre las normas de violencia basada en género²³.

La actitud se considera como un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones²⁴.

En el estudio de Valdez y cols., se observó que el personal de salud normalmente mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico, ya que consideran que este problema les corresponde tratar al psicólogo y/o a las autoridades policiales, además nunca aplica el protocolo de violencia de género en su trabajo⁴.

En cambio, Oaxaca y cols. encontraron que el personal de salud mostró una actitud a favor de erradicar la violencia, haciendo manifiesto su fastidio e impotencia en estos casos²⁵.

Asimismo, se ha notado a través del trabajo de Morales que la falta de tiempo y el no saber cómo preguntar representa los motivos más frecuentes para no indagar sobre Violencia de Género en la consulta, precisando sospecha clínica para plantearse este diagnóstico. Por ello es importante incluir dentro de la formación universitaria las medidas necesarias para detectar los casos de violencia, un problema de gran impacto⁵.

La Constitución Política del Perú sostiene que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. Por tanto, las mujeres deben solicitar asistencia para su salud, con la finalidad garantizar su bienestar físico y psicológico. Según los reportes del ENDES, la mortalidad materna se redujo en un 49.7% entre los

años 1994-2000 y 2004-2010 al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente. Estos resultados muestran un descenso a favor de la salud materna, no obstante, aún hay un porcentaje considerable.

A pesar que la sociedad busca garantizar a las mujeres, el derecho a la vida libre de violencia a través de un trato digno, estableciendo igualdad entre mujeres y hombres, la violencia de género aún continúa siendo un problema de salud pública, que conlleva daños a la salud física y mental de las mujeres y por tanto es un factor de demanda de los servicios de salud, que representa un costo considerable para la sociedad.

Con el estudio a realizar, se podrá visibilizar la problemática desde el grupo de profesionales de salud, en este caso obstetras, puesto que, al evaluar el conocimiento de ellos, respecto a la violencia de género, se detectarán las falencias que tienen sobre diferentes puntos entorno a esta temática. Es importante resaltar que son los profesionales de salud los que tienen la obligación de atender a la mujer de forma integral, viendo también aspectos relacionados a violencia, por ello es importante que tengan la información suficiente y puedan realizar un abordaje correcto, que permita disminuir y solucionar este tipo de problemas. La investigación, no solo permitirá evaluar el conocimiento que tengan sino también permitirá sugerir a posterior, medidas correctivas en los profesionales encargados de esta atención.

Además, se analizarán las actitudes de las obstetras en cuanto a violencia de género; actualmente se examina a la paciente únicamente como un ente anatómico, consecuencia de la rutina y es por eso que se pierde la sensibilidad y las actitudes correctas para la detección, por esta razón, con la evaluación de estos en el estudio se podrá revelar la situación actual de las obstetras desde un perspectiva conductual, permitiendo con ello realizar capacitaciones en la detección de violencia y sensibilizar al profesional en torno a dicha problemática, en pro de la mujer.

Por lo referido nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016?

Definición de términos:

Violencia basada en género: Es la violencia que incluye tanto a hombres como a mujeres en la cual, la mujer es usualmente la víctima y se deriva de relaciones de desigualdad de poder entre hombres y mujeres. Incluye, pero no se limita a, daños físicos, sexuales y psicológicos¹³.

Conocimiento: se refiere al conjunto de información que se obtenida a través de la experiencia y el aprendizaje.

Actitudes: Estado de disposición mental que se obtiene a partir de las vivencias y que dirige la respuesta de un sujeto ante una determinada situación.

1.2 Objetivos:

1.2.1 Objetivo general:

Determinar el conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016.

1.2.2 Objetivos específicos:

Identificar el nivel de conocimiento sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016.

Indicar las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016.

2. MATERIAL Y METODOS

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo con enfoque cuantitativo.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Son 30 Obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de salud de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V, 2016.

2.3. MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de Análisis:** Obstetra que labore en la Red RIMAC-SMP-LO y que se desempeñe actualmente en el área asistencial en el año 2016.
- **Tamaño Muestral:** Estuvo conformado por los 30 obstetras que formaron parte de la población.
- **Tipo de muestreo:** No se utilizó un tipo de muestreo puesto que se trabajó con toda la población de obstetras que labora en los establecimientos de primer nivel de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V, en el año 2016.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Conocimiento del Obstetra acerca de Violencia Basada en Género.

Actitud del Obstetra acerca de la Violencia Basada en Género.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Técnica: la adquisición de información se realizó a través de una encuesta, que permitió conocer la valoración de las obstetras sobre el tema de violencia de género.

Instrumento: Se utilizó un inventario compuesto por 24 preguntas cerradas y abiertas (Ver Anexo III):

A. Las preguntas del 1 al 5 son preguntas generales relacionadas a los aspectos socioculturales de las obstetras que laboran en los establecimientos del primer nivel de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V.

B. Las preguntas del 6 a la 8 son para contextualizar percepciones sobre el conocimiento acerca de la violencia basada en género.

C. De la pregunta 9 a la 17 se evaluaron los conocimientos de la obstetra respecto a la violencia basada en género, estas preguntas son de tipo dicotómicas puesto que se evaluó la respuesta correcta que tuvo un puntaje 1 y la respuesta incorrecta un puntaje 0.

