

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DETECCIÓN TEMPRANA DE
VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS DEL CENTRO
POBLADO DE HUANCA UMUYTO DISTRITO DE HAQUIRA – APURÍMAC, 2021**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

ROLANDO ESTRADA TAIPE

Callao - 2021
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| • DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTA |
| • DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | SECRETARIO |
| • MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 50-2021

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU, de fecha 27 de Mayo del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad

DEDICATORIA

Este trabajo académico se lo dedico a mi familia, a mis colegas y a mis asesores que me apoyaron en la finalización de mi segunda especialidad en salud mental.

AGRADECIMIENTO

Con el convencimiento de ser un profesional afortunado, al poder ejercer la profesión de enfermería, quiero agradecer a Dios por darme bendiciones y vida, hacer llegar mi agradecimiento a todos mis colegas de estudio en esta etapa de lograr un incremento en nuestra formación en la segunda especialidad de salud mental, comenzando por nuestras familias, nuestros compañeros de estudio, nuestros compañeros de trabajo, nuestros pacientes y fundamentalmente los docentes de la universidad nacional del callao que me brindaron total e incondicionalmente en pos de cimentar esta noble profesión a través de su permanente trabajo de formación.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	1
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
CAPÍTULO II.....	3
MARCO TEÓRICO.....	3
2.1. Antecedentes.....	3
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	3
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	6
2.2. Bases Teóricas	7
2.2.1. Teorías de la enfermería	7
2.2.1.1. El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson	7
2.3 Bases Conceptuales.....	10
2.3.1. Violencia familiar	10
2.3.2. Violencia contra la mujer	13
2.3.3. Tipos de violencia.....	13
2.3.4. Factores que influyen en la violencia contra la mujer	14
2.3.5. Ciclo de la violencia.....	15
2.3.6. Detección precoz de violencia.....	16
2.3.7. Tipos de intervención	17
2.3.8. Indicadores de sospecha de violencia	17
2.3.9 Definiciones	18
CAPÍTULO III:	21
DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	21
3.1. Justificación	21

3.2. Objetivos	22
3.2.1. Objetivo General.....	22
3.2.2. Objetivos específicos.....	22
3.3. Metas	22
3.5. Recursos.....	24
3.5.1. Materiales	24
3.5.2. Recursos Humanos	25
3.6. Ejecución	25
3.7. Evaluación	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	37

INTRODUCCIÓN

El presente estudio surge de la necesidad de realizar la detección de la violencia en mujeres de 30 a 50 años a inicios de los daños físicos en el centro poblado Huanca Umuyto, perteneciente al distrito de Haquira; ya que es importante realizar estos procedimientos porque en la actualidad se ha observado que han surgido casos de violencia hacia la mujer que han generado la muerte en las víctimas, esto se debe al sometimiento de las mujeres hacia sus parejas o agresores.

Por ende, el presente estudio busca beneficiar al personal de enfermería quienes son los entes involucrados en intervenir en estos casos de violencia y detectar de manera oportuna los daños ocasionados en la integridad de las mujeres de dicho centro poblado. Asimismo, mediante las acciones de intervención temprana se podrá reducir los hechos de violencia en mujeres de 30 a 50 años del centro poblado Huanca Umuyto.

En ese sentido, se reconoce la necesidad de responder al crecimiento de actos de violencia hacia las mujeres, ya que el personal de salud debe intervenir y asistir a las víctimas, por lo cual tienen la responsabilidad de tomar la muestra, resguardar y trasladar la evidencia física que sirva a la autoridad competente para comprobar el hecho.

Por tanto, este estudio sirve como herramienta para los trabajadores que laboran en el área de salud del centro poblado de Huanca Umuyto que tienen trato directo con las mujeres afectadas de maltrato físico que vienen acarreando durante años humillaciones, insultos y golpes, ya que les resulta difícil dar el primer paso; donde se

busca que estas mujeres reciban la información y la atención que necesitan, la cual permitirá que ellas tomen una decisión definitiva para frenar la situación a tiempo.

Los trabajadores del área de salud que intervengan en la atención de mujeres de 30 a 50 años que sufren de violencia, podrán hacer uso del presente como material de consulta, dado que con este estudio se busca mejorar la respuesta y ordenar la atención de las mujeres para que cuenten con los mecanismos necesarios para terminar de manera inmediata la situación en la que se encuentra.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La violencia física ha ido incrementando en diferentes ámbitos, donde se vieron vulneradas principalmente las mujeres y niñas. Esto se debe que aún existen esquemas de machismo que genera el sometimiento en las mujeres y por temor no denuncian estos casos en los establecimientos encargados de cuidar la salud e integridad. Frente a esta problemática, las organizaciones y autoridades a nivel mundial se han visto preocupadas por mitigar este fenómeno y plantear acciones que permitan que las mujeres violentadas logren tomar las decisiones oportunas para denunciar e informar su caso a las instituciones pertinentes.

