



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LA
VALORACIÓN INTEGRAL EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA
EN GÉNERO, MICRO RED DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS
– PUNO, 2018.**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. ODALIS ROCIO YUPANQUI QUISPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PUNO – PERÚ

2018



DEDICATORIA

A Dios, a mis padres y a mis hermanas, quienes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera.

Que con su ejemplo, palabras, dedicación y aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aun cuando todo se complicaba.

Los amo.

Odalis Rocio Yupanqui Q.



AGRADECIMIENTOS

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría quienes se ha esforzado por ayudarme a llegar al punto en el que me encuentro.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas de transmitirme sus conocimientos y dedicación que los que los ha regido, he logrado importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INDICE GENERAL

INDICE DE TABLAS

ACRÓNIMOS

RESUMEN 8

ABSTRACT..... 9

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 13

1.2. IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL ESTUDIO...... 13

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 14

1.4. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN..... 15

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES 17

2.2. MARCO TEÓRICO 21

2.2.1. Violencia Basada en Género..... 21

2.2.2. Valoración integral a la persona víctima de violencia de género 29

2.2.3. Componentes de la atención integral en Violencia Basada en Género..... 33

2.2.4. Responsable de la atención de la Violencia Basada en Género..... 36

2.2.5. Detección de signos y síntomas de la Violencia Basada en Género..... 36

2.2.6. Objetivo de la valoración integral a una persona víctima de Violencia Basada en Género. 37

2.2.7. Aspectos de la valoración integral 37

2.2.8. Ficha de tamizaje: 43



2.2.9. Conocimiento.....	46
2.3. MARCO CONCEPTUAL	51
En él se considera el glosario de términos empleados en el trabajo de investigación.51	
CAPITULO III	
MATERIALES Y MÉTODOS	
3.1. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	53
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN	53
3.3. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN	54
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	57
3.5. CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS	59
3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	61
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	62
4.2. Discusión	70
V. CONCLUSIONES	75
VI. RECOMENDACIONES.....	77
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	86

Área: Salud Familiar y comunitaria

Línea: Violencia Basada en Género

Fecha de sustentación: 18 de junio 2018



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de Violencia Basada en Género	62
Tabla 2. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en consideraciones generales en casos de Violencia Basada en Género	63
Tabla 3. Conocimiento de la enfermera sobre consideraciones generales en casos de Violencia Basada en Género, según indicadores	64
Tabla 4. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el examen físico en casos de Violencia Basada en Género	65
Tabla 5. Conocimiento de la enfermera sobre el examen físico en casos de Violencia Basada en Género, según indicadores	65
Tabla 6. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en la anamnesis en casos de Violencia Basada en Género	67
Tabla 7. Conocimiento de la enfermera sobre la anamnesis en casos de Violencia Basada en Género, según indicadores	67
Tabla 8. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en la evaluación de riesgo en casos de Violencia Basada en Género	68
Tabla 9. Conocimiento de la enfermera sobre la evaluación del riesgo en casos de Violencia Basada en Género, según indicadores	69



ACRÓNIMOS

VBG	: Violencia Basada en Género
CEM	: Centro de Emergencia Mujer
PAE	: Proceso de Atención de Enfermería
OMS	: Organización Mundial de la Salud
AUS	: Aseguramiento Universal en Salud
MINSA	: Ministerio de Salud
VG	: Violencia de Género
MIMP	: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
ODP	: Oficina Defensorial Puno
ENDES	: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
PNP	: Policía Nacional del Perú



RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de Violencia Basada en Género; el estudio fue de tipo descriptivo transversal, se aplicó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario, la población - muestra fueron 20 enfermeras; para el análisis de datos se hizo uso de la estadística descriptiva porcentual, obteniendo los siguientes resultados: el 80 % de enfermeras alcanzaron un nivel de conocimiento deficiente, seguido de un 20 % con conocimiento regular. En cuanto a las consideraciones básicas el 55 % tuvo un nivel de conocimiento deficiente y 45 % regular; en el aspecto del examen físico, el 55 % tuvo nivel de conocimiento regular y 45 % deficiente; respecto a la anamnesis, un 65 % obtuvo un nivel de conocimiento deficiente, seguido de 20% con nivel de conocimiento regular y 15 % bueno; finalmente en el aspecto de la evaluación de riesgo el 55 % obtuvieron un nivel de conocimiento regular, seguido de 35 % con conocimiento deficiente y 10 % bueno; por consiguiente, la mayoría tiene conocimiento deficiente, seguido de regular sobre la valoración Integral en casos de Violencia Basada en Género.

Palabras claves. Valoración integral, violencia basada en género.



ABSTRACT

The objective of this research was to determine the knowledge of the nurse about the comprehensive assessment in cases of Gender-Based Violence; The study was descriptive, cross-sectional, the survey technique was applied and a questionnaire was used as an instrument. The population - sample was 20 nurses; Percentage descriptive statistics were used for data analysis, obtaining the following results: 80 % of nurses reached a deficient level of knowledge, followed by 20 % with regular knowledge. Regarding the basic considerations, 55 % had a deficient level of knowledge and 45 % regular; Regarding the physical examination, 55 % had a fair level of knowledge and 45 % deficient; Regarding the anamnesis, 65 % obtained a poor level of knowledge, followed by 20 % with a fair level of knowledge and 15 % good; finally, in the risk assessment aspect, 55 % obtained a regular level of knowledge, followed by 35 % with poor knowledge and 10 % good; consequently, the majority have deficient knowledge, followed by regular, on the Comprehensive assessment in cases of gender-based violence.

Key Words: Level of knowledge, comprehensive assessment of nursing, gender-based violence.



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. El Problema de la Investigación

La violencia basada en género tiene consecuencias graves para la salud y la vida de las mujeres e impone costos económicos considerables, tanto en la familia como en los Servicios de Salud. ⁽¹⁾ Se estima que la violencia basada en género llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable de la mujer, lo que se traduce en una menor calidad de vida; es un problema de salud pública como lo reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS), al señalar que, a nivel mundial, cada año se estima que del 10 % al 69 % de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual, por parte de su compañero. ⁽²⁾

Entre los años 2012 al 2015, se ha registrado un aumento de casos de tentativa de feminicidio en la región Puno, alcanzando a ser la tercera región con más casos de violencia contra la mujer. En Puno, un total de 1237 mujeres entre 18 y 59 años son afectadas por violencia familiar en el periodo de enero a julio 2016, cifra que va en aumento. ⁽³⁾

El estudio se realizó en la Micro Red José Antonio Encinas, ya que según lo señalado por el personal a cargo de la oficina de Estadística de la Policía Nacional del Perú X MACREPOL – PUNO y el seguimiento a casos por parte de la Comisaría Especializada de la Mujer - Puno, la mayor parte de denuncias se han producido en zonas periféricas de la ciudad de Puno y la mayor cantidad de población periférica del distrito de Puno es atendida en la Micro Red José Antonio Encinas, con un total de población femenina de 20, 694 habitantes; en tal sentido se desarrolló la investigación en la Micro



Red, José Antonio Encinas. ⁽⁴⁾

La defensoría del pueblo mediante la OD Puno hace referencia a la gratuidad de la atención de las víctimas de violencia, siendo un derecho de la persona afectada a ser atendida en los servicios de emergencia del MINSA, aludiendo también a que si una persona es víctima de violencia basada en género tiene derecho a recibir atención gratuita en los lugares donde opera el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), el problema de la violencia basada en género tiene una relevancia en todos los contextos culturales y su solución necesita de abordajes multidisciplinarios e interinstitucionales, promoviendo la protección de las mujeres desde un enfoque de responsabilidad social compartida. ⁽⁵⁾

Por ello se requiere que el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos, principalmente), tengan un conocimiento suficiente para atender los casos de violencia basada en género; dado que son las primeras personas, en establecimientos de salud, en entrar en contacto directo con las mujeres víctimas de violencia. ⁽⁶⁾ Para orientar la atención el MINSA propuso la Resolución Ministerial N°141-2007/MINSA, que aprueba la guía técnica de atención integral, donde se incluye pilares para la atención a la persona afectada y valoración integral, considera aspectos como el examen físico, anamnesis y evaluación del riesgo; este documento es distribuido a nivel nacional en todos los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención. ⁽⁷⁾

Sobre el examen físico este debe ser realizado por un médico o personal de enfermería, debidamente preparados, capacitados a fin de obtener datos relevantes y registrarlos en la Historia clínica; la anamnesis deberá ser minuciosa, así como la evaluación de riesgo mediante el empleo adecuado de la ficha de tamizaje, observándose al personal de salud que prefiere no realizar dicha valoración por factores de tiempo, o



simplemente minimizando el problema.⁽⁸⁾

La enfermera debe tener conocimiento bueno que le permita proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema; sin embargo, al tener contacto con el personal de enfermería se pudo verificar que dicho documento no había sido socializado, compartido ni divulgado dentro del establecimiento de salud, cabe resaltar que muchas mostraban desconocimiento, pero al mencionarles la ficha de tamizaje fueron capaces de entrelazar conceptos y darse el tiempo de buscar la guía.⁽⁹⁾

Son funciones de enfermería: brindar el cuidado integral que incluye la valoración, diagnóstico, ejecución y evaluación, evidenciándose una clara debilidad en cuanto a la valoración en casos de violencia basada en género. Según la Ley N° 27669, art. 5 sobre las funciones que tiene el profesional de enfermería en el área asistencial y su relevancia en la promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en todos los servicios intra-extra hospitalarios; la guía técnica de atención integral considera que uno de los requerimientos básicos para la atención integral de la persona afectada son los recursos humanos, indica que todo el personal debe tener conocimiento para realizar preguntas de detección, que se incluirán como procedimiento de rutina; los puestos y centros de salud deberán contar con personal capacitado encargado de la consejería básica para la intervención en crisis, la detección y la referencia a establecimientos de salud con capacidad resolutive.⁽¹⁰⁾

Es probable que las barreras para la identificación y atención a víctimas de violencia sean múltiples, como la falta de difusión y socialización de la guía propuesta por el MINSA para la atención a personas víctimas de violencia, la no prioridad en la atención y sobre todo la falta de conocimiento o conocimiento deficiente de la enfermera en estos casos; la existencia de ciertas condiciones sociales, culturales y personales que,



desde una perspectiva de género, son cruciales para comprender el problema. ⁽⁵⁾

El profesional encargado de la atención procurará tener una visión amplia e integrada de los síntomas que presente la paciente e intentará no interpretar los síntomas en forma aislada. ⁽¹¹⁾

En diferentes establecimientos de salud se observa, que el personal desconoce sobre diversos términos relacionados a violencia de género, no evidencia la importancia de su capacitación para la atención; por lo que, la atención se ha mecanizado ocasionando insatisfacción en las personas atendidas, más aún en aquellas que son víctimas de violencia basada en género, las personas afectadas desconocen que deben asistir a un establecimiento de salud para recibir atención física y mental; por ello son pocas las que acuden. Entonces más allá de explicar la causalidad del porque no se toma en consideración la canalización de usuarias que sufren violencia, se debe comenzar con darle la debida importancia a toda la normativa técnica distribuida y difundida por el MINSA, mediante la socialización y compromiso profesional frente a estos casos.

Formulación del Problema

¿Cuál es el conocimiento sobre la valoración integral en casos de Violencia Basada en Género, de la enfermera de la Micro Red de salud José Antonio Encinas-Puno?

1.2. Importancia y Utilidad del Estudio.

Los resultados de la investigación permitirán conocer de forma objetiva el conocimiento del profesional de enfermería sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género en la Micro Red, José Antonio Encinas-Puno, posterior a ello se podrá plantear estrategias de fortalecimiento de capacidades al profesional de enfermería que le permitirán brindar atención a las usuarias afectadas por violencia



basada en género.

Los conocimientos deficientes impiden identificar, prevenir y tratar casos de violencia basada en género, con énfasis en el trato. Para ello, la presente investigación aspira a contribuir con el enriquecimiento teórico, en el campo de la Enfermería y de la ciencia, a fin de que la profesional de enfermería tenga las suficientes bases teóricas para realizar una valoración integral en el ámbito comunitario y asistencial mediante la identificación, registro, y la atención integral de personas víctimas de violencia basada en género.

1.3. Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar el conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro Red de salud José Antonio Encinas.

Objetivos Específicos

- Identificar el conocimiento de la enfermera sobre consideraciones generales de la valoración integral, en casos de violencia basada en género.
- Identificar el conocimiento de la enfermera sobre el aspecto del examen físico, en casos de violencia basada en género.
- Identificar el conocimiento de la enfermera sobre el aspecto de la anamnesis, en casos de violencia basada en género.
- Identificar el conocimiento de la enfermera sobre el aspecto de la evaluación del riesgo en casos de violencia basada en género.

1.4. Caracterización del Área de Investigación

El presente estudio de investigación se realizó en el departamento de Puno capital, provincia y distrito. Ubicado al sur del país, en la meseta del Collao. El territorio puneño comprende 43 886,36 Km² de sierra y 23 101,86 Km² de zona selva, 14,5 Km² de superficie Insular y 4996,28 Km² que corresponden a la parte peruana del Lago Titicaca. La región abarca un perímetro fronterizo de 1108 Km², que representan un 11 % de línea de frontera del Perú. En el distrito de Puno, se observa que el 61 % de la población urbana no está afiliada a ningún tipo de seguro, el 27 % está afiliada al ESSALUD, y en el área rural se observa que el 83.7 % de población no está afiliada a ningún tipo de seguro, el 12.6 % está afiliada al SIS (Seguro Integral de Salud).⁽¹⁷⁾

La región Puno cuenta con 13 provincias, siendo una de las más pobladas Puno (después de San Román); la Provincia de Puno tiene 15 distritos siendo Puno el que alberga la mayor cantidad de personas, las que son atendidas en las Micro Redes de salud Puno; siendo una de ellas la Micro red José Antonio Encinas.