D. De la pregunta 18 a 24 se indagó sobre las actitudes de las obstetras frente a la violencia basada en género, el tipo de respuesta fueron politómicas tipo Likert medidas en tres categorías.

El instrumento "Inventario de Violencia Basada en Género" fue validado mediante un juicio de expertos (5 profesionales que conocieron respecto al tema), ellos evaluaron tanto las preguntas de conocimientos y la escala de actitudes, emitiendo sus opiniones y sugerencias (Anexo IV). Posteriormente se realizó una prueba piloto con la que se halló la confiabilidad del instrumento: para el caso de la evaluación de los conocimientos, se empleó la prueba de Kuder Richardson donde se obtuvo un coeficiente de 0.940, siendo una excelente confiabilidad y para la evaluación de las actitudes, se utilizó la prueba alfa de Cronbach donde se obtuvo un coeficiente de 0.740, es decir una muy fuerte confiabilidad (Anexo V).

Para categorizar los conocimientos sobre Violencia basada en género se utilizó la siguiente clasificación por niveles:

Conocimiento muy alto: más del 81% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (más de 14 puntos).

Conocimiento alto: 61-80% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (11 a 13 puntos).

Conocimiento medio: 41-60% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (8 a 10 puntos).

Conocimiento bajo: 21-40% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (3 a 7 puntos).

Conocimiento muy bajo: menos del 21% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (0 a 2 puntos).

En el caso de las actitudes, se consideró la siguiente categoría:

Actitud favorable: puntaje mayor a 14.

Actitud desfavorable: Puntaje menor o igual a 14.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En la ejecución de la presente investigación se procedió a solicitar la aprobación al comité de investigación de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y una vez aceptada se recibió una resolución emitida por decanato de la universidad, para obtener la resolución de la aprobación del proyecto.

Una vez aprobado el proyecto se emitió una solicitud al director de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V para ejecutar el proyecto de investigación. En junta de ética se evaluaron los aspectos relacionados a

riesgos y beneficios de la aplicación del estudio en el grupo poblacional de obstetras.

Posteriormente se manifestó la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de la aplicación del estudio.

Una vez aprobado el estudio, se brindó un consentimiento informado, donde se especificó al obstetra que formó parte del estudio, la información necesaria sobre la investigación, así como los beneficios de participar en el estudio, el aporte del mismo y los riesgos.

Habiendo aceptado participar en el estudio, se hizo entrega de las encuestas para su posterior resolución. El tiempo de llenado aproximado de la encuesta fue de 15 minutos. Luego se procedió a su recojo para su posterior cuantificación y análisis.

Análisis estadístico de los datos

Los datos fueron ingresados de forma ordenada al programa Spss v.22, agrupados según la necesidad y los objetivos de la investigación.

Análisis univariado: se procedió a realizar un análisis exploratorio de las variables de interés, utilizando frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Por las características del estudio se solicitó un consentimiento informado, a fin de tener presente en todo momento de la investigación los principios de bioética. Se garantizó la autonomía del estudio, solicitando la firma del consentimiento informado, la beneficencia – no maleficencia, explicando el uso de la información a recolectar y la confidencialidad de los obstetras, fue necesario establecer contacto con los obstetras para notificar sobre el resultado, y que este pueda potenciar o reafirmar sus conocimientos y habilidades en violencia basada en género.

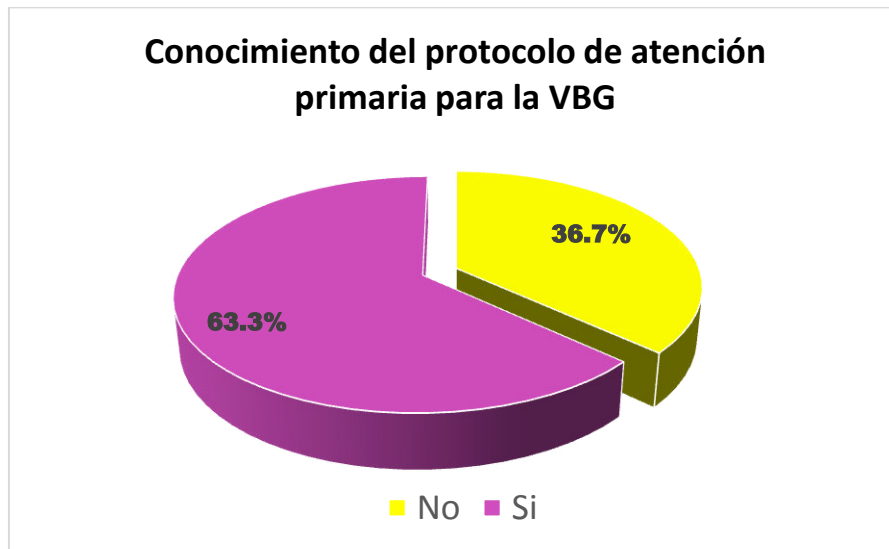
3. RESULTADOS

Tabla N°1: Características personales de los obstetras del primer nivel de atención RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del 2016

Características		N	%
Personales			
Edad:	21-39	8	26.7%
	40-54	20	66.7%
	55-65	2	6.7%
Sexo	Hombre	1	3.3%
	Mujer	29	96.6%
Estado Civil	Soltero	6	20.0%
	Casado	17	56.7%
	Conviviente	6	20.0%
	Separado o divorciado	1	3.3%
TOTAL		30	100.0%