La Micro Red José Antonio Encinas incluye 5 establecimientos de salud, las que se detallan a continuación:

Establecimiento de Salud	Población Total	Población Femenina Total
C.S. 4 de Noviembre	17,013	8,735
P.S. Huerta Huaraya	881	452
P.S. Virgen de la Candelaria	2,054	1,055
C.S. José Antonio Encinas	18,479	9,488
P.S. Habith Humanity	1,877	964

Fuente: Oficina de estadística de la Micro Red José Antonio Encinas



En el cuadro anterior se detalla la población general, conjuntamente con la población femenina total en cada establecimiento de salud dentro de la jurisdicción de la Micro Red José Antonio Encinas.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

En España en el año 2013, se realizó la investigación titulada: “Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria”, teniendo como objetivo principal: Evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras sobre la violencia de género y su relación con las variables sociodemográficas y la detección de casos, cuya población era 167 enfermeras, el estudio fue de tipo descriptivo transversal; se obtuvo que las enfermeras tienen un nivel medio de conocimiento, la detección de la violencia de género parece basarse más en las propias percepciones que, en el uso de protocolos; además, aunque consideran que la violencia de género atañe a todos los profesionales y que la víctima pasa desapercibida, el nivel de detección ha sido insuficiente.⁽¹²⁾

Por otro lado, se tiene la investigación realizada en Salta, Argentina en el año 2013 titulada: “Abordaje de enfermería en casos de violencia intrafamiliar y de género”, de tipo observacional, descriptivo, transversal, ejecutada en los enfermeros del servicio de emergencia del Hospital Militar de Salta. El objetivo fue establecer las acciones de cuidado que realizan las enfermeras en el servicio de emergencias del Hospital Militar Salta. Se obtuvo que 90 % de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer; la actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la



recibieron; sobre el nivel de conocimiento acerca del tema 21 % de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63 % medio y 16 % alto. ⁽¹³⁾

Otro estudio realizado en México, en el año 2005, titulado: “Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género”, teniendo como objetivo principal: identificar los conocimientos y las actitudes sobre la violencia de género, así como las barreras personales e institucionales existentes en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes”, estudio transversal, observacional y analítico, cuya población seleccionada eran enfermeras que estuvieron en contacto con mujeres que acudieron a una institución de salud reproductiva de tercer nivel de atención; la recolección de información fue a través de una encuesta de violencia contra la mujer por parte de su pareja. Para la obtención de resultados participaron 136 enfermeras, el conocimiento sobre la violencia de género del personal fue 92.6 % nulo a bajo y 7.4 % medio. Los factores asociados con la actitud cognitiva y conductual de rechazo con la violencia de género fueron: tener edad 23 a 35 años, familiares con violencia y nivel de bachillerato. Se concluye que se requiere sensibilizar y capacitar para identificar y referir a los casos con violencia de género. ⁽¹⁴⁾

El estudio realizado en Brasil, en el año 2007, titulado: “Atención de enfermería a mujeres que sufrieron violencia sexual”, cuyo objetivo era caracterizar la asistencia prestada por los enfermeros a las mujeres que sufrieron violencia sexual atendidas en el hospital de la mujer–CAISM (UNICAMP), de tipo retrospectivo y descriptivo, mediante el análisis de 146 fichas de atención de enfermería de mujeres atendidas entre junio de 2006 a mayo de 2007. Cuyos resultados fueron: de las 146 fichas analizadas que representan 84,9 %, el 74,7 % de las fichas de enfermería fueron llenadas completamente, 91 % tenían diagnósticos de enfermería identificados y 73,6 % representaban intervenciones de enfermería, el 70,8 % y 83,9 % de las mujeres refirieron haber recibido



orientaciones / intervenciones de acuerdo con el protocolo del Programa. ⁽¹⁵⁾

A NIVEL NACIONAL

El estudio realizado en Lima, en el año 2016, titulado: “Conocimiento y actitudes sobre la Violencia Basada en Género en los obstetras del primer nivel de atención. Red Rímac”. Cuya población era 30 obstetras del primer nivel de atención que laboran en el establecimiento de salud de la Red Rímac, el estudio fue de tipo observacional, transversal y descriptivo con enfoque cuantitativo. Con el objetivo de 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. con los siguientes resultados: 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. ⁽¹⁶⁾

Estudio realizado en Iquitos, en el año 2015, titulado: “Conocimiento y actitud frente a la Violencia de Género de prestadores de salud”, cuya muestra estuvo conformada por 256 prestadores de salud que laboran en dos Hospitales y 05 Centros de Salud de Micro Redes de Iquitos. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo con el objetivo de determinar la relación existente entre el conocimiento y la actitud frente a la violencia de género de los prestadores de salud Iquitos 2015. Con los siguientes resultados:

Los resultados mostraron que la edad promedio fue 38,1 +9,0 años, 43,0 % son casados, 39,8 % tiene entre 1 a 5 años de tiempo laboral. El 39,8 % de los prestadores mostro un nivel alto de conocimiento sobre violencia de género, el 83,6 % tiene una actitud neutra frente a la violencia de género, el 11.7 % actitud desfavorable y solo el 4.7 % tiene una actitud favorable. Se observó relación estadística significativa entre categoría profesional y nivel de conocimiento ($p=0,000$) ; área de trabajo y nivel de conocimiento



($p=0,003$) ; no existe relación estadística significativa entre las variables demográficas-laborales con la actitud. Se encontró que existe relación estadística significativa entre el conocimiento y la actitud ($p=0,012$). ⁽²⁹⁾

El estudio realizado en Huaral, en el año 2017, titulado: “Nivel de conocimientos y actitudes sobre la violencia basada en género en las Obstetras del primer nivel de atención de la red de salud Huaral – Chancay 2017”, se centró en el objetivo: determinar el nivel de conocimiento y actitudes en las Obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay 2017. La metodología de la investigación fue de tipo descriptivo, correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 44 Obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay. Como instrumento se usó una encuesta con 23 preguntas, la cual se utilizó el Alfa de Cronbach para su confiabilidad, respecto a los conocimientos se obtuvo un coeficiente de 0.774 y en las actitudes 0.771, es decir una confiabilidad aceptable. Para los procesamientos de datos se utilizó el programa SPSS versión 21.0. Los resultados mostraron que las Obstetras tienen de 21 a 35 años (54,5 %), sexo femenino (100 %) y estado civil soltera (38,6 %). El 95,5 % de las Obstetras encuestados conocen el protocolo de atención primaria de la violencia basada en género. La mayoría conoce las clases sociales que más se asocian a la violencia (75 %) y las consecuencias a la salud que pueden provocar (54,5 %); sin embargo, no conocen sobre el tipo de violencia más frecuente (56,8 %) y la definición de violencia de género (81,8 %). Respecto a las actitudes, las Obstetras refieren que siempre realizan el tamizaje de VBG (75,0 %) y a veces (25,0 %). El nivel de conocimiento de la violencia basada en género es de nivel medio (54,6 %), alto (38,6 %) y bajo (6,8 %). El 79,5 % tiene actitudes cognitivas favorables y el 20,5 % desfavorables. El 86,4 % tiene actitudes conductuales favorables y el 13,6 % desfavorables. Se concluye que las Obstetras del primer nivel de atención de



la Red de Salud Huaral - Chancay 2017, presentan un nivel de conocimientos medio (54,6 %), actitudes cognitivas favorables (79,5 %) y actitudes conductuales favorables (86,4 %). Como el valor de chi cuadrado es de 7,677; si existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes sobre la violencia basada en género según las obstetras del primer nivel de atención de la Red de Salud Huaral - Chancay 2017⁽³¹⁾.

El estudio realizado en Huancayo, en el año 2019, titulado: “Nivel de conocimiento y actitudes frente a la violencia basada en género en estudiantes de la Universidad Peruana Los Andes Huancayo 2019”, se centró en el objetivo: Determinar la relación entre las variables. Se trató de una investigación de tipo básica, nivel descriptivo correlacional y diseño no experimental transeccional. Cuya población estuvo conformada por 341 estudiantes de los primeros ciclos de la modalidad presencial, periodo académico 2019 - I de la Escuela Profesional de Psicología. De los resultados, se identificó que el 5 % de la muestra presenta nivel de conocimiento bajo y actitud indiferente, 27 % nivel de conocimiento medio y actitud indiferente y 68 % nivel de conocimiento alto y actitud negativa (rechazo) frente a la violencia basada en género. Se concluye que, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes frente a la violencia basada en género.⁽³³⁾

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Violencia Basada en Género

La importancia de la violencia de género como problema de salud tiene que ver con la alta prevalencia y las graves consecuencias que los malos tratos tienen para la salud de las mujeres que la sufren, y sobre los hijos e hijas y otros convivientes; es un problema de salud pública que atenta contra los derechos humanos por las consecuencias negativas en el desarrollo integral de las personas ⁽¹⁾. Incluye cualquier acto de maltrato físico,



sexual, psicológico y/o económico contra una persona por el hecho de ser mujer, incluyendo actos de privación de la libertad, tanto en el ámbito público como privado. Si bien la envergadura y trascendencia del problema necesita de la sensibilización e implicación de sectores tales como el judicial, social, educativo, no podemos obviar que el sistema sanitario juega un importante papel en su abordaje, ocupando además un lugar privilegiado para prevenir y reconocer precozmente a las víctimas de violencia, al ser responsable de la atención de los problemas de salud derivados de estas situaciones.⁽¹⁾

La gran mayoría de los autores de la violencia son hombres; las mujeres corren el mayor riesgo con hombres que ya conocen; La violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico y, en muchos casos, de abuso sexual. La mayoría de las mujeres que sufren alguna agresión física de su pareja por lo general serán víctimas de múltiples actos de violencia con el paso del tiempo. La violencia contra las mujeres traspasa los límites de la clase socioeconómica, la religión y el origen étnico. Los hombres que golpean a sus parejas exhiben un marcado comportamiento de control sobre alguien.

Los proveedores de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar, enviar y atender a las mujeres que viven con violencia. Las mujeres que sufren consecuencias del maltrato a menudo recurren a los servicios de salud, aun cuando no revelen el episodio de violencia. Si bien las mujeres tienden más que los hombres a buscar servicios de salud durante su vida, los estudios muestran que las mujeres víctimas de maltrato buscan aún más los servicios para dolencias relacionadas con el maltrato sufrido.⁽¹⁸⁾

Es imprescindible conocer que la violencia contra la mujer asienta en la propia estructura social y se sustenta en los valores y creencias respecto al papel que la sociedad ha asignado tradicionalmente a hombres y mujeres; por ello, resulta necesario tener una



visión del problema desde la perspectiva de género para comprender su génesis. El modelo de relación social entre hombres y mujeres no es ajeno a la violencia específica contra la mujer; las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por parte de la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol asignado a la mujer explicarían en parte la violencia de género, como secundaria a esta relación asimétrica. Las políticas educativas, sociales, sanitarias y económicas han contribuido históricamente a mantener las desigualdades entre hombres y mujeres.

Se reconoce ampliamente que la violencia basada en género es 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 sexo.

La literatura Nacional e Internacional existente, así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aplica indistintamente las categorías violencia basada en género y violencia contra la mujer para referirse a un mismo tipo de violencia⁽¹⁾.

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

- **Violencia Emocional:** Es 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 emocional hay violencia física. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica.

- **Violencia psicológica** incluye 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. Otras manifestaciones son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, actuar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas como romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la persona y lastimar o amenazar con lastimar a las hijas o hijos, u otros miembros de la familia, agredir mascotas.
- También se 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 incluyen otras omisiones y connotaciones, como no hablarle a la persona, ignorarla, no reconocer aciertos, entre otras, no permitirle el manejo del dinero y otros recursos familiares, se les ha conceptualizado como violencia económica, aunque pueden bien tipificarse como manifestaciones de este tipo de violencia.
- **Violencia por abandono o negligencia:** es toda acción u omisión donde uno o más miembros de la familia impide la satisfacción de las necesidades básicas (biológicas, emocionales y sociales) de otro integrante de la familia en forma oportuna y adecuada (pudiendo hacerlo). Se presenta, por lo general, en caso de niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y discapacitados.



- **Violencia sexual:** Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluido el hogar y el lugar de trabajo. ⁽¹⁹⁾
- Sus manifestaciones incluyen sexo forzado o 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 consiente, o tiene miedo a 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 , forzara observar a la pareja mientras esta tiene relaciones sexuales con otra persona, etc.
- **Hostigamiento sexual.** - Es una persecución realizada a una mujer o a un hombre por un acosador. Es nocivo para la salud porque afecta la salud mental, comodidad y productividad de la persona en su centro de trabajo o medio social en el que se desenvuelve, ocasionando malestares físicos y psicológicos. Generalmente el hostigamiento lo sufren las mujeres por parte de jefes o pares hombres. Se incluye como una modalidad de la violencia sexual y ha sido regulada en nuestro país mediante Ley N° 27942 Ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual, del 20 de abril de 2004. ⁽²⁰⁾



- **Abuso sexual.** - Es un acto sexual intimidatorio que no cuenta con el consentimiento de la víctima que es sometida con amenazas, uso de fuerza o bajo el influjo de drogas u otros fármacos que disminuyen o anulan su capacidad para estimulación sexual del primero, o de otra persona. En el abuso sexual, el abusador(a) está en posición de poder o de control, sobre el abusado(a) y esto le permite cometer el abuso. La violación es una forma de abuso sexual.
- **Violación.** - Es un tipo de agresión sexual donde existe: una víctima, falta de consentimiento o incapacidad para decidir (menores de 18 años o incapacitados(as) mentales, amenaza o uso real de fuerza y penetración. Se considera a la violación como una penetración sexual ilegal a la víctima por el acusado(a). También se debe tener en cuenta que la penetración sexual es la introducción de un objeto u objetos punzo- cortantes en las aberturas genital o anal de la víctima, sin requerir la emisión del semen.

Para el ministerio de salud la Violencia Basada en Género (VBG) constituye un serio problema de salud pública tanto por su magnitud como por su complejidad y merece un abordaje integral pues muchas investigaciones revelan que la VBG puede prevenirse.

(21)

a) **Etiología de la Violencia Basada en Género**

Para prevenir la violencia es necesario conocer cómo se origina. No existe una causa única o algunas causas únicas relacionadas a la violencia. Tal como lo señala la OMS ningún factor por si solo explica o puede explicar por qué algunos individuos o colectivos actúan con violencia o por qué esta tiene mayor prevalencia en algunas sociedades. Según el Modelo Ecológico (el más aceptado y difundido por la comunidad profesional internacional) la violencia es el resultado de la interacción compleja de un conjunto de



factores que actúan en distintas dimensiones: individuales, relacionales, sociales, institucionales, culturales y ambientales.