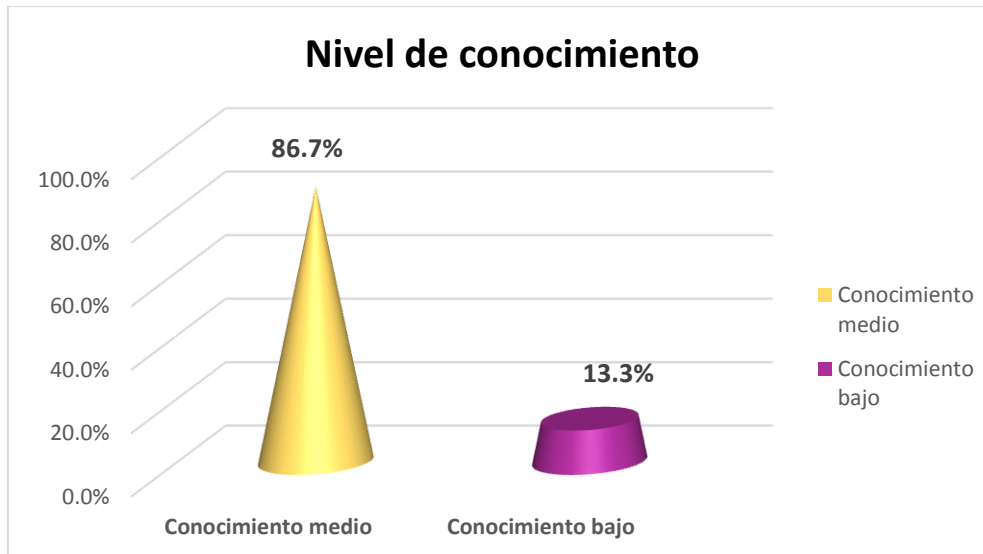
En la Tabla N°1 se presentan las características personales de los profesionales obstetras del primer nivel de atención RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del año 2016, observando que la mayoría de ellos tienen una edad comprendida entre 40 a 54 años (66.7%), de sexo femenino (96.6%) y estado civil casado (56.7%).

Grafica N°1: Conocimiento del protocolo de atención primaria para la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del, 2016



En la gráfica N° 1, se observa que el 63.3% de los obstetras encuestados refiere conocer la existencia del protocolo de atención primaria para la violencia basada en género, mientras que el 36.7% no tienen conocimiento de dicho protocolo.

Grafica N°2: Nivel de Conocimientos sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del, 2016



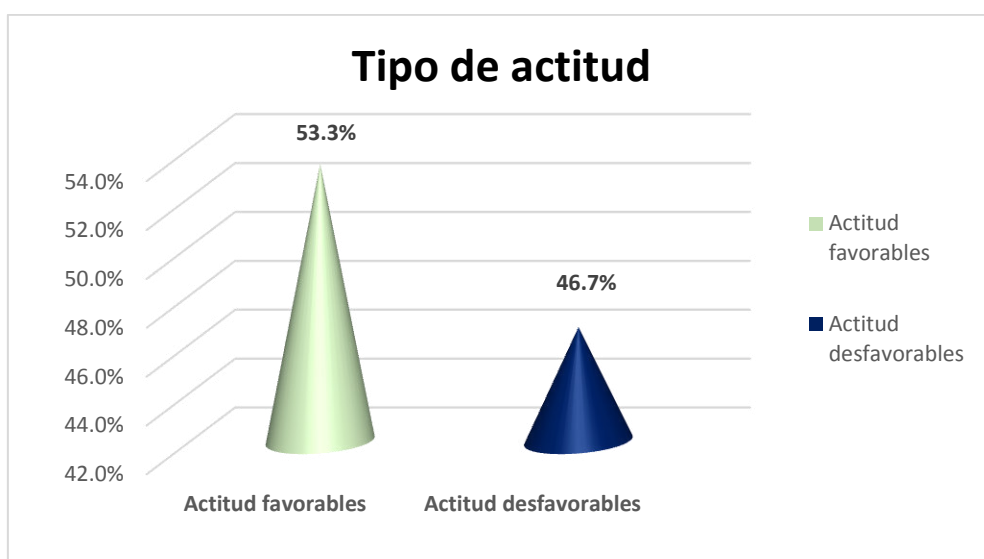
En la gráfica N°2 se observa que los obstetras del primer nivel de atención de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V, tienen un nivel de conocimiento medio (86.7%) y un nivel de conocimiento bajo (13.3%) la violencia basada en género.

Tabla N°2: Conocimientos sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del, 2016

Preguntas de conocimientos		N	%
¿Cuál de los siguientes conceptos define de forma más exacta la violencia basada en género (VBG)?	Incorrecto	6	20.0%
	Correcto	24	80.0%
Tipos de manifestación de VBG según la guía técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género	Incorrecto	15	50.0%
	Correcto	15	50.0%
Según los últimos reportes estadísticos, el tipo de violencia de género más frecuente	Incorrecto	9	30.0%
	Correcto	21	70.0%
Las clases sociales que se asocian más a la violencia basada en género	Incorrecto	27	90.0%
	Correcto	3	10.0%
¿Cuál es la forma de violencia psicológica más frecuente ejercida contra la mujer?	Incorrecto	16	53.3%
	Correcto	14	47.7%
Según las disposiciones legales ¿sabe ud. Quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes?	Incorrecto	27	90.0%
	Correcto	3	10.0%
¿Cuál de las siguientes premisas no forma parte del marco normativo de la violencia basada en género?	Incorrecto	9	30.0%
	Correcto	21	70.0%
¿Cuál es la institución a donde más acuden las mujeres para comunicar que han sido violentadas?	Incorrecto	15	50.0%
	Correcto	15	50.0%
¿Qué factor no influye en la violencia basada en género?	Incorrecto	17	56.7%
	Correcto	13	43.3%
Cuáles son las consecuencias a la salud que puede provocar la VBG?	Incorrecto	4	13.3%
	Correcto	26	86.7%
Total		30	100.0%

La Tabla N°2 muestra las respuestas que brindan los obstetras sobre el conocimiento de la violencia de género, pudiendo evidenciar que la mayoría de encuestadas dio respuestas correctas sobre: las consecuencias a la salud que pueden provocar la violencia basada en género (86.7%), la definición de la violencia basada en género (80%), el tipo de violencia de género más frecuente (70%) y el marco normativo de la violencia basada en género (70%). Así mismo, hubo respuestas incorrectas sobre: las clases sociales que se asocian más a la violencia basada en género (90%), quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes (90%), qué factor no influye en la violencia basada en género (56.7%) y a forma más frecuente de violencia psicológica ejercida contra la mujer (53.3%).

Grafica N°3: Tipo de actitud hacia la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del, 2016



La gráfica N° 3 señala que los obstetras del primer nivel de atención RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V, tienen actitudes favorables en el 53.3% y actitudes desfavorables en el 46.7% hacia la violencia basada en género.

Tabla N°3: Actitudes hacia la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V del, 2016

ACTITUDES		N	%
Durante el desarrollo de sus labores extramurales, promueve actitudes de defensa en contra de la violencia basada en género.	Nunca	1	3.3%
	Regularmente	17	56.7%
	Siempre	12	40.0%
Brinda orientación y consejería sobre las manifestaciones de la VBG y las redes de apoyo existentes	Nunca	4	13.3%
	A veces	15	50.0%
	Siempre	11	36.7%
Realiza el tamizaje de VBG en todas sus pacientes que acuden a la consulta.	Nunca	1	3.3%
	A veces	18	60.0%
	Siempre	11	36.7%
En su trabajo habitualmente mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico de la violencia basada en género.	Siempre	14	46.7%
	A veces	14	46.7%
	Nunca	2	6.7%
Durante su trabajo asistencial, ante una paciente con lesiones físicas plantea un posible diagnóstico de violencia basada en género.	Nunca	2	6.7%
	A veces	15	50.0%
	Siempre	13	43.3%
Aplica el protocolo de VBG en su trabajo.	Nunca	2	6.7%
	A veces	21	70.0%
	Siempre	7	23.3%
Tras la detección de un caso de violencia de género realiza seguimiento	Nunca	8	26.7%
	A veces	20	66.7%
	Siempre	2	6.7%
Total		30	100.0%

La Tabla N°3 muestra las actitudes hacia la violencia basada en género en los obstetras encuestados, donde la mayoría contestó lo siguiente: a veces aplica el protocolo de VBG en su trabajo (70%), a veces realiza seguimiento tras la detección de un caso de violencia basada en género (66.7%), a veces realiza el tamizaje de VBG (60%), regularmente promueve actitudes de defensa en contra de la violencia basada en género en las labores extramurales (56.7%), a veces brinda orientación y consejería sobre las manifestaciones de la VBG y las redes de apoyo existentes (50%), a veces ante una paciente con lesiones físicas plantea un posible diagnóstico de violencia basada en género (50%) y a veces mantiene una actitud expectante ante el diagnóstico de la violencia basada en género (46.7%),

4. DISCUSION

La violencia basada en género es un problema de salud pública que produce diversas consecuencias físicas y psicológicas a las mujeres, e inclusive puede llevar al suicidio, por ello los profesionales que tienen contacto con este tipo de pacientes deben conocer sobre este problema, tanto en la parte conceptual como legal para poder reportar los casos y contribuir a que haya una reducción de mujeres violentadas.

Teniendo en cuenta lo antes señalado es importante que los profesionales tengan al alcance las diferentes normativas o guías sobre este tema, para una correcta derivación del caso; en el presente estudio, el 63.3% de los obstetras refiere conocer el protocolo de actuación de atención primaria para la atención sanitaria de la violencia basada en género, en cambio en el trabajo de **Valdez, García y Sierra**, se observó que solo un 50% de los profesionales de la salud conocía el protocolo de actuación de atención primaria para la atención de violencia. Esto demuestra que, si bien un porcentaje considerable de obstetras posee información sobre el protocolo de atención para la violencia basada en género, tal vez, porque les proporcionaron dicho material en algún programa de capacitación, todos los profesionales asistenciales deben manejar dicho protocolo, pues están expuestos a atender a pacientes víctimas de violencia.