Es necesario comprender la forma en que estos factores se vinculan en contextos determinados, para enmarcar nuestras acciones de atención integral dentro de un enfoque de salud pública.

El nivel individual está referida a los factores biológicos y factores de la historia personal que influyen en el comportamiento de una persona. Centra su atención en las características que aumentan en un individuo, la probabilidad de ser víctima o perpetrador de actos de violencia.

El nivel de la comunidad se examina diversos escenarios (escuela, trabajo, barrio o vecindario) en donde se establecen relaciones sociales que pueden posibilitar relaciones de violencia. Algunos factores aquí son: creciente movilidad y cambio de residencia, heterogeneidad demográfica de una población, alta densidad poblacional, pobreza o deterioro físico, etc.

En el 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.

b) El ciclo de la violencia

Muchas investigaciones han coincidido en lo que se denomina: el Ciclo de la violencia. Se llama así al proceso en que devienen muchas elaciones en que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que la violencia es ejercida siguiendo un patrón más o menos estable en el que se han identificado 3 momentos o fases:



- **Fase Uno:** Etapa de aumento de la tensión. - En esta etapa ocurren incidentes de violencia menores que van progresivamente en aumento hasta desembocar en la siguiente fase.
 - **Fase Dos:** incidente agudo de agresión. - Se caracteriza por una descarga incontrolable de tensiones que se han venido acumulando en la fase anterior. Se distingue de la fase anterior por la falta de control y la gran destructividad que conlleva.
 - **Fase Tres:** Amabilidad, arrepentimiento y comportamiento cariñoso. - El comportamiento del agresor después de acaecido el hecho violento se torna cariñoso, amable con muestras de aparente arrepentimiento. Trata de paliar su actitud, pero irremediablemente va cayendo e nuevas tensiones hasta ingresar a la FASE UNO y volver a repetir el ciclo.
- c) **Violencia contra la mujer a través del Ciclo de vida.**
- **Pre- natal:** Interrupción selectiva del embarazo; violencia durante el embarazo con efectos sobre el recién nacido-Infancia: Infanticidio femenino; abuso físico, sexual y psicológico.
 - **Niñez:** Matrimonio infantil; abuso físico, sexual y psicológico; incesto; prostitución infantil y pornografía.
 - **Adolescencia:** Violencia durante el enamoramiento y el noviazgo (ejemplo: alteración de bebidas y violaciones); sexo forzado por razones económicas (ejemplo: niñas estudiantes que tiene relaciones sexuales con adultos a cambio de favores); incesto; suicidio.



- **Adulterio:** Abuso sexual en el sitio de trabajo; violaciones; acoso sexual; prostitución y pornografía forzada; tráfico de mujeres; violencia conyugal y de la pareja; abuso u homicidio; abuso psicológico; abuso de mujeres discapacitadas; suicidio por situaciones de depresión y ansiedad productos de la violencia.
- **Vejez:** Suicidio forzado u homicidio por diversas razones; abuso sexual y psicológico, abandono. ⁽¹⁾

2.2.2. Valoración integral a la persona víctima de violencia de género

El personal de salud que asuma el caso de acuerdo a sus competencias deberá realizar una valoración integral de la situación o derivarla a un servicio que reúna las condiciones para atender el caso, encaminado a lograr un buen diagnóstico y evaluar el actual nivel de riesgo de la persona. Para ello deberá garantizar la realización de un examen integral que considere los siguientes aspectos. ⁽¹⁾

a) consideraciones básicas

Concepto de la VBG. -

Según el marco teórico utilizado en la convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como la Convención de Belém do Pará (1994). En dicha Convención se reafirma que la raíz de la violencia son las relaciones desiguales de poder entre los géneros y que la violencia puede ocurrir en la esfera pública o en la privada. La convención señala que "... debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual p psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. La violencia basada en género es una forma de



discriminación que inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón. ⁽²²⁾

Toda conducta que atenta contra la dignidad e integridad física y moral de las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. ⁽²³⁾

b) Normatividad vigente

Resolución Ministerial N°141-2007/MINSA, de fecha 13 de febrero del 2007, la cual aprobó la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, que en documento adjunto forma parte integrante de la Resolución.

La Dirección General de Promoción de la Salud, del Ministerio de Salud ha elaborado la Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, en el marco del desarrollo de la Comisión intersectorial, encargada de la implementación de las políticas e intervenciones en salud, del Plan Nacional contra la violencia hacia la Mujer 2002-2007 da lucha contra la violencia hacia la mujer, y en coordinación con otros actores sociales, como una respuesta a la situación de violencia que muchas personas atraviesan, y en cumplimiento a los principales tratados y acuerdos internacionales suscritos por el Estado Peruano que establecen compromisos que contribuyen un marco de interpretación imprescindible para el abordaje de la violencia contra la mujer. ⁽¹⁾

c) Instrumento para el manejo y la atención a la persona afectada de VBG.

La Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género, instrumento que fue elaborado para el quehacer de los actores de salud



en la promoción de una cultura de paz y la prevención, atención, tratamiento de las personas afectadas por la violencia basada en género, instrumento elaborado con el fin de elevar la calidad de vida de la población y siendo necesario una atención integral de la violencia basada en género, esta guía permitirá sistematizar las intervenciones que se realizan en su abordaje, dado que en sus anexos se instrumentaliza los procedimientos, permitiendo un orden metodológico para su aplicación. Este documento técnico contribuye a las acciones de fortalecimiento de las capacidades técnicas de los recursos humanos en salud, permitiendo ser un referente técnico y operativo para las acciones del nivel nacional, regional y local.⁽¹⁾

d) Capacitación y atención en casos de VBG.

Manejo de instrumentos en la atención en casos de Violencia Basada en Género. - es la aplicación de los instrumentos en el quehacer de los actores de salud en la promoción de una cultura de paz la atención, prevención, tratamiento de las personas afectadas por la violencia basada en género, permitiendo atender adecuadamente este problema de salud pública.

Los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del MINSA deberán realizar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de VBG de acuerdo a los principios y procedimientos detallados en los documentos técnicos que el Ministerio proporciona. Los establecimientos de Salud deberán participar en el desarrollo de los programas de promoción de la salud atendiendo a las disposiciones específicas en materias de atención de las personas afectadas por la VBG, propuestas en los instrumentos y documentos técnicos.



e) Entidades facultadas para recibir denuncias por VBG.

Centro de emergencia mujer.

Los Centros de Emergencia Mujer (CEM) son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar. Para procurar la recuperación del daño sufrido, los CEM brindan orientación legal, defensa judicial, consejería psicológica y asistencia social. La persona encargada de admisión tomará la información del hecho, ya sea violencia familiar y/o sexual, física o psicológica, para tener datos y derivarte al servicio correspondiente. ⁽²⁴⁾

Comisaría especializada de la mujer.

Unidad especializada de la Policía Nacional del Perú, en temas de prevención, sensibilización, protección e investigación de la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, rigiéndose por los lineamientos de la Ley 30364, Código del niño, niña y adolescente, así como la legislación y las políticas públicas relacionadas a familia e infancia. Cuyas funciones son:

- Recepciona denuncias y determina el carácter de esta.
- Orienta sobre donde recurrir y si corresponde hacerlo en la comisaría. Si la situación de la víctima está en condición de declarar, es conducida al Departamento de la Familia para que realice la declaración y denuncia respectiva.
- Si su estado de salud requiere atención médica de urgencia, será conducida a una institución de salud.
- Redacta la ocurrencia del auxilio prestado, la que se sumará a la denuncia.



- Comunica el hecho al Fiscal, solicitando su presencia para la recepción de la manifestación/declaración.
- Solicita se practique el Reconocimiento Médico Legal.
- Dispone se practique el examen psicológico.
- Informa a la denunciante o agraviada sobre el procedimiento policial que se seguirá hasta la remisión del caso a la Fiscalía o Juzgado, así como los derechos que le asisten y los servicios que ofrece la comisaría.
- Si la integridad de la víctima y familiares están en peligro, se brindará las garantías necesarias dando cuenta a la Fiscalía.
- Realiza las investigaciones preliminares y elabora el parteo o atestado.
- Allana el domicilio o detiene al agresor en caso de flagrante delito o grave peligro para la víctima. Podrá conducir de grado o fuerza al denunciado para el esclarecimiento de los hechos.
- Notifica al agresor.
- Remite el atestado al Juez de Paz, Fiscal penal o de Familia ⁽²⁵⁾.

2.2.3. Componentes de la atención integral en Violencia Basada en Género.

Los componentes para la atención integral en Violencia Basada en Género:

Promoción

Este componente comprende el desarrollo de acciones referidas a incentivar una cultura del buen trato en los escenarios en los que se desarrolla la promoción de la salud, a través de:



1.- El personal de salud del primer y segundo nivel de atención realizará acciones de promoción de la salud, en el marco de los principios de equidad, respeto a los derechos humanos e interculturalidad, poniendo especial énfasis en evitar acciones que conlleven a cualquier tipo de discriminación, sea esta étnica, cultural, económica o de género. Asimismo, considerará en su abordaje el fortalecimiento de comportamientos saludables en la familia en sus diferentes espacios de interacción.

2.- La responsabilidad de las acciones de promoción de la salud recae en el responsable de promoción de la salud de los establecimientos del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud quien tendrá en cuenta el ámbito local al que corresponde y la Red de salud a la que pertenece su establecimiento.

Recuperación

Este componente comprende el proceso por el cual los trabajadores de salud detectan, atienden, dan tratamiento y refieren de violencia basada en género, a través de:

- Identificación de situaciones o riesgos de violencia basada en género a través de los servicios de atención o de manera directa con la persona, familia, comunidad, facilitando los procesos de referencia y traslado cuando corresponda.
- Sensibilización y capacitación al personal de salud en la identificación de los signos y síntomas de la persona afectada por la violencia basada en género, igualmente deberá conocer los servicios que brinda el establecimiento de salud para la atención de la Violencia Basada en Género, los responsables, instrumentos y horarios.
- Detección oportuna de los casos, mediante una búsqueda activa utilizando la ficha de tamizaje que formará parte de la historia clínica.
- Conocimiento del cuestionario de preguntas que facilitan la detección de las



víctimas de violencia basada en género. Esta acción se realizará en todos los consultorios del establecimiento de salud y en actividades extramurales.

- Realización de la atención a la persona afectada, por el personal de salud del 1° y 2° nivel de atención, para lo cual deberá contar con todos los instrumentos, así mismo llevar a cabo el proceso de documentación y reporte de los casos.
- Brindar la atención respectiva a las personas afectadas por la VBG, según nivel de atención y de considerarlo pertinente, derivar el caso al establecimiento de referencia y/o informar sobre las instituciones a través del HISS.
- Realizar acciones de consejería y crear espacios diferenciados para realizar esta actividad con adolescentes y adolescentes gestantes afectadas por la Violencia Basada en Género.
- Referir a otros establecimientos de mayor complejidad o a otras instituciones de la comunidad como las organizaciones civiles de mujeres, o del estado, a fin de garantizar precisión diagnóstica, continuidad del tratamiento, rehabilitación, así como apoyo legal, psicológico y emocional para los cuales estén facultados.

Rehabilitación.

Este componente comprende la rehabilitación emocional de las víctimas que es un proceso especializado cuya responsabilidad corresponde a los especialistas relacionados con la salud mental, se hará a través de:

- Atención especializada en los servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención, luego de referencia.



- Se realizarán coordinaciones con el establecimiento que refirió el caso durante el tiempo que dure la rehabilitación.
- Se realizará la contrarreferencia luego de culminado el proceso de rehabilitación.

2.2.4. Responsable de la atención de la violencia basada en género.

Es responsable de la atención de la violencia basada en género todo el personal de salud, al que llamaremos así a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente dentro y fuera de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Concepto de recuperación en personas afectadas por violencia basada en género.

El proceso por el cual los trabajadores de salud detectan, atienden, dan tratamiento y refieren en casos de violencia basada en género. Implica: La detección de las personas afectadas por la violencia basada en género. Para la detección de las personas afectadas por la violencia basada en género, se realizará el siguiente procedimiento.

2.2.5. Detección de signos y síntomas de la violencia basada en género:

Cuando se atiende a una persona en cualquiera de los servicios se deberá estar atento para la detección de signos que se deberán identificar en el examen físico en casos de VBG.

Concepto de valoración integral de la persona afectada por violencia basada en género. Es parte de la atención y recuperación de las personas víctimas de violencia basada en género, encaminada a lograr un buen diagnóstico y evaluar el nivel de riesgo.



2.2.6. Objetivo de la valoración integral a una persona víctima de violencia basada en género.

Lograr un buen diagnóstico y evaluar el nivel de riesgo de la persona víctima de violencia basada en género.

2.2.7. Aspectos de la valoración integral

El personal de salud deberá garantizar la realización de un examen integral que considere los siguientes aspectos:

A. Aspecto del examen físico

La exploración física o examen físico es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la Semiología, que realiza el médico o el personal de enfermería al paciente después de una correcta entrevista clínica. Esta se realiza para obtener un conjunto de datos objetivos o signos que estén relacionados con los síntomas que refiere el paciente.

- En el examen físico se deberán identificar signos correspondientes a los hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias, ITS, lesiones a nivel genital, etc. Cuando se atiende a una persona en cualquiera de los servicios se deberá estar atento para la detección de los siguientes signos y síntomas de la violencia basada en género:
- 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 sobre todo en mamas y abdomen.
- Laceraciones inexplicables en boca, mejilla, ojos.
- Quejas crónicas sin causa física, cefalea, trastornos del sueño y trastornos gastrointestinales.
- Dolores crónicos sin motivos claros.
- Dolor pélvico crónico.
- Asthma.
- Disfunciones sexuales (anorgasmia, vaginismo, dispareunia).
- Uso frecuente del servicio de emergencia.
- Heridas abiertas por armas de fuego, objetos contundentes o armas punzo cortantes.
- Dolor al miccionar.
- Consulta reiterada por sospecha presencia de ITS.