Acerca de los conocimientos sobre la violencia basada en género, en la presente investigación, el 86.7% de los obstetras presentó un nivel de conocimiento medio y el 13.3% alcanzó un nivel de conocimiento bajo, lo cual es disímil al estudio de **Valdéz, García y Sierra**, quienes encontraron que un 62,2% de los profesionales de la salud tenía un nivel de conocimiento medio sobre la violencia basada en género y el 33,3% un conocimiento alto. Por su parte, **Arredondo, Del Pliego, Nadal y Rodríguez** encontraron que casi todos los profesionales de la salud obtuvieron un nivel medio de conocimientos sobre la violencia basada de género. Estos resultados, aunque manifiestan un mayor porcentaje de conocimiento medio en los obstetras, todavía hay un porcentaje con bajos conocimientos, lo cual posiblemente se ha presentado porque el profesional de obstetricia no ha recibido capacitaciones o programas de actualización sobre el tema de la violencia que incrementen sus saberes.

Al ver las respuestas de conocimientos sobre la violencia basada en género, se evidencia en el presente estudio que la mayoría respondió correctamente sobre el tipo de violencia más frecuente, es decir la violencia psicológica o emocional (70%), en cambio, en el trabajo de **Larrauri, Rodríguez, Castro, Pérez, Ojea y Blanco**, se obtuvo un mayor porcentaje de respuestas correctas acerca de la violencia psicológica como el tipo más frecuente (78.9%); así también, **Valdéz, García y Sierra**, encontraron que el 81.6% consideró a la violencia psicológica como la más frecuente.

Respecto a la etiología de la violencia basada en género, en la presente investigación, casi la totalidad respondió incorrectamente sobre las clases sociales que se asocian a la violencia basada en género (90%), a diferencia del estudio de **Larrauri, Rodríguez, Castro, Pérez, Ojea y Blanco**, quienes demostraron que la mayoría refirió correctamente que la violencia de género se asocia a todas las clases sociales (70.4%).

En lo referente a la institución donde más acuden las mujeres que han sufrido de violencia, se observó en el presente trabajo, que el 50% de los obstetras señaló de manera incorrecta el lugar donde mayormente las mujeres acceden a solicitar ayuda, mientras que **Alemán, Vernaz, Tilli, Mazur, Rossi, Marconi y Pannia**, hallaron en su investigación que la mayor parte de los profesionales conocía la instancia de asesoría donde las mujeres solicitan ayuda.

Las actitudes demuestran la predisposición de una persona hacia una determinada situación o hacia algo, las cuales pueden ser a favor o en contra. En la presente investigación, el 53.3% de los obstetras tuvo una actitud favorable hacia la prevención o el manejo de la violencia basada en género, porque promueven actitudes de defensa en contra de la violencia y plantean un posible diagnóstico; lo cual es diferente a lo observado por **Rodríguez, Márquez y Kageyama**, pues en su estudio, una mayor frecuencia de profesionales (76.1%) mostraron actitudes adecuadas para evitar la violencia basada en género; así también, en el trabajo de **Mendoza, Corona, García, Martínez, Sánchez y Reyes**, aproximadamente el 70% de los profesionales manifestaron una actitud favorable para identificar y tratar los casos de violencia basada en género. Los resultados muestran que las actitudes de los obstetras están orientadas a mejorar la situación de violencia, no obstante, hay

algunos casos en los que tal vez por la carga laboral no pueden realizar un seguimiento de las pacientes que sufren de maltrato.

A nivel cognitivo, en el presente estudio, los obstetras plantean un posible diagnóstico de violencia basada en género ante una paciente con lesiones físicas, mientras que **Arredondo, Del Pliego, Nadal y Rodríguez**, revelaron en su trabajo que los profesionales de la salud no plantean a las lesiones físicas como un probable diagnóstico de violencia.

A nivel conductual, en la presente investigación, los obstetras usualmente tienden a aplicar el protocolo de violencia basada en género en su trabajo; disímil a los resultados de **Valdéz, García y Sierra**, pues en su estudio el 65.8% del profesional de salud nunca aplica el protocolo de violencia de género en su trabajo.

Con estos resultados se puede mencionar que los obstetras están interesados en disminuir los índices de violencia basada en género, mediante la aplicación de protocolos, brindando orientación y consejería sobre este tema, entre otros.

5. CONCLUSIONES

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

El nivel de conocimiento sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016, es Medio en un 86.7% y Bajo en un 13.3%

La actitud hacia la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016 son favorables en un 53.3% y desfavorables en un 46.7%

6. RECOMENDACIONES

Implementar programas de capacitación continua a los profesionales obstetras donde se incluya la violencia basada en género, buscando actualizar los conocimientos de los profesionales acerca de este tema de gran relevancia para poder mejorar la salud de las mujeres.

Promover campañas de detección y prevención de violencia basada en género que busque concientizar, así como brindar una mayor información y asistencia a la población afectada, participando de manera activa los profesionales obstetras.

Mejorar la difusión de los diferentes Protocolos de atención, incluyendo el de Violencia Basada en género, en todo equipo multidisciplinario para que puedan garantizar un buen desempeño en el manejo de los casos o prevención de ellos.

Se sugiere incluir en el plan curricular universitario del profesional de obstetricia temas actualizados sobre la violencia basada en género que pueda mejorar las competencias de los futuros profesionales obstetras.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. [Acceso el 10 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2015. Lima: INEI; 2015.
3. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Lima: Ministerio de Salud; 2007.
4. Valdéz C, García C, Sierra Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Aten Primaria. 2016. Pp. 1-9.
5. Morales R. Actitudes y actuación de los médicos de familia respecto a la violencia de género en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Murcia: Universidad de Murcia. Departamento de Ciencias Sociosanitarias; 2015. [Acceso el 08 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/366515/TRML.pdf?sequence=1>
6. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R, Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. Atención Primaria [Internet]. 2015 [Acceso el 08 de marzo del 2016]; 47(8): 490-497. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-actitud-hacia-violencia-genero-los-S0212656714003953>
7. Alemán M, Vernaz D, Tilli G, Mazur V, Rossi B, Marconi A, Pannia K. Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en ciudad de Buenos Aires. Rev. Argent. Salud Pública [Internet]. 2010 [Acceso el 10 de marzo del 2016];

- 1(5):22-27. Disponible en:
<http://www.rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen5/deteccion-de-violencia.pdf>
8. Larrauri M, Rodríguez E, Castro T, Pérez A, Ojea B, Blanco M. Conocimiento y actitudes de los profesionales de urgencias sobre la violencia de género. Revista Páginas Enfer. Urg [Internet]. 2010; 2(7): 36-45. Disponible en:
<http://www.paginasenferurg.com/revistas/2010/septiembre/violenciadegenero.pdf>
9. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua española [Acceso el 28 de febrero del 2016]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
10. Familia, Asuntos Sociales y Zonas de Especial Actuación. Sensibilización y prevención de la violencia de género: Material de formación. Sevilla: Servicio de la Mujer; 2011. [Acceso el 11 de marzo del 2016]. Disponible en:
<http://www.famp.es/racs/ramlvm/03%20documentos%20de%20consulta/GUIAS/G%2005.pdf>
11. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. La violencia contra la mujer: Femicidio en el Perú. Lima: CMP Flora Tristán; 2005.
12. Ruiz I. Violencia contra la mujer y salud. [Acceso el 12 de marzo del 2016]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/04modulo_03.pdf
13. IGWG. Programas de USAID aluden a violencia basada en género. Guía para funcionarios de Programas de Salud. 2da ed. Washington, D.C.: IGWG; 2008. [Acceso el 16 de marzo del 2016]. Disponible en:
http://www.igwg.org/igwg_media/GBVGuide08_Spanish.pdf
14. García N. Monografía sobre violencia de género. España: E.U.E. Casa Salud Valdecilla; 2012. [Acceso el 10 de marzo del 2016]. Disponible en:
<http://www.mujeres-aequitas.org/docs/GarciaMedezN.pdf>

15. Servicio de coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género. Guía para la Atención a mujeres víctimas de violencia de género. España: Instituto Canario de Igualdad. Servicio de coordinación del Sistema Integral contra la Violencia de Género; 2011.
16. Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja. España: Junta de Castilla y León. [Acceso el 15 de marzo del 2016]. Disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_practica_clinica_Castilla_y_Leon.pdf
17. Ministerio de Salud. Plan nacional contra la violencia hacia la mujer 2009-2015. Visión resumida. Lima: Ministerio de Salud; 2010. [Acceso el 05 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.mimp.gob>
18. Diario El Comercio. Artículo periodístico. Servicios de Salud no cumplen con los protocolos para detectar maltrato a la mujer. 15 oct 2010. [Acceso el 03 de marzo del 2016] Disponible en: <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/servicios-salud-no-cumplen-protocolos-detectar-maltrato-mujer-noticia-654322>
19. Colegio de Obstetras del Perú. Consejo Nacional. Compendio de Normas. Lima: Colegio de Obstetras del Perú. Consejo Nacional; 2012.
20. Segarra M, Bou J. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y empresa 2005; 53(3): 175-195.
21. Arredondo A, Del Pliego G, Nadal M, Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. Enferm Clin [Internet]. 2008 [Acceso el 09 de marzo del 2016]; 18(4):175-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922?redirectNew=true>

22. Mendoza M, Corona Y, García M, Martínez G, Sánchez R, Reyes H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol. Reprod. Hum* [Internet]. 2006 [Acceso el 09 de marzo del 2016]; 20: 69-79. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Crecimientoyactitudesdelpersonaldeenfermeriasobrelaviolenciadegenero.pdf>
23. Rodríguez R, Márquez M, Kageyama M. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de Nicaragua. *Salud pública de México* [Internet]. 2005 [Acceso el 8 de marzo del 2016]; 47(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007
24. Ubillos S, Mayordomo S, Páez D. Capítulo X: Actitudes: Definición y Medición, Componentes de la actitud, modelo de la acción razonada y acción planificada. *Psicología Social, Cultura y Educación*. España 2004. [Acceso el 15 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
25. Oaxaca F, Cantú P, Hernández U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de Unidades de Primer Nivel de Atención de un Programa Universitario de Salud. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición* [Internet]. 2005 [Acceso el 09 de marzo del 2016]; 6(1). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vi/1/articulos/violencia.htm>

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	50
III. INSTRUMENTO.....	51
IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	55
V. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	56