Los Resultados de Episodios violentos

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) es una encuesta nacional ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que se aplica anualmente a través de un cuestionario que recoge información sobre la salud de las mujeres, la salud infantil, la fecundidad, mortalidad y la violencia familiar. Se



utilizan preguntas estandarizadas para todo el país aplicada a una muestra representativa de mujeres en edad fértil y sus hijos e hijas. La violencia en la ENDES es abordada en dos dimensiones: Violencia contra la mujer, ejercida alguna vez por su esposo o compañero y violencia ejercida contra niñas y niños de 1 a 5 años de edad. En este sentido, recoge información acerca de la violencia familiar con el fin de conocer las características de este problema contra las mujeres en edad fértil (15-49 años de edad), lo que permite contar con datos nacionales sobre la prevalencia de la violencia en el Perú.

Con respecto a los resultados de episodios violentos, las mujeres que alguna vez experimentaron violencia física por parte del esposo o compañero, la mayoría tiene efectos leves como resultado de la violencia física; mientras que una menor proporción requirió atención en un servicio de salud, probablemente a consecuencia de un episodio violento muy grave. Los moretones y los dolores fueron el resultado más frecuente de la violencia física, llegando al 68.1% en 2010. En tanto que 1 de cada 10 mujeres tuvo heridas o lesiones, huesos o dientes rotos y esta misma proporción necesitó ir al centro médico.⁽³⁴⁾

Actividades que se realizan en el examen físico:

Registro en la historia clínica de los signos de hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias, etc. Esto según lo establecido en Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica RM N° 214-2018/MINSA.

B. Aspecto de la anamnesis

Se registrará los antecedentes médicos, personales, sociales y económicos de la persona usuaria, la composición y dinámica familiar, educativa, laboral y todos los



ámbitos de interacción del individuo. También abarca la dinámica y evolución del maltrato, sus características, las supuestas causas, el momento en que se dan, el tiempo, los testigos, las actitudes del agresor y de la víctima y todo tipo de antecedentes.

El personal de triaje, será preparado y deberá estar alerta a la presencia de los signos de violencia basada en género, en las personas que solicitan atención, y los orientará al consultorio en el cual pueda recibir atención adecuada y oportuna.

Las historias clínicas incluirán las preguntas de detección como procedimiento de rutina de todas las pacientes nuevas y continuadoras. El personal encargado de realizar la anamnesis deberá seguir las siguientes pautas:

- 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 usuario 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 que 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 o 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.

C. Aspecto de la evaluación del riesgo. -

Implica, evaluar si el comportamiento de la persona agresora representa una amenaza para la seguridad y la vida de la persona usuaria. Debe realizarse siempre, aun cuando la persona no aparente estar en peligro. Para ello se debe preguntar:

- Los medios que utiliza la persona agresora durante los hechos violentos, por ejemplo, si utiliza armas, sustancias, objetos.
- La presencia de armas o sustancias peligrosas en la vivienda
- Amenazas de muerte
- Consumo de alcohol y otras drogas, su frecuencia y comportamiento en estas circunstancias.



- La historia de un ataque potencialmente mortal con arma de fuego, punzo cortantes, sustancias venenosas, o sustancias cáusticas.
- Aumento en la frecuencia e intensidad de los episodios violentos.
- Aumento en la gravedad de las lesiones producto del incidente de violencia
- Existencia de abuso sexual a algún miembro del grupo familiar
- Agresión durante el embarazo
- Historia de aborto
- Antecedentes de historia criminal
- Antecedentes psiquiátricos
- Amenaza y agresión a los familiares, amigos y vecinos
- Temor por su vida o integridad personal y si hay amenazas al respecto.
- Accidentes frecuentes con consultas a emergencias
- Ideas de fatalismo y desesperanza. Atentados contra su propia vida (pérdidas frecuentes de seres significativos en su vida).
- Alcoholismo
- Rechazo de otros miembros de la familia, amigos.
- Aislamiento
- Antecedentes.



La respuesta positiva a uno o más de estos criterios significa la existencia de riesgo para la integridad personal o la vida. Si el nivel de peligro para la vida es alto o si la persona usuaria teme por su vida, se debe diseñar conjuntamente con ella un plan de seguridad y debe ponerse en contacto con la fiscalía u otras instituciones que adopten medidas de protección.

2.2.8. Ficha de tamizaje:

Instrumento utilizado para preguntar sobre la violencia, en el cual se registra lo siguiente:

- Dirección de Salud
- Establecimiento
- Fecha
- El servicio ya sea el de Emergencia, pediatría, obstetricia, CRED, medicina, P.F.,
- Nombre y apellido del usuario
- Edad
- Sexo, ya sea si se trata de una persona de sexo masculino o del femenino.
- Dirección

Antes de empezar de preguntar a la usuaria se debe hacer lectura del siguiente instructivo: “Debido a que la Violencia es dañina para la salud de las personas, en todas las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si



actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas”.

Preguntar lo siguiente:

Si es adulto (a):

- ¿alguna vez ha sido maltratado psicológicamente?
- ¿Alguna vez has sido maltratada físicamente?
- ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?

En caso de que se marque “sí”, se debe hacer las preguntas adicionales: ¿Quién?, ¿Desde cuándo?, ¿Cuándo fue la última vez?

En caso de que se trate de un niño, niña – adolescente: ¿Te castigan tu papá o tu mamá? ¿Cómo?, ¿Alguna persona extraña o de tu propia familia te ha tocado de manera desagradable?

En caso de que se marque “sí”, se debe hacer las preguntas adicionales: ¿Quién?, ¿Desde cuándo?, ¿Cuándo fue la última vez?

Se debe marcar con un aspa todos los indicadores de maltrato que se observe, en todos los casos.

Con respecto a los indicadores físicos tenemos:

- Hematomas y Contusiones inexplicables
- Cicatrices quemaduras
- Lesiones de vulva, perineo y recto, etc.



- Laceraciones en la boca, mejía, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física, cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)
- Enuresis (niños)
- Con respecto a los indicadores Psicológicos tenemos:
- Extrema falta de confianza en sí mismo
- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento
- Llanto frecuente
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir, demandas excesivas de atención
- Mucha agresividad o pasividad frente otros niños
- Tartamudeo
- Temor a los padres o llegar al hogar
- Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde
- Bajo rendimiento académico
- Aislamiento de personas.
- Intento de suicidio
- Uso de alcohol, drogas



- Tranquilizantes o analgésicos.

- Con respecto a los indicadores sexuales tenemos:

- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños)

- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital

- Embarazo precoz

- Abortos o amenaza de infecciones de transmisión sexual

- Con respecto a los indicadores negligencia tenemos:

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento

- No tiene vacunas o atención de salud

- Accidente o enfermedades muy frecuentes

- Descuido en la higiene y falta de estimulación del desarrollo

- Fatiga, sueño, hambre.

Consignando la fecha de la atención, el responsable de la atención, se deberá consignar el nombre del profesional que atendió el caso. ⁽²⁶⁾

2.2.9. Conocimiento

El conocimiento es identificar, estructurar y sobre todo utilizar la información para obtener un resultado. La persona que recepciona información le adiciona intuición y sabiduría, convirtiéndose en conocimiento. De modo que el conocimiento deriva de los datos. Para que la información se convierta en conocimiento, las personas deben aplicarlos en su quehacer ejecutando actividades para sí o para terceros, El conocimiento



sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento, porque, esa acción tiene por objetivo mejorar las consecuencias de los fenómenos percibidos por cada individuo.⁽²⁷⁾

Mediante el conocimiento humano tomamos noticia del exterior (objeto), captamos información de los demás entes (objetos). Mediante acción modificamos el exterior (objeto), influimos en los demás entes (objetos). En tal sentido el sujeto no es otro que el ente particular que conoce su exterior (objeto). En tal sentido el sujeto no es otro que el ente particular que conoce su exterior (objeto), que recibe información de sus circunstancias; por el contrario, el objeto de conocimiento, aquello que es conocido, es en primera aproximación, el mundo exterior, los entes circundantes y las cosas.

a) Definición:

La palabra conocimiento proviene del griego “episteme” que significa conocimiento y “logos” que significa teoría. En la filosofía, es aquella que se encarga de lo relacionado con el saber, las cuestiones filosóficas y el nivel de evidencia que un sujeto tiene sobre algo.

De acuerdo con, Alavi y Leidner (2003) el conocimiento no es más que la suma de información que el sujeto tiene individualizada vinculada con situaciones, imágenes, interpretaciones, juicios, ideas, entre otros (p. 19). El saber no es más que el resultado del proceso de aprendizaje. En donde, el individuo se caracteriza por ser un ente activo, capaz de interactuar de manera constante con los demás y con el medio que lo rodea, obteniendo como resultado, un cambio en su modo de pensar, actuar y sentir.⁽³²⁾

Se afirma que existe dos tipos de conocimiento, distribuyéndolos en científico, ordinario o vulgar.



b) Tipos:

- **Conocimiento ordinario o vulgar:** No es sistemático, ni crítico y le falta solidez, sin embargo, es completo y se encuentra disponible de manera inmediata. Es decir, se adquiere por medio de la experiencia, por la observación y repetición de actividades. Por ejemplo, aprender a cocinar.
- **Conocimiento científico:** Es crítico, teórico, estructurado y principalmente busca explicar el porqué de las cosas de manera objetiva, mediante el conocimiento científico. Dicho de otra manera, es cualquier hecho o suceso que puede ser explicado y demostrado a través de las diferentes teorías científicas. Por ejemplo, la teoría de la gravedad de Isaac Newton.

c) Evaluación del conocimiento:

Después de la aplicación de la evaluación; esta puede ser, por ejemplo: al inicio de la actividad, y/o durante el proceso y/o al final de la actividad de aprendizaje. Evaluar es proceso y resultado de precisar un objeto o fenómeno de la realidad, en sus características esenciales, sus manifestaciones particulares, en devenir y estado de desarrollo actual y previsible, de acuerdo con juicios o con patrones definidos e indicadores establecidos para tal fin. Toda evaluación responde a determinados propósitos y sus efectos, se utilizan diversos medios y procedimientos que deben de resolver, como requisitos básicos, con los fines de evaluación y con la naturaleza del objeto que se evalúa. Se trata de una acción eminentemente humana donde están presentes la subjetividad de los implicados en el proceso evaluativo, no como mal necesario sino como realidad, como atributos de la evaluación. Dentro el proceso de evaluación algunas veces es necesario adjudicar un valor, (una etiqueta o una categoría), sobre aprendizaje



de los aprendizajes, para este propósito generalmente se emplean escalas como el fin de reportar los resultados obtenidos por los participantes. ⁽⁹⁾.

Los puntajes o calificaciones que se derivan de las evaluaciones formativas o diagnósticos no se deben usar para reportar solo los niveles de logro, durante el curso de un nuevo aprendizaje, deben identificar el punto en el cual se encontraban los estudiantes al comenzar el aprendizaje con el objeto de poderlos guiar hacia los alcances de un mayor desarrollo, estos puntajes deben ser empleados para informar o para demostrar progreso, durante un periodo de tiempo. Los puntajes se derivan de las evaluaciones sumativas, se deben utilizar para informar sobre los niveles de logro en los casos que los maestros están evaluando los productos del desempeño del estudiante para los que se emplea la calificaciones del 0 a 20 puntos. ⁽²⁸⁾

Escala Numérica (Sistema Vigesimal), son instrumentos para evaluar rasgos del conocimiento subjetivo, a través de escalas que indican el grado o intensidad en que un “conocimiento” se desarrolla, se estanca o degenera. Este instrumento emite un juicio valorativo en este sentido, por ejemplo: Bueno, regular, deficiente requerirá capacidad evaluativa, para interpretar el instrumento.

- Bueno= 20-23.
- Regular=13-19.
- Deficiente=0-12.

La calificación de los intervalos de la escala numérica es a criterio del investigador, previo análisis, y valoración de la información obtenida en el desarrollo de las competencias.



Los niveles de logros sobre el aprendizaje se presentan a través de categorías por esta razón se emplea el sistema vigesimal o escala numérica, para la contribución de una calificación objetiva para valorar rasgos subjetivos. De esta manera a la escala numérica se le atribuye valores para evaluar el nivel de conocimiento, asignado de 0 - 20 puntos. Asimismo este instrumento emite un criterio valorativo de la siguiente manera.⁽²⁷⁾

- **Conocimiento bueno.** - Denominado también conocimiento aceptable, porque hay adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia. Conocimiento basado en la lógica, expresa un análisis más exhaustivo y profundo, coherencia entre el conocimiento y las leyes que la rigen.
- **Conocimiento regular.** - Llamado también “medianamente logrado”, hay una integración parcial de ideas manifiestas, conceptos básicos y emite otros, eventualmente propone modificaciones para un mejor logro de objetivos y la corrección es esporádica con las ideas básicas de un tema o material. Conocimiento conceptual (aquel que comprendemos todos de la misma manera) apoyado por el material empírico, es coherente, susceptible a la experimentación, aunque no da soluciones definitivas.
- **Conocimiento deficiente.** - Considerado como pésimo, porque hay ideas desorganizadas, inadecuada distribución cognoscitiva en la expresión de conceptos básicos, los términos son preciso ni adecuados acerca del fundamento lógico. Conocimiento espontaneo que se obtiene a través de la experiencia, es impreciso y limitado en cuanto a la información que maneja.^{(29) (27)(32)}

-



2.3. MARCO CONCEPTUAL

En él se considera el glosario de términos empleados en el trabajo de investigación.

Anamnesis. - Es la parte de la evaluación integral de un determinado problema que considera la exploración del conjunto de interrelaciones de la persona a lo largo de sus etapas de vida con el fin de entender cómo influye el problema en su comportamiento.

Atención Integral de salud. - Es la provisión continua y con calidad de un conjunto de atenciones según necesidades de salud específicas de las personas en los aspectos físico, mental y social en cada etapa de vida, según el género, la cultura u otros factores que determinan su carácter único como ser humano. Comprende la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

Valoración integral en casos de Violencia Basada en Género. - El personal de salud que asuma el caso de acuerdo a sus competencias deberá realizar una valoración integral de la situación o derivarla a un servicio que reúna las condiciones para atender el caso, encaminado a lograr un buen diagnóstico y evaluar el actual nivel de riesgo de la persona.