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CODIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR FINAL	FUENTE DE VERIFICACIÓN
Conocimiento Violencia Basada en Género	Saberes teórico-prácticos del obstetra acerca de la Violencia basada en género que incluye manejo de guías, normas técnicas, uso de las herramientas dadas por el MINSA.	Conocimiento sobre conceptos de violencia basada en género.	Definición de VBG Consecuencias de la VBG.	Respuesta correcta= 1 Respuesta incorrecta=0	Cualitativa	Ordinal	Conocimiento muy alto : más del 81% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (más de 14 puntos). Conocimiento alto : 61-80% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (11 a 13 puntos). Conocimiento medio : 41-60% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (8 a 10 puntos). Conocimiento bajo : 21-40% de las premisas de conocimientos son respondidas	INVENTARIO DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO
		Conocimientos sobre tipos de violencia basada en género.	Tipo de VBG según guía Tipo de VBG más frecuente. Clase social asociada a VBG					
		Conocimientos sobre la etiología de la violencia basada en género.	Factor más influyente para violencia psicológica. Factor más influyente para violencia física. Factor que no influye en VBG.					
		Conocimientos sobre el marco normativo de	Marco Normativo de la VBG. Institución donde					

		la violencia basada en género.	más acuden las mujeres.				correctamente (3 a 7 puntos). Conocimiento muy bajo : menos del 21% de las premisas de conocimientos son respondidas correctamente (0 a 2 puntos)	
Actitud de Violencia Basada en Género	Forma de actuar o comportamiento que tiene el obstetra con respecto a la Violencia basada en género	Actitud cognitiva	Orientación y consejería sobre VBG. Plantea posible diagnóstico de VBG. Aplica protocolo de VBG.	Siempre (3) Normalmente (2) Nunca (1)	Cualitativa	Nominal	Actitud favorable : puntaje mayor a 14. Actitud desfavorable : Puntaje menor o igual a 14.	INVENTARIO DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO
		Actitud conductual	Promueve actitudes de defensa contra VBG. Tamizaje de VBG. Actitud expectante ante dx. VBG. Seguimiento ante VBG.					

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tiene entre sus funciones la creación de conocimientos, la extensión universitaria y la proyección social. La presente investigación intenta saber el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención. Hasta el momento se cuenta con información de otros profesionales de la salud, pero no de Obstetras. El objetivo de la investigación es Identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre la violencia basada en género en los obstetras del primer nivel de atención que laboran en establecimientos de la RED RIMAC-SMP-LO - DIRESA LIMA NORTE V en el año 2016

Riesgos y beneficios. La presente investigación es no experimental, por lo que no se pretende daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos.

La información a recolectar, será confidencial, es decir, la información estará contenida en este documento de consentimiento informado, pero en los formularios se manejarán mediante códigos (ID), se tiene el derecho de saber los resultados, los cuales serán adecuadamente informados personalmente entre el personal de investigación y los o las participantes. Solamente el investigador principal o su personal autorizado tendrán acceso a la información de identificación de las participantes.

Usted por participar en esta investigación no recibirá ninguna retribución económica, más bien pensamos que será un proceso altruista el mejor conocimiento y entendimiento de los y las estudiantes de obstetricia.

Derechos. La negativa a no participar no acarreará penalidades, ni a sus familiares, ni se penalizará. **La información se empleará para publicaciones científicas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cualquier otro uso de los datos, tendrá que ser adecuadamente comunicada a cada participante o en su defecto tener aprobación por un Comité de ética o por pedido de juez. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Linda Arleny Sánchez Palacios al **965759058** o al correo electrónico: **arlenysp@gmail.com****

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

_____	_____	_____
Apellidos y nombre de la participante	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Apellidos y nombre del investigador	Firma	DNI

III. INSTRUMENTO

INVENTARIO DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

B. CONOCIMIENTOS DE LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

6. ¿Sabes si en tu establecimiento de salud se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de violencia basada en género (VBG)?
(0) No (1) Si
7. ¿Conoces el protocolo de actuación de atención primaria para la atención sanitaria para la violencia basada en género (VBG)? (0) No (1) Si
8. ¿Cuál de los siguientes conceptos es la más exacta para definir la de violencia basada en género (VBG)?
 - (1) Grave problema de salud pública que afecta a toda la sociedad.
 - (2) Acción violenta contra el natural modo de proceder.
 - (3) Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer.
 - (4) Violencia física y sexual que incluye tanto a hombres como a mujeres en la cual, la mujer es usualmente la víctima.
 - (5) Una de las mayores manifestaciones de desigualdad relacionada con el género, que coloca generalmente a las mujeres y las niñas en una posición subordinada respecto de los varones.
9. Marque los tipos de manifestación de VBG según la guía técnica de atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género.