Detección. - Es el proceso mediante el cual el personal de salud identifica los casos de Violencia Basada en Género (VBG) a partir de observación y entrevista a las personas usuarias de los servicios de salud. Implica estar alerta a los signos de los diferentes tipos de VBG que pueden presentar las personas en los diversos servicios o programas de salud, preguntar al respecto y hacer la derivación correspondiente.

Género. - Construcción social y cultural basada en las diferencias sexuales, que organiza las relaciones sociales en un grupo humano histórica y geográficamente



determinad. Comprende símbolos y mitos, normas, instituciones y organizaciones sociales, y la identidad individual y grupal. En una gran parte de las sociedades humanas, pero no en todas, se traduce en relaciones jerárquicas y de poder entre hombres y mujeres, donde estas últimas se encuentran en desventaja (documento técnico en enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e interculturalidad en Salud- Marco Conceptual).

Personal de salud. - Llamamos así a los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en términos de legislación sanitaria vigente dentro y fuera de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Persona usuaria. - Es la persona que recibe atenciones de salud de parte del personal de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Prevención de la Violencia Basada en Género. - Se llama así al conjunto de acciones cuya finalidad es reducir los factores de riesgo de la VBG o reforzar los factores protectores para disminuir la probabilidad de permanecer en una situación de VBG. (Normas y Procedimientos para la atención de la Violencia Familiar y el Maltrato infantil. MINSA 2001).

CAPITULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Tipo y diseño de estudio

La presente investigación es de tipo descriptivo con diseño simple, los estudios descriptivos, son la base y punto inicial de otros tipos de estudio. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno (prevalencia o incidencia) y en quienes, donde y cuando se está presentando determinado fenómeno. La investigación es de tipo transversal, permitió estudiar la variable en un solo momento, haciendo un corte en el tiempo para poder conocer cuánto conocen las enfermeras sobre la valoración integral en casos de violencia de género.

3.2. Población y muestra de Investigación

Estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería que laboran en la Micro Red de salud José Antonio Encinas de Puno, la cual cuenta con 4 establecimientos de salud, que representan 20 profesionales. La cual se describe a continuación:

Centro de Salud/ Puesto de salud	Enfermeras nombradas	Enfermeras Contratadas	Enfermeras serumistas	total
4 de noviembre	2	1	0	3
Habitud Humanity	1	0	0	1
Huerta Huaraya	1	0	0	1
Virgen de la Candelaria	1	1	0	2
José Antonio Encinas	12	1	0	13
Total	17	3	0	20

Fuente. - Cuadro de asignación de personal / rol de trabajo Micro red José Antonio Encinas.



La Población – muestra, comprendió un total de 20 profesionales en enfermería, entre las cuales se tiene en condición de nombradas 17, contratadas 3 y ninguna serumista.

3.3. Variables y su Operacionalización

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIAS	ESCALA
	CONSIDERACIONES GENERALES	Concepto de la VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Normatividad vigente	Correcto Incorrecto	1 0
		Instrumento para el manejo y la atención a la persona afectada de VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Capacitación y atención en casos de VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Entidades facultadas para recibir denuncias por VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Componentes de la atención integral en VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Responsable de la atención de la VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Concepto de recuperación en personas afectadas por VBG	Correcto Incorrecto	1 0
		Concepto de valoración integral de la persona afectada por VBG	Correcto Incorrecto	1 0



	Objetivo de la valoración integral a una persona víctima de VBG	Correcto Incorrecto	1 0
	Aspectos de la valoración integral según	Correcto Incorrecto	1 0
	Persona que realiza la valoración integral	Correcto Incorrecto	1 0
EXAMEN FÍSICO EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	Persona encargada de realizar el examen físico	Correcto Incorrecto	1 0
	Signos que se deben identificar en el examen físico en casos de VBG	Correcto Incorrecto	1 0
	Actividades que se realizan en el examen físico	Correcto Incorrecto	1 0
ANAMNESIS EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO	Aspectos que se deben registrar en la anamnesis	Correcto Incorrecto	1 0
	Consideraciones específicas de la VBG considerada en la anamnesis	Correcto Incorrecto	1 0
	Aspectos que implica la evaluación de riesgo	Correcto Incorrecto	1 0
	Momento para realizar la evaluación de riesgo	Correcto Incorrecto	1 0



EVALUACIÓN DEL RIESGO EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO			
	Determinación de la existencia de riesgo	Correcto Incorrecto	1 0
	Importancia de la ficha de tamizaje	Correcto Incorrecto	1 0
	Responsable del llenado de la ficha de tamizaje	Correcto Incorrecto	1 0
	Preguntas para la entrevista en la ficha de tamizaje	Correcto Incorrecto	1 0
	Indicadores de maltrato según la ficha de tamizaje	Correcto Incorrecto	1 0
	Componentes de la ficha de valoración de riesgo	Correcto Incorrecto	1 0
	Objetivo de la ficha de valoración de riesgo en mujeres víctimas de VBG.	Correcto Incorrecto	1 0
	Aspectos que considera la ficha de valoración en mujeres víctimas de VBG	Correcto Incorrecto	1 0



3.4. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

- a) **Técnica.** - La técnica utilizada fue la encuesta, que permite de una manera estructurada y sistemática de obtener datos en forma directa.
- b) **Instrumento.** - Se aplicó el cuestionario elaborado por la ejecutora y validado por jueces expertos, consta de una Introducción, Instrucción y con un total de 23 Ítems. Cada ítem con preguntas cerradas de opción múltiple con una sola respuesta correcta, calificadas por dimensiones mediante el sistema vigesimal o escala numérica.

Dimensiones (ítems)

- **Conocimiento sobre valoración integral (12 ítems):**
1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
- **Examen físico (3 ítems):** 13,14,15
- **Anamnesis (2 ítems):** 16,17
- **Evaluación de riesgo (6 ítems):** 18,19,20,21,22,23

c) Proceso de recolección de datos. –

Para la recolección de datos, se siguió una serie de pasos:

- Se solicitó a la Decana de la facultad de enfermería una carta de presentación para la ejecución del presente estudio de investigación dirigida al jefe de la Micro Red de salud, José Antonio Encinas.
- Se solicitó autorización por escrito adjuntando la carta de presentación al jefe de la Micro Red, con el objeto de pedir permiso para poder administrar los cuestionarios a las enfermeras de los cinco establecimientos de salud.
- Habiéndose autorizado el permiso, se procedió a coordinar con las jefas de



enfermería de todos los establecimientos de la Micro Red, para administrar el cuestionario en momentos estratégicos a todas las enfermeras, también se le solicitó su apoyo durante la ejecución.

- Para el recojo de información y elaboración del cronograma de trabajo, se tuvo en consideración el rol de enfermería, ya que los horarios de trabajo eran distintos y variaban, razón por la cual se realizó de dos a tres visitas por semana, en un tiempo estimado de dos meses.
- Se procedió a administrar los cuestionarios a las enfermeras, de acuerdo a su rol de trabajo; sin embargo, para brindar las instrucciones se consideró como momento estratégico la salida de cada enfermera (antes de retirarse de su trabajo). Siguiendo el siguiente procedimiento: Se realizó la presentación de la tesis dando a conocer los objetivos del estudio, se brindó orientación sobre el llenado del cuestionario, durante la aplicación del cuestionario en algunos centros y puestos de salud por la bastante afluencia de pacientes se dejó el cuestionario a las enfermeras, para su posterior recojo, el llenado del cuestionario fue de forma individual, marcado con un aspa (x) la respuesta que vea conveniente. Al finalizar el proceso de recolección de datos, se agradeció a la enfermera por la disposición prestada en su participación.
- Se realizó la calificación y tabulación de los cuestionarios para el análisis estadístico. Finalmente, con la orientación de un profesional en estadística se elaboró bases de datos mediante el uso del software SPSS V. 23.0 y Excel 2016 para hallar los resultados y realizar las interpretaciones correspondientes.

3.5. Confiabilidad de los Instrumentos

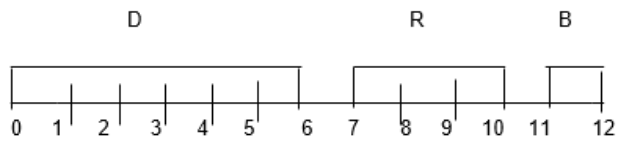
Para validar el instrumento de investigación se sometió a revisión y juicio de expertos, se seleccionaron 5 expertos, los cuales tienen los cargos de: docente de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano, encargada de la dependencia de los derechos de la mujer de la Oficina Defensorial de Puno, Coordinador regional de control en salud mental, Fiscal provincial de la tercera fiscalía provincial civil y familia de Puno y un médico legista de la división médico legal II Puno; quienes recibieron información acerca del propósito de la investigación, operacionalización de variables, el cuestionario y un instrumento de validación dirigido a evaluar aspectos en relación de las preguntas con el planteamiento del problema, los objetivos, la operacionalización, la secuencialidad, claridad, así como la redacción. Una vez evaluado el cuestionario, se procedió a realizar la subsanación de las observaciones, se aplicó prueba binomial que evalúa la consistencia interna, mediante el análisis factorial, después de realizar los cálculos respectivos se obtuvo un valor de $b = 0.83$, lo cual indica confiabilidad aceptable del cuestionario; por lo que puede ser aplicado a la población sujeto de estudio (ANEXO C y D).

• Mediante análisis factorial y aplicación de la prueba binomial, mediante la cual se puede utilizar la siguiente formula.

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$
$$b = \frac{50}{60} \times 100$$
$$b = 0.83$$
$$b = 0.83 \times 100$$
$$b = 83\% \text{ confiable}$$

Calificación al instrumento por dimensiones:

Consideraciones Generales:



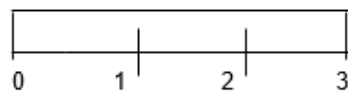
➤ **Calificación:**

De 0-6 corresponde a Deficiente.

De 7-10 corresponde a Regular.

De 11-12 corresponde a Bueno.

Examen Físico:



➤ **Calificación:**

De 0-1 corresponde a Deficiente.

2 corresponde a Regular.

3 corresponde a Bueno.

Anamnesis:



➤ **Calificación:**

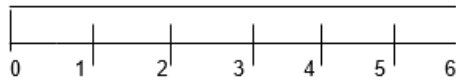
0 corresponde a Deficiente.

1 corresponde a Regular.

2 corresponde a Bueno.



Evaluación del riesgo



➤ **Calificación:**

De 0-2 corresponde a Deficiente.

De 3-4 corresponde a Regular.

De 5-6 corresponde a Bueno.

3.6. Procesamiento y Análisis de Datos

Se procesó la información por medio del programa SPSS, y haciendo uso de la estadística descriptiva porcentual. Los niveles de conocimiento se presentan a través de categorías por esta razón se emplea el sistema vigesimal o escala numérica, para la contribución de una calificación objetiva para valorar rasgos subjetivos. De esta manera a la escala numérica se le atribuye valores para evaluar el nivel de conocimiento, asignado de 0-20 puntos.



CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género

CONOCIMIENTO	N°	%
VALORACIÓN		
INTEGRAL		
Deficiente	16	80
Regular	4	20
Bueno	0	0
TOTAL	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017

En la tabla se observa que, el 80 % obtuvieron conocimiento deficiente, seguido de un 20 % que obtuvieron conocimiento regular y ninguna enfermera obtuvo conocimiento bueno.



Tabla 2

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en consideraciones generales en casos de violencia basada en género

CONOCIMIENTO	Nº	%
CONSIDERACIONES		
GENERALES		
Deficiente	11	55%
Regular	9	45%
Bueno	0	0%
TOTAL	20	100%

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la tabla se observa que, 55 % obtuvieron conocimiento deficiente y seguido de 45 % manifestaron conocimiento regular.

Tabla 3

Conocimiento de la enfermera sobre consideraciones generales en casos de violencia basada en género, según indicadores

CONSIDERACIONES GENERALES	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Concepto de la VBG	12	60	8	40	20	100
2. Normatividad vigente	6	30	14	70	20	100
3. Instrumento para el manejo y la atención a la persona afectada de VBG.	5	25	15	75	20	100
4. Capacitación y atención en casos de VBG.	11	55	9	45	20	100
5. Entidades facultadas para recibir denuncias por VBG.	16	80	4	20	20	100
6. Componentes de la atención integral en VBG.	8	40	12	60	20	100
7. Responsable de la atención de la VBG.	17	85	3	15	20	100
8. Concepto de recuperación en personas afectadas por VBG	3	15	17	85	20	100
9. Concepto de valoración integral de la persona afectada por VBG.	0	0	20	100	20	100
10. Objetivo de la valoración integral a una persona víctima de VBG.	9	45	11	55	20	100
11. Aspectos de la valoración integral según	11	55	9	45	20	100
12. Persona que realiza la valoración integral.	15	75	5	25	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.



En la tabla se observa que las enfermeras respondieron de forma incorrecta a las consideraciones básicas cómo: concepto de valoración integral de la persona afectada por VBG el 100 %; 85 % sobre concepto de recuperación, y el 75 % respondieron de forma incorrecta acerca del instrumento para el manejo y la atención a la persona afectada de VBG. Respondieron correctamente en los siguientes ítems: persona responsable de la atención de VBG el 85 %, el 80 % identificaron correctamente las entidades facultadas para recibir denuncia por VBG y el 60 % identificó correctamente el concepto de VBG.

Tabla 4

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el examen físico en casos de violencia basada en género

CONOCIMIENTO	Nº	%
EXAMEN FÍSICO		
Deficiente	9	45
Regular	11	55
Bueno	0	0
TOTAL	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la tabla se observa que, 55 % obtuvo conocimiento regular y 45 % obtuvo conocimiento deficiente.

Tabla 5

Conocimiento de la enfermera sobre el examen físico en casos de violencia basada en género, según indicadores

EXAMEN FÍSICO	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Persona encargada de realizar el examen físico.	11	55	9	45	20	100
2. Signos que se deben identificar en el examen físico en casos de VBG	13	65	7	35	20	100
3. Actividades que se realizan en el examen físico	2	10	18	90	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la presente tabla se observa, que el 90 % tuvo una respuesta incorrecta acerca de las actividades que se deben realizar en el examen físico, 65 % tuvo una respuesta correcta acerca de los signos que se deben identificar en el examen físico en casos de VBG y el 55 % identifica a la persona encargada de realizar el examen físico.

Tabla 6

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en la anamnesis en casos de violencia basada en género

CONOCIMIENTO ANAMNESIS	Nº	%
Deficiente	13	65
Regular	4	20
Bueno	3	15
TOTAL	20	100%

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la presente tabla se observa, que 65 % obtuvo conocimiento deficiente, seguido de un 20 % presentaron conocimiento regular y 15 % conocimiento de bueno.

Tabla 7

Conocimiento de la enfermera sobre la anamnesis en casos de violencia basada en género, según indicadores

ANAMNESIS	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 Aspectos que se deben registrar en la anamnesis	5	25	15	75	20	100
2. Consideraciones específicas de la VBG considerada en la anamnesis	5	25	15	75	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la presente tabla se observa, que 15 tuvieron una respuesta incorrecta acerca de aspectos que se deben registrar en la anamnesis, 15 tuvieron una respuesta incorrecta

acerca de consideraciones específicas de la VBG considerada en la anamnesis, respectivamente. Esto según la calificación por dimensiones.

(**Calificación por dimensiones:** 0 corresponde a Deficiente, 1 corresponde a Regular y 2 corresponde a Bueno).

Tabla 8

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en la evaluación de riesgo en casos de violencia basada en género

CONOCIMIENTO	Nº	%
EVALUACIÓN DE RIESGO		
Deficiente	7	35%
Regular	11	55%
Bueno	2	10%
TOTAL	20	100%

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la tabla se observa, que 55 % obtuvieron conocimiento regular, seguido de 35 % que obtuvo conocimiento deficiente y un 10 % obtuvo conocimiento de bueno.

Tabla 9

Conocimiento de la enfermera sobre la evaluación del riesgo en casos de violencia basada en género, según indicadores

EVALUACIÓN DEL RIESGO EN CASOS DE VIOLENCIA	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
1. Aspectos que implica la evaluación de riesgo	8	40	12	60	20	100
2. Momento para realizar la evaluación de riesgo	12	60	8	40	20	100
3. Determinación de la existencia de riesgo	8	40	12	60	20	100
4. Importancia de la ficha de tamizaje	5	25	15	75	20	100
5. Responsable del llenado de la ficha de tamizaje	12	60	8	40	20	100
6. Indicadores de maltrato según la ficha de tamizaje	16	80	4	20	20	100

Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

En la presente tabla se observa que el 75 % tuvo una respuesta incorrecta acerca de Importancia de la ficha de tamizaje, 60 % tuvo una respuesta incorrecta con respecto a la determinación de la existencia de riesgo, 60 % tuvo una respuesta incorrecta con respecto a aspectos que implica la evaluación de riesgo. Respondieron correctamente a los indicadores de maltrato según la ficha de tamizaje el 80 %, 60 % respondió de manera



acerca del responsable del llenado de la ficha de tamizaje, 60 % respondió de forma correcta con respecto al momento para realizar la evaluación de riesgo.

4.2. Discusión

Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran que las enfermeras de la Micro Red, José Antonio Encinas, tienen conocimiento deficiente sobre la valoración en casos de violencia basada en género.

A continuación, se discuten los principales hallazgos en cuanto al conocimiento sobre la valoración integral en violencia basada en género, contrastándolos con antecedentes y bases teóricas previamente citadas en este trabajo de investigación.

En cuanto al objetivo general, podemos afirmar que una gran mayoría de enfermeras tiene conocimiento deficiente, significa que tienen ideas desorganizadas y carencia de información sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género; estos resultados probablemente se deban a que las enfermeras no tienen contacto directo con la víctima de violencia, ya que están enfocadas en diferentes grupos de usuarios, dependiendo el programa de atención integral que tengan a su cargo, los cuales demandan su atención; esto no permite que la enfermera dedique el tiempo necesario ni priorice capacitarse y recibir educación acerca del manejo y abordaje en la valoración integral en casos de violencia basada en género.⁽³⁰⁾

Los resultados hallados son similares a los obtenidos en México (2005), que identifica el conocimiento sobre la violencia de género del personal de salud, el cual fue 92.6% nulo a bajo y 7.4% medio.⁽¹⁴⁾

Según, Alavi y Leidner (2003) el conocimiento no es más que la suma de información que el sujeto tiene individualizada vinculada con situaciones,



interpretaciones, juicios, etc., mientras que, Mamani (2016) indica que el conocimiento bueno es aquel que la enfermera evidencia como aceptable, porque hay una adecuada distribución cognitiva, las intervenciones son positivas, la conceptualización y el pensamiento son coherentes, la expresión es acertada y fundamentada, además hay una corrección profunda con las ideas básicas del tema o materia.⁽³²⁾ En tanto, el MIMP (2016) describe la violencia como cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación existente de diversas identidades tales como la raza, clase, identidad sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado.⁽²⁴⁾

Sin embargo, los resultados difieren con los encontrados en el estudio realizado en Lima en el Rímac (2016), su población era el personal de obstetricia, cuyos resultados respecto al nivel de conocimiento de la violencia basada en género fueron de medio 86.7 % a bajo 13.3 %⁽¹⁶⁾, es probable que el profesional de obstetricia por tener mayor contacto con la población femenina durante el periodo reproductivo, este más familiarizada con la violencia de género y demás problemas de salud en ese grupo vulnerable.

Estos hallazgos son contrarios a la investigación llevada a cabo por García (2018) titulada “Nivel de conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en las obstetras del primer nivel de atención de la Red Salud Huaral – Chancay 2017”. Donde, el autor menciona que es importante que las obstetras tengan un conocimiento claro y objetivo acerca de esta problemática, consolidada a través de su participación en diversas capacitaciones proporcionadas por organismos de salud. Esta investigación concluye que, efectivamente el nivel de conocimiento y la dimensión cognitivo (creencias) de las actitudes están relacionadas. El 95,5% de las Obstetras encuestadas conocen el protocolo de atención primaria de la violencia basada en género.⁽³¹⁾

Por lo tanto, los resultados de los estudios realizados en España y en Perú, difieren



con los obtenidos en el presente estudio, mientras que el estudio realizado en México guarda similitud con los resultados obtenidos, cuyos conocimientos son deficientes en la mayoría de profesionales de salud.⁽¹²⁾

A nivel profesional, en calidad de Licenciadas en Enfermería, como parte de su desenvolvimiento profesional, necesitan tener conocimientos sobre este problema social. Con el propósito de adquirir competencias orientadas a la detección precoz, valoración integral y derivación a un centro de atención de mayor capacidad resolutive.

Con respecto al conocimiento en consideraciones generales en casos de violencia basada en género, más del cincuenta por ciento obtuvo una calificación deficiente en aquellos conocimientos acerca de la valoración Integral a la persona afectada por violencia basada en género, estos resultados son contrarios a los encontrados en el estudio señalado en Fernández y Kuji (2017) en su investigación titulada “Conocimiento y actitud frente a la violencia de género de prestadores de Salud Iquitos 2015”. Donde, los autores indicaron que, en ocasiones poder identificar situaciones de magnitud estarían relacionados con el conocimiento y la actitud de rechazo o aceptación frente a la violencia basada en género. Dicha investigación concluyó que, existe una relación íntima entre el nivel de conocimiento y las actitudes. Con respecto al conocimiento en general un 55,4% de la población estudiada presentó conocimiento alto.⁽²⁹⁾

La mayoría de enfermeras dieron respuestas acertadas sobre entidades facultadas para recibir denuncias, señalando la respuesta correcta al centro de emergencia mujer, comisaria especializada de la mujer Puno; por lo tanto, estos resultados pueden deberse a que están familiarizadas y son conscientes de la función que cumplen esas entidades.⁽²⁵⁾

Conforme a, los lineamientos de la Ley 30364 la Policía Nacional del Perú, interviene en temas de prevención, sensibilización, protección e investigación de la



violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar. Tienen conocimiento de la legislación y políticas públicas relacionadas a familia e infancia, por lo tanto, la mayor parte de la población reconoce que la PNP tiene funciones para el resguardo, protección de la familia y grupos vulnerables, como son: Recepcionar denuncias y determinar el carácter de esta y orientar sobre donde recurrir y si corresponde hacerlo en la comisaría. Si la situación de la víctima está en condición de declarar, es conducida al Departamento de la Familia para que realice la declaración y denuncia respectiva.⁽²⁵⁾ Las mujeres víctimas de violencia que buscan ayuda en alguna institución suelen acudir principalmente a las comisarías (73.1 % según la última ENDES).

Respecto al aspecto “responsable de la atención de la VBG”, la mayoría tuvo como respuesta a todo personal de salud, quiere decir que la enfermera sabe que el personal de salud, es responsable de la atención a la persona que es víctima de violencia, por otro lado, se muestra un resultado desalentador en cuanto a la consideración general “Concepto de valoración integral de la persona afectada por VBG”, en donde todas tuvieron una respuesta incorrecta, lo cual determina que poseen ideas desorganizadas acerca del concepto.⁽¹⁴⁾

Con respecto al conocimiento del examen físico, más de la mitad obtuvo un nivel de conocimiento regular; la mayoría de enfermeras tuvieron respuesta acertada en cuanto “Signos que se deben identificar en el examen físico”, dando como respuesta correcta a signos como hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias, ITS; resulta relevante la identificación de signos, a fin de descartar otros diferentes por violencia basada en género.⁽¹¹⁾

En este sentido, se resalta que uno de los principales indicadores de violencia contra la mujer son los “resultados de episodios violentos”, manifestados en moretones y



dolores, heridas o lesión, huesos o dientes rotos, quemaduras. Según el último reporte de ENDES 2009-2019, la mayoría de mujeres tiene efectos leves como resultado de la violencia física; mientras que, una menor proporción requirió atención en un servicio de salud, probablemente a consecuencia de un episodio violento muy grave. Los moretones y los dolores fueron el resultado más frecuente de la violencia física. En tanto que 1 de cada 10 mujeres tuvo heridas o lesiones, huesos o dientes rotos y esta misma proporción necesitó ir al centro de salud más cercano.⁽³⁴⁾

Con respecto al conocimiento de la anamnesis, la mayoría obtuvo conocimiento deficiente, seguido de regular y de bueno, no obstante, se debe detallar que en “aspectos que se deben registrar en la anamnesis y en consideraciones específicas de la VBG consideradas en la anamnesis”, la mayoría tuvieron respuestas incorrectas 75 %, lo cual resulta muy preocupante puesto que debe ser considerada importante para todo el personal de salud, estos resultados quizá se deban a que la anamnesis es de conocimiento entero del médico.⁽⁵⁾

Finalmente, con respecto al conocimiento de la evaluación del riesgo, en donde más de la mitad obtuvieron un conocimiento regular, significa que hay una integración parcial de ideas manifiestas e información vinculada con situaciones, imágenes, interpretaciones, juicios, ideas, entre otros sobre violencia, la mayoría de las enfermeras dieron una respuesta correcta en cuanto a “Indicadores de maltrato según la ficha de tamizaje”, dando como respuesta acertada a indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico; esta respuesta puede deberse a que están familiarizadas con los tipos de violencia que existe, además de que ya poseen una integración preexistente de las ideas manifiestas y conceptos básicos acerca de la violencia en general; se debe resaltar que las enfermeras dieron respuesta incorrecta a “Importancia de la ficha de tamizaje”, lo cual es muy preocupante, ya que es un instrumento de vital importancia para el descarte de



violencia en mujeres.⁽⁶⁾

Según lo señalado por el MINSA, la ficha de tamizaje, es aquel instrumento de detección, mediante el cual el personal de salud está alerta a los indicadores de los diferentes tipos de violencia familiar, maltrato a grupos vulnerables que pueden presentar las personas mientras son atendidas en los diversos servicios o programas de salud, preguntar al respecto, orientar y hacer la derivación correspondiente. La ficha de tamizaje es importante para la detección precoz del problema, permite la participación del personal de salud en la solución del problema.⁽⁵⁾

Finalmente, se tiene que los resultados obtenidos en la presente investigación reflejan las carencias del profesional de enfermería (columna vertebral del sistema de salud peruano) sobre la valoración en casos de violencia, puesto que mecaniza su trabajo, sin dar importancia a la normativa, a las guías propuestas por el MINSA, debiendo mejorar su capacidad de respuesta ante estos casos de violencia.⁽⁷⁾



V. CONCLUSIONES

- 1.-El conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, en la Micro Red de Salud José Antonio Encinas es deficiente, seguido de regular, ninguna enfermera tuvo conocimiento Bueno.
- 2.-El conocimiento de la enfermera sobre consideraciones generales la valoración integral en casos de violencia basada en género, es deficiente en poco más de la mitad, seguido de regular, ninguna tiene nivel de conocimiento bueno, las respuestas respecto a los conceptos son correctos en su mayoría, pero con relación a la persona responsable o entidades responsables son incorrectos.
- 3.-El conocimiento de la enfermera sobre el aspecto del examen físico en la valoración integral en casos de violencia basada en género, es regular en poco más de la mitad, seguido de deficiente, ninguna con conocimiento bueno.
- 4.-El conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el aspecto de la anamnesis en casos de violencia basada en género, es deficiente en más de la mitad, seguido de regular y bueno.
- 5.-El conocimiento de la enfermera sobre el aspecto de la evaluación del riesgo en la valoración integral en casos de violencia basada en género, es regular en más de la mitad, seguido de deficiente y bueno; responden en forma incorrecta respecto a la importancia de la ficha de tamizaje, los aspectos que implica la evaluación y la determinación de la existencia de riesgo.



VI. RECOMENDACIONES

AL RESPONSABLE DE LA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL MINSA

- Implementar capacitaciones acerca de la valoración integral a la persona víctima de violencia basada en género, dirigidas especialmente a las profesionales en Enfermería.