- (1) Violencia física, psicológica y sexual
 - (2) Violencia física y sexual
 - (3) Violencia psicológica, abuso sexual, abandono o negligencia.
 - (4) Violencia física, psicológica, sexual, abuso sexual, abandono o negligencia, hostigamiento.
 - (5) Hostigamiento, abuso sexual, violencia psicológica.
- 10.** Según los últimos reportes estadísticos, el tipo de violencia de género más frecuente es:
- (1) Violencia física
 - (2) Violencia psicológica o Emocional
 - (3) Violencia sexual
 - (4) Violencia por abandono o negligencia.
 - (5) Hostigamiento sexual.
- 11.** Las clases sociales que se asocian más a la violencia basada en género son:
- (1) Solo alta
 - (2) Solo baja
 - (3) Solo media
 - (4) Cualquier clase social
- 12.** ¿Cuál es la forma de violencia psicológica ejercida contra la mujer más frecuente?
- (1) Celos
 - (2) Infidelidad
 - (3) Amenazarla con hacerle daño
 - (4) Impedir que la visite sus amistades
 - (5) Controlarla o manipularla
- 13.** Según las disposiciones legales ¿sabe Ud. quién podría interponer la denuncia de violencia contra la mujer ante los órganos competentes?
- (1) Solo la persona perjudicada.
 - (2) La mujer violentada y su representante legal
 - (3) Solo el personal de salud que ha hecho la detección del hecho.
 - (4) El Ministerio Público de oficio.

- (5) La persona perjudicada o cualquier otra a su favor (familiar y/o profesionales de salud y educación).
14. ¿Cuál de las siguientes premisas no forma parte del marco normativo de la violencia basada en género?
- (1) Constitución política del Perú.
 - (5) Código Civil.
 - (2) Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
 - (3) Ley general de salud.
 - (4) Ley de prevención y sanción del hostigamiento sexual.
15. De acuerdo a los últimos reportes estadísticos ¿cuál es la institución a donde más acuden las mujeres para comunicar que han sido violentadas?
- (1) Fiscalía
 - (2) Comisaría
 - (3) DEMUNA
 - (4) Establecimiento de Salud
 - (5) Juzgado
16. ¿Qué factor no influye en la violencia basada en género?
- a) alcohol y drogadicción
 - b) Formalización conyugal
 - c) Antecedentes de abusos anteriores
 - d) Nivel de educación bajo
 - e) Actitudes que justifican violencia contra la mujer
17. ¿Cuáles son las consecuencias a la salud que puede provocar la VBG?
- (1) Infección por VIH y embarazo no deseado
 - (2) Diabetes emotiva e infecciones de transmisión sexual
 - (3) Aborto y sobre peso
 - (4) Anemia y problemas ginecológicos.
 - (5) Todos los anteriores

B. ACTITUDES SOBRE VIOLENCIA BASADA EN GENERO

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

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

19. Brinda orientación y consejería sobre las manifestaciones de la VBG y las redes de apoyo existentes

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

20. Realiza el tamizaje de VBG en todas sus pacientes que acuden a la consulta.

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

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

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

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

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

23. Aplica el protocolo de VBG en su trabajo.

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

24. Tras la detección de un caso de violencia de género realiza seguimiento.

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

IV. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

VALIDEZ DE CONTENIDO: PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIOS	Nº de Jueces						p
	1	2	3	4	5	6	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	0.031
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	0.031
3. La estructura del instrumento es adecuado	1	1	1	1	1	1	0.031
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claros y entendibles)	1	1	1	1	1	1	0.031
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable	1	1	1	1	1	1	0.031
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1	0	1	1	1	1	0.219
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	1	1	1	1	1	1	0.031
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	0.031

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

En el siguiente cuadro se muestra la opinión de 6 expertos sobre el instrumento, según los criterios señalados, teniendo como premisa que un valor $p < 0.005$, significa que existe evidencia significativa para determinar la concordancia entre los jueces expertos.

Los resultados muestran que existe concordancia favorable entre los 6 jueces expertos sobre los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 7 y 8; no obstante, el ítem 6 no mostró concordancia, por ello se realizaron las sugerencias de los expertos para mejorar secuencia al momento del desarrollo del instrumento.

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento sobre Actitudes Sobre La Violencia De Genero

N	ITEM							Total
	18	19	20	21	22	23	24	
1	2	2	2	2	3	2	3	16
2	2	2	2	2	2	2	2	14
3	2	3	2	2	2	2	3	16
4	2	2	2	2	3	2	3	16
5	2	2	2	3	3	2	3	17
6	2	2	2	2	2	2	2	14
7	2	2	2	2	2	2	2	14
8	2	2	1	2	2	2	3	14
9	2	2	2	2	2	2	2	14
10	2	2	1	2	2	1	2	12
11	2	2	2	2	2	2	2	14
12	2	2	2	2	3	2	2	15
13	2	3	3	3	3	1	2	17
14	2	2	2	2	2	2	2	14
15	1	2	2	2	2	2	2	13
16	2	2	2	2	2	2	2	14
17	2	2	1	2	2	3	1	13
18	2	1	1	2	1	2	1	10
19	2	2	3	2	2	2	3	16
20	2	3	3	2	3	3	2	18
21	2	2	1	1	2	1	1	10
22	1	1	1	2	2	1	2	10
23	2	1	2	1	2	2	2	12
24	2	2	2	2	2	2	2	14
25	1	2	1	2	2	1	2	11
26	2	2	2	2	2	2	2	14
27	2	2	2	2	2	2	2	14
28	2	2	2	2	2	2	2	14
29	1	2	2	2	2	1	1	11
30	2	2	2	2	2	2	2	14
Varianza	0,12	0,21	0,33	0,14	0,21	0,26	0,34	4,35
Suma_var	1,60							

k (ITEM) 7
N 30
r-Alpha de Cronbach **0,74**