AL RESPONSABLE DE LA MICRO RED JOSÉ ANTONIO ENCINAS

- Promover capacitaciones al personal de enfermería, sobre la importancia de una valoración integral en casos de violencia basada en género, lo cual permitirá que dicho personal tome consciencia acerca del diagnóstico y la derivación a un centro de mayor capacidad resolutive.

A LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

- Incorporar dentro del sílabus de la asignatura de salud mental y/o ginecología la temática de valoración a personas víctimas de violencia basada en género, que permite analizar el problema creciente en nuestra región.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

- Participar en capacitaciones acerca de la importancia de la aplicación de los instrumentos que se le brinda al sector salud para el abordaje a la violencia basada en género.
- Desarrollar sus habilidades de relación interpersonal y de liderazgo, mediante la interacción con las usuarias en el desarrollo de sesiones educativas acerca de la intolerancia a la violencia en todas sus formas.



- Fomentar el trato amable, horizontal, empático hacia la usuaria y hacia la población en general, mediante el fortalecimiento de relaciones y fomentando la realización de talleres informativos.

A LOS BACHILLERES DE ENFERMERÍA

- Realizar estudios sobre factores internos y externos que influyan o determinen la realización de una adecuada, correcta valoración integral a la persona víctima de violencia basada en género.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Atención Integral a la persona afectada por Violencia Basada en Género. [Vía internet]. Lima 2007 [Acceso 19 de octubre del 2017]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3172.PDF>.
2. Organización Mundial de la Salud, García Moreno Claudia, Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. [Vía internet]. Washington 2013 [Acceso 19 de octubre]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=3CF2084F5B7A527A42A7F7934DCD3D11?sequence=1
3. Defensoría del Pueblo. Femicidio en el Perú: estudio de expedientes judiciales, informe defensorial N° 173- 2015-OP. Oficina defensorial sede Puno. Noviembre 2016.
4. Oficina de estadística de la micro red José Antonio Encinas, datos estadísticos población femenina para el año 2017. Puno 2018.
5. Ministerio de Salud. D.S. N° 008-2016-MIMP. Decreto Supremo que aprueba el “Plan Nacional contra la Violencia de Género. [Vía internet]. Lima 2016 [Acceso 19 de octubre del 2017]. Disponible en:
<http://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2016/Julio/26/DS-008-2016-MIMP.pdf>.
6. Ostolaza N. Detección de violencia contra la mujer en los servicios de salud INPPARES artículos de revisión. [Vía internet]. Lima 2008 [Acceso 10 de octubre del 2017]. Disponible en:



- <https://www.inppares.org/revistasss/Revista%20III%202009/9%20Violencia%20Mujer.pdf>
7. Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva, definiciones. [Vía internet]. Lima 2004 [Acceso 01 de septiembre del 2017]. Disponible en:
<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
8. Ministerio de Salud. NTS N° 047 Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud aprobada por R.M. N° 638-2006/MINSA. [Vía internet]. Lima 2011 [Acceso 01 de noviembre del 2017]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1461.pdf>
9. Pina P. El conocimiento en enfermería y la naturaleza de sus saberes. Editorial EEAN Queirós Brasil 2016. [Vía internet]. [Acceso 11 de noviembre del 2017]. Disponible en:
http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/es_1414-8145-ean-20-03-20160079.pdf.
10. Ramos M. Guía de Atención de la Salud Mental de las Mujeres en Situación de Violencia de Género. [Vía internet]. Lima 2013 [Acceso 05 de agosto del 2017]. Disponible en:
<https://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/08/guia-atencion-salud-mental-mujeres.pdf>
11. Calvete E, Estévez A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas [Vía internet]. España 2007 [Acceso 05 de diciembre del 2017]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/727/72719314.pdf>



12. Valdés C, García C, Sierra A. Violencia de género: Conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Asturias, España [tesis Vía internet]. España 2016 [Acceso 03 de mayo del 2017]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300385>
13. Bompart A, Chungara R, Tolaba S. Abordaje de Enfermería en Casos de Violencia Intrafamiliar y de Género hospital militar de Salta. [tesis Vía internet]. Argentina 2013 [Acceso 05 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/bompart_beatriz.pdf
14. Mendoza M, Jesús Y, García M, Martínez G, Sánchez R, Reyes H. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. [Vía internet]. México 2005 [Acceso 15 de diciembre del 2017]. Disponible en: http://www.inper.mx/descargas/pdf/Crecimientoyactitudesdelpersonaldeenfermeria_sobrelaviolenciadegenero.pdf
15. Dos Reis M, Baena de Morales M, Higa R, Bedone A. Atención de enfermería a mujeres que sufren violencia sexual, facultad de ciencias médicas. [Vía internet]. Brasil: Universidad Estadual de Campinas; 2007 [Acceso 07 de enero del 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/es_12.pdf
16. Sánchez L. Conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en Género en los obstetras del primer nivel de atención. [Vía internet]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016 [Acceso 10 de noviembre del 2017]. Disponible en:



- http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5530/sanchez_pl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Dirección Regional de Salud Puno. Oficina de Estadística e Informática. Puno 2018
 18. Peña N. La Violencia como factor de riesgo reproductivo, escuela de Obstetricia. [Vía internet]. Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2010 [Acceso 12 de noviembre del 2017]. Disponible en:
https://es.slideshare.net/NANPEN0/la-violencia-como-factor-de-riesgo-reproductivo?qid=cf2a67ee-5ae7-436f-8b1d-897fbe789a11&v=&b=&from_search=11
 19. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Cap. VI, violencia doméstica. [Vía internet]. Washington 2003 [Acceso 12 de noviembre del 2017]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112670/9275315884_spa.pdf;jsessionid=9494FCB29117F7C55D6494CF20D359F6?sequence=1
 20. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables, ley de Prevención y Sanción del Hostigamiento Sexual. [Vía internet]. Perú 2004 [Acceso 02 de noviembre del 2017]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/herramientas-recursos-violencia/contenedor-dgcvg-recursos/contenidos/Legislacion/Ley_de_prevision_y_sancion_del_hostigamiento_sexual_26-02-2003.pdf.
 21. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la violencia y la salud. [Vía internet]. Washington 2002 [Acceso 01 de noviembre del 2017]. Disponible en:



- http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
22. Violencia basada en género y generaciones: una mirada desde la comunicación, fondo fiduciario de las naciones unidas. [Vía internet]. Uruguay 2014 [Acceso: 15 de marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/CI-ViolenciaGeneroMiradaComunicacion.pdf>
23. Junta Andalucía, folleto acerca de La violencia basada en género. [Vía internet]. Andalucía 2007 [Acceso 20 de marzo 2018]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf
24. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, centro de emergencia mujer. [Vía internet]. Lima 2015 [Acceso 15 de marzo 2018]. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/homemimp/centro-emergencia-mujer.php>
25. División de Protección Contra la Violencia Familiar PNP, prevención, sensibilización, protección e investigación de la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, rigiéndose por los lineamientos de la Ley 30364. [Vía internet]. Lima 2017 [Acceso 10 de marzo 2018], disponible en:
https://www.pnp.gob.pe/direcciones_policiales/dirseciu_17/divpcvf_17/index.html
26. Mamani F. Nivel de Conocimiento sobre Consentimiento Informado en Internas de Enfermería. [Tesis de grado]. Universidad Nacional del Altiplano, facultad de enfermería, Perú 2017.
27. Mamani M. Conocimiento y cumplimiento de la norma técnica en la eliminación de residuos sólidos hospitalarios en el profesional de enfermería de enfermería del



- hospital carlos monge medrano. [Tesis de grado].Universidad Nacional del Altiplano, facultad de enfermería, Juliaca 2016.
28. Gutiérrez A, Barbosa D, Gonzáles R, Martínez O. Nivel de conocimiento, rev. Cubana de Enfermería. [Vía internet]. Cuba 2011[Acceso 08 de marzo 2018], disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v17n1/enf07101.pdf>
29. Fernandez M., Kuji N. Conocimiento y actitud frente a la violencia de género de prestadores de salud en Iquitos (2015). Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Perú. Disponible en: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4441/Margarita_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Diario independiente de contenido enfermero, ISSN 2530-4518 (2017). El papel de la enfermería en la violencia de género. 12 de octubre 2017. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/el-papel-de-la-enfermeria-en-la-violencia-de-genero-DDIMPORT-052994/>
31. García, T. Nivel de conocimiento y actitudes sobre la violencia basada en género en las obstetras del primer nivel de atención de la red de Salud Huaral - Chancay 2017 (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Sergio Bernal, Cañete. [Vía internet]. Lima 2018 [Acceso 15 de diciembre del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/xmlui/handle/UPSB/160>
32. Alavi, M., & Leidner, D. (2003). Sistemas de gestión del conocimiento: cuestiones, retos y beneficios, en sistemas de gestión del conocimiento. España: Thompson Editores.
33. Rivas, L. (2019). Nivel de Conocimiento y actitudes frente a la violencia basada en género en estudiantes de la Universidad Peruana Los Andes Huancayo 2019 (Tesis Pregrado). Universidad Peruana Los Andes. Vía internet]. Huancayo 2018 [Acceso



19 de diciembre del 2020]. Disponible en:

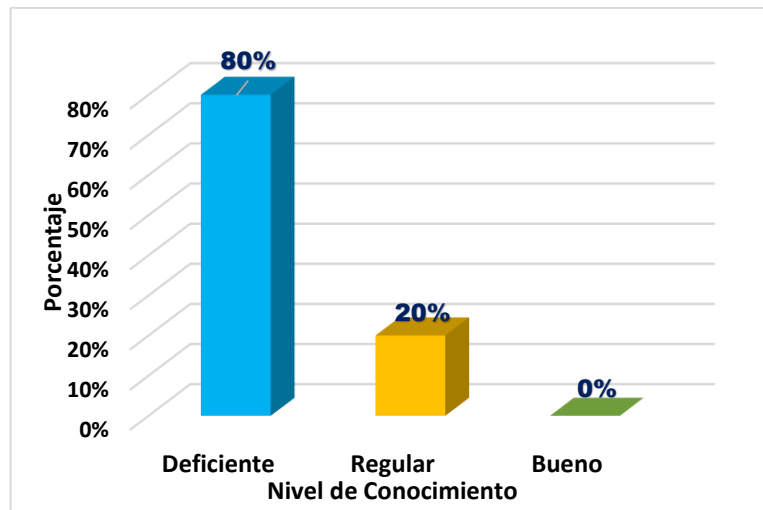
<http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/1055.ñ>

34. Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los integrantes del grupo familiar (2018). Encuesta Demográfica y de Salud familiar ENDES-INEI. Indicadores de violencia. [Vía internet]. Lima 2018 [Acceso 17 de diciembre del 2019]. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/datos-inei-2017-2/>

ANEXOS

GRAFICO 1

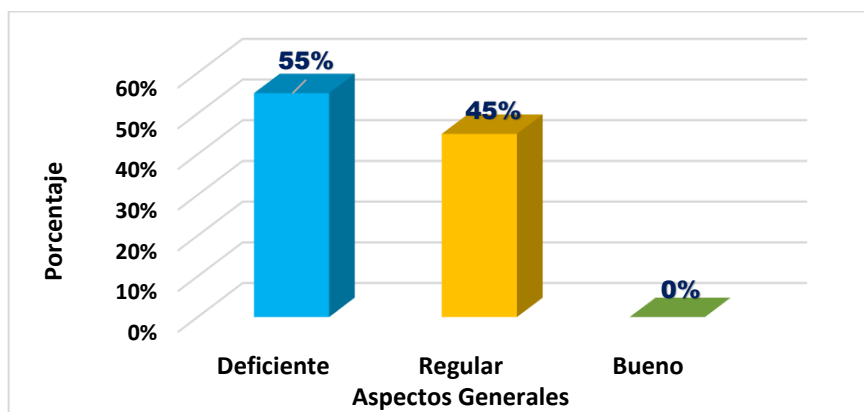
Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género.



Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

GRÁFICO 2

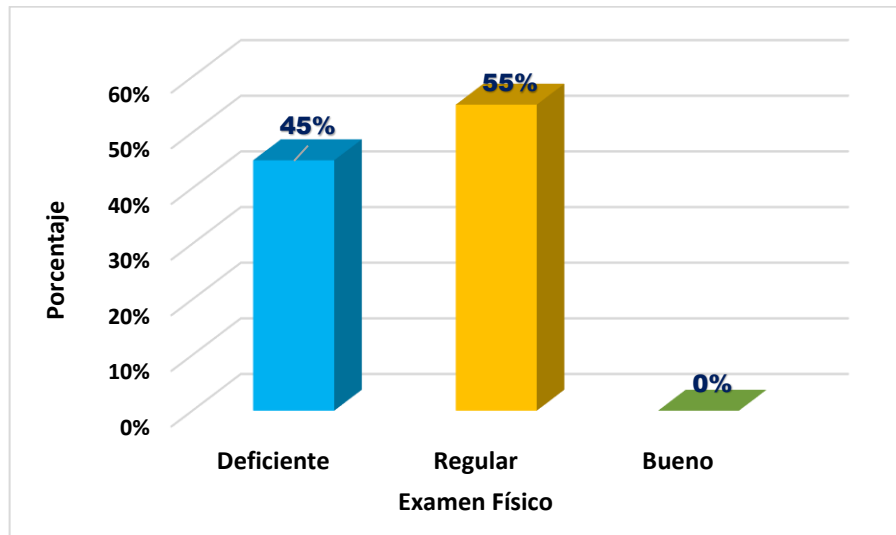
Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en consideraciones generales en casos de violencia basada en género



Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

GRAFICO 3

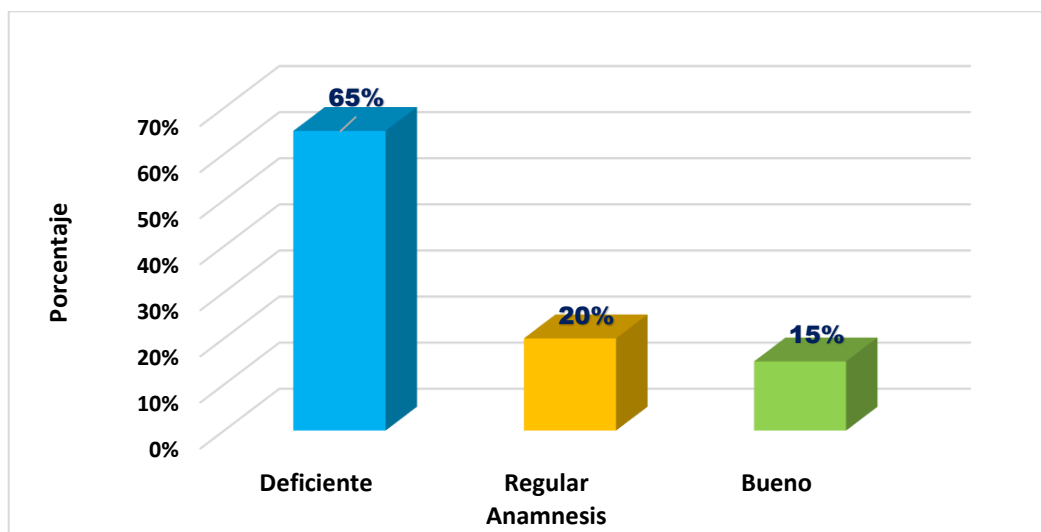
Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el aspecto del examen físico en casos de violencia basada en género



Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

GRÁFICO 4

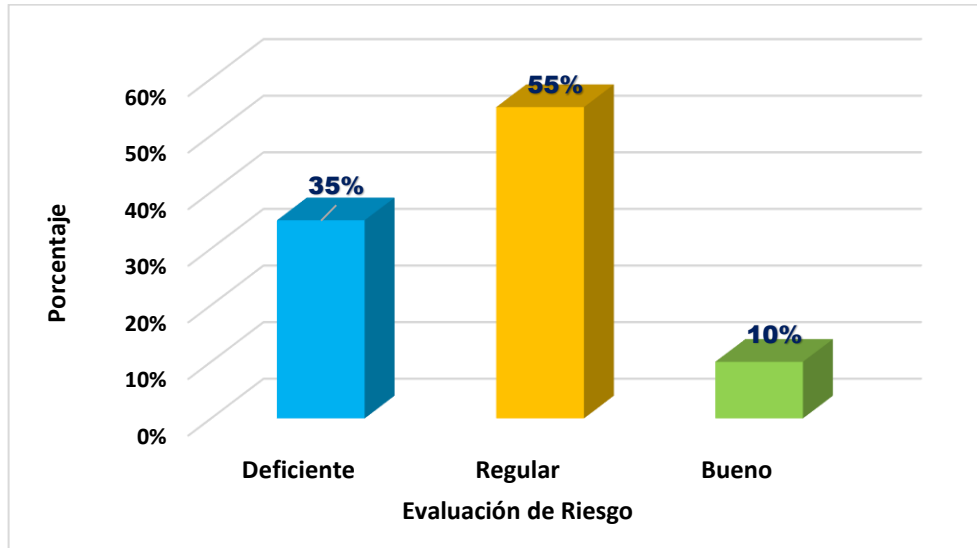
Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el aspecto de la anamnesis en casos de violencia basada en género



Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017.

GRAFICO 5

Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en el aspecto de la evaluación de riesgo en casos de violencia basada en género.



Fuente. – Cuestionario sobre nivel de conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, Micro red de salud José Antonio Encinas – Puno, 2017



ANEXO C

FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO SOBRE EL TEMA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:

“CONOCIMIENTO DE LA ENFERMERA SOBRE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO, MICRO RED DE SALUD JOSÉ ANTONIO ENCINAS – PUNO, 2017”.

INSTRUCCIÓN. Estimado Sr(a). Especialista, me dirijo a usted para solicitarle revisar y opinar sobre el instrumento adjunto. Cabe anotar que el presente documento corresponde al proyecto de tesis con la finalidad de optar el título de Licenciada en Enfermería, siendo la autora la Bachiller Odalis Rocio Yupanqui Quispe. Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento responde a la justificación del problema.			
2	El instrumento responde a los objetivos a investigar			
3	Las preguntas planteadas miden el problema planteado			
4	¿Usted considera que las preguntas formuladas en el instrumento adjunto, miden realmente la variable de la investigación?			
5	La estructura que presenta el instrumento, ¿Es secuencial?			
6	Los términos utilizados, ¿Son comprensibles?			
7	Las preguntas, ¿Son claras?			
8	El número de ítems, ¿Es adecuado?			
9	La redacción, ¿Es buena?			
10	¿Se debe omitir algún ítem?			
11	¿Se debe considerar otros ítems?			
12	La técnica utilizada para el recojo de información, ¿Es correcta?			

¿Qué otras sugerencias deberían considerar?

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DEL EXPERT



ANEXO D

VALIDEZ “CUESTIONARIO” POR PRUEBA DE CONCORDANCIA DE JUECES EXPERTOS Y CONFIABILIDAD MEDIANTE PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	NÚMERO DE JUECES					VALOR DE PUNTAJE SUB TOTAL
	1	2	3	4	5	
1	1	1	1	1	1	5
2	1	1	1	1	1	5
3	1	0	1	1	1	4
4	0	1	0	1	1	3
5	1	1	1	1	1	5
6	1	0	1	1	1	4
7	0	1	1	0	1	3
8	1	1	1	1	1	5
9	1	1	1	1	1	5
10	1	1	0	0	1	3
11	0	1	1	1	1	4
12	1	1	1	0	1	4
TOTAL	9	10	10	9	12	50

Se tiene un total de 36 respuestas (12 ítems x 5 jueces) de la cuales 50 son de puntaje “1”.

Para llegar a la calificación válida de este instrumento por la concordancia de los cinco jueces expertos se aplica la siguiente fórmula, donde: ‘Ta’=n° total de acuerdos; ‘Td’= n° total de desacuerdos

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

$$b = \frac{50}{60} \times 100$$

$$b = 0.83$$

$$b = 0.83 \times 100$$

$$b = 83\% \text{ confiable}$$

90



ANEXO E

CUESTIONARIO SOBRE VALORACION INTEGRAL EN CASOS DE VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

I.- INTRODUCCIÓN:

Estimada licenciada(o) de enfermería, el presente cuestionario tiene por finalidad obtener datos sobre la violencia basada en género; la información que usted vierta será de gran utilidad. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II.- INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se presenta y encierre en un círculo, la alternativa de la respuesta correcta.

1. ¿Qué es la Violencia Basada en Género (VBG)?.

a) Es una forma de discriminación que inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón.

b) Es un mecanismo social por el que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre.

c) Es una forma de mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

2. ¿Cuál de las siguientes normas, aprueba la atención de personas víctimas de violencia basada en género?

a) La ley 30364 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar.

b) La Resolución Ministerial N°141-2007/MINSA, que aprueba la guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género.



c) Decreto Supremo N°009-2016-MIMP, que aprueba el reglamento de la ley N° 30364.

3. ¿Con cuál de los siguientes instrumentos cuenta su centro de salud para el manejo y la atención a la persona afectada de violencia basada en género?

a) Guías nacionales de atención de la salud sexual y reproductiva, protocolo de atención de la violencia sexual.

b) Guía técnica para la atención integral a las personas afectadas por la Violencia Basada en Género y ficha de tamizaje.

c) Guía de atención a las personas víctimas de violencia familiar y ficha de tamizaje de la violencia basada en género.

4. ¿Cuál de los siguientes aspectos se debe desarrollar y/o fortalecer, en el personal de salud que atiende a las persona víctima de la violencia basada en género.

a) Control de emociones, creencias y actitudes sobre la violencia basada en género.

b) Manejo de instrumentos y en la atención en casos de violencia basada en género.

c) Manejo de recursos institucionales y locales de atención a la violencia basada en género.

5. ¿Qué entidades están facultadas para recibir denuncias de violencia basada en género?

a) Centro de emergencia mujer, Comisaría especializada de la mujer.

b) Defensoría del pueblo y el Ministerio Público.

c) Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables.

6. ¿Qué componentes incluye la atención integral a la persona víctima de violencia basada en género?

a) Promoción, recuperación y rehabilitación.

b) Evaluación del riesgo, promoción y prevención.

c) Examen físico, anamnesis, recuperación y rehabilitación.



7. ¿De quién es responsabilidad la atención a víctimas de violencia basada en género?

- a) De todo el personal de salud.
- b) Del personal médico.
- c) De todo profesional de la salud, excepto personal técnico.

8. ¿Qué implica la recuperación de personas afectadas por violencia de género?

- a) La rehabilitación emocional, física, mental, social y cultural de las víctimas de violencia basada en género.
- b) El proceso por el cual los trabajadores de salud detectan, atienden, dan tratamiento y refieren en casos de Violencia Basada en Género.
- c) El desarrollo de acciones referidas a incentivar una cultura de buen trato en los escenarios en los que se desarrolla la promoción de la salud.

9. ¿Qué es la Valoración integral de la persona afectada por violencia basada en género?

- a) Es una etapa para reunir información de de la familia o comunidad y de la persona víctima de violencia de género, encaminada a lograr un adecuado tratamiento.
- b) Es parte de la atención y recuperación de las personas víctimas de violencia basada en género, encaminada a lograr un buen diagnóstico y evaluar el nivel de riesgo.
- c) Es un proceso continuo que se realiza durante todas las etapas de la atención a la persona afectada por violencia basada en género, con la finalidad de diagnosticar.

10. ¿Cuál es el objetivo de la valoración integral a una persona víctima de violencia basada en género?

- a) Evaluar el comportamiento de la persona agresora, para la seguridad y conservación de la vida de la persona victima de violencia.
- b) Lograr un buen diagnóstico y evaluar el nivel de riesgo de la persona víctima de



violencia basada en género.

c) Garantizar la realización de un examen integral óptimo y registro adecuado de la ficha de Tamizaje de la violencia basad en género.

11. ¿Qué aspectos incluye la valoración integral a la persona víctima de violencia basada en género?

a) Examen físico, promoción, recuperación y rehabilitación.

b) Evaluación del riesgo, anamnesis, y rehabilitación.

c) Examen físico, anamnesis y evaluación del riesgo.

12. La valoración integral deberá ser realizada por:

a) Personal de salud que asuma el caso de acuerdo a sus competencias.

b) Personal médico calificado y con especialidad.

c) Personal de enfermería que asuma el caso de acuerdo a sus competencias.

13. ¿Qué profesional debe realizar el examen físico a una persona víctima de violencia basada en género?

a) Médico cirujano o especialista

b) Licenciada(o) en Enfermería

c) Cualquier profesional de salud.

14. ¿Qué se debe identificar en el examen físico a una persona víctima de violencia basada en género?

a) Signos correspondientes a los hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias.

b) Signos correspondientes a cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias.

c) Signos correspondientes a los hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias, ITS, etc.



15. ¿Qué actividad se debe realizar en el examen físico a una persona víctima de violencia basada en género?

- a) Registro en la historia clínica de los signos de hematomas, cicatrices, laceraciones, quemaduras, fracturas, luxaciones, hemorragias, etc.
- b) Registro en la historia clínica de los signos de cicatrices, laceraciones, fracturas, luxaciones, hemorragias, evolución y características del maltrato.
- c) Registro en la historia clínica del comportamiento de la persona víctima de violencia y actitudes.

16. ¿Qué se debe registrar en la anamnesis en casos de violencia basada en género?

- a) Los antecedentes médicos, la dinámica del maltrato, sus características, las supuestas causas, el tiempo, los testigos, las actitudes de la víctima.
- b) Los antecedentes médicos, personales, sociales y económicos de la agraviada, la composición y dinámica familiar, educativa, laboral y ámbitos de interacción.
- c) Los antecedentes médicos, personales, sociales y económicos de la persona agraviada, educativa, ámbitos de interacción del individuo y evolución del maltrato.

17. ¿Qué considerar en el registro de la anamnesis?

- a) La composición y dinámica familiar, educativa, laboral, evolución del maltrato, sus características y el momento en que se dan.
- b) La dinámica y evolución del maltrato, sus características, las supuestas causas, momento en que se dan, el tiempo, los testigos, actitudes del agresor y de la víctima.
- c) Evolución del maltrato, las supuestas causas, el momento en que se dan, el tiempo, los testigos, lesiones a nivel genital, las actitudes del agresor y de la víctima.

18. ¿Qué implica la evaluación del riesgo en personas víctimas de violencia basada en género?

- a) Evaluar si el comportamiento de la persona agresora representa una amenaza para la



seguridad y la vida de la persona agraviada.

- b) Evaluar la composición y dinámica familiar, educativa, laboral, evolución del maltrato, sus características y el momento en que se dan.
- c) Evaluar si el comportamiento de la persona agresora y agraviada, evaluación del maltrato y momento en el que se da.

19. ¿En qué momento debe realizarse la evaluación de riesgo?

- a) Cuando la persona no aparente estar en peligro.
- b) Cuando la persona está en peligro de muerte.
- c) Cuando la persona esté en riesgo de sufrir una discapacidad.

20. ¿Cómo se determina la existencia de riesgo para la integridad personal o la vida de la persona víctima de violencia basada en género?

- a) Según la respuesta positiva a uno o más de los criterios de la evaluación del riesgo.
- b) Según la respuesta positiva a más del 50% de los criterios de la evaluación de riesgo.
- c) Según la respuesta positiva o la totalidad de los criterios de la evaluación de riesgo.

21. ¿Cuál es el objetivo de la ficha de tamizaje?

- a) Determinar el diagnóstico, la derivación y referencia de los casos de violencia basada en género.
- b) Valorar el riesgo, prevenir el feminicidio.
- c) Valorar si la persona se encuentra en situación de violencia.

22. ¿Quién debe llenar la ficha de tamizaje?

- a) Personal de salud encargado de la atención a la persona afectada por violencia basada en género.
- b) Personal médico encargado de la atención a la persona afectada por violencia basada en género.
- c) Personal profesional encargado de la atención a la persona afectada por violencia basada



en género.

23. ¿Cuáles son los indicadores de maltrato según la ficha de tamizaje?

a) Indicadores de maltrato físico, sexual y psicológico.

b) Indicadores de maltrato psicológico, social y físico

c) Indicadores de maltrato físico, moral y sexual.

FUENTE:

MINSA. Guía de atención integral a la persona víctima de violencia basada en género

Resolución Ministerial N°141-2007/MINSA

Ley 30364, D.S N°009-2016-MIMP.