Estudios elaborados por la OMS (2018), da a conocer que los casos de violencia hacia mujeres se dan alrededor del planeta, según los últimos resultados, el 35% de mujeres alguna vez sufrió violencia sexual estando sin pareja o física por parte de su pareja, y un 30% que tuvo una relación, pasó violencia ya sea física o sexual por su compañero.

(1)

Según la Endes (2018), un 28% de mujeres violentadas buscaron soporte o ayuda; un 70% no lo hizo. Las personas que buscaron ayuda fueron a los siguientes lugares: el setenta y cuatro por ciento a la comisaria, el diez por ciento a la Defensoría Municipal, ocho por ciento a la fiscalía y un ocho por ciento al juzgado. Casi nadie acudió al MIMP, Defensoría del Pueblo, centros de salud y demás entidades. (2)

Investigaciones desarrolladas por el MIDIS para el 2019 en el departamento de Apurímac en el año 2016 se reportaron 24% casos, de igual manera para el 2017, 23% para el 2018 y 25% para 2019. (3)

En el centro poblado de Huanca Umuyto, donde en promedio son 3 992 de habitantes en total según el censo del INEI en el año 2017 (4), se observa con frecuencia violencia familiar, de pareja, hermanos, tíos, primos y vecinos en forma físico y psicológico. Puesto que, las mujeres que asisten al área de salud presentan lesiones o hematomas en el cuerpo, en algunos casos presentan trastornos psicosomáticos. De seguir con las agresiones, las mujeres de dicha comunidad pueden sufrir de feminicidio por parte de su victimario en caso de ocultar la violencia que sufren en sus hogares o en su relación.

Las condiciones que se vinculan a estos tipos de violencia, son principalmente por una baja autoestima, desigualdad económica y social, y el conflicto violento que se basan en estereotipos. Por ello, el personal de salud tiene la gran responsabilidad en descubrir y actuar de forma inmediata en casos de violencia de mujeres. Donde permite realizar una intervención temprana, ya que gran parte de las mujeres asisten al puesto de salud de Huanca Umuyto para su atención de urgencias. En ese sentido, la relación del enfermero es establecer un diálogo con el paciente y eso permite valorar de forma integral de su entorno, como enfermero determino estos indicios por medio de la entrevista y se detecta la violencia o sospecha de agresión, por lo cual se brinda información sobre sus derechos y recursos, respetando la decisión de denuncias. De igual forma, se da a conocer mediante asambleas en la comunidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

BAIDES R. (2017) “Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria” en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) Asturias - España cuyo objetivo fue reforzar la noción respecto a las medidas de prevención, para poder abordar de forma efectiva tomando en consideración el contexto y lograr un rol activo. La metodología para recolectar los datos se revisó bibliografía a través de fuentes primarias y secundarias. Obteniendo como resultado que la violencia implica una problemática grave que afecta la salud más que todo a las mujeres que viven esta realidad. Enfermería de Atención Primaria cumple un rol importante por la accesibilidad y relación habitual con la mujer en todo el ciclo vital, logrando revelar prematuramente estos casos de violencia. Mejorar este tipo de prevención consiste en optimizar y apoyar el desarrollo de profesionales en salud, así como su formación. (5)

APARICIO B. (2018) “Violencia de pareja hacia la mujer: detección precoz en Atención Primaria” cuyo objetivo fue examinar las evidencias científicas que apoyan en el desarrollo de inspecciones e identificaciones rutinarias ante a un tamizaje basados en algunos indicios de violencia por su pareja. El método usado fue la revisión bibliográfica, las mismas que debían cumplir con los criterios de exclusión e inclusión. Donde se obtuvo que darse el tamizaje de violencia produce la posibilidad de identificar

a mujeres que pasan por violencia, sin embargo, no acrecientan los casos que buscan apoyo de expertos ni disminuciones relevantes de violencia, ni su bienestar o su calidad de vida. No hay conocimiento si el tamizaje esté relacionado con los resultados nocivos. Estas mujeres consideradas como víctimas señalan al tamizaje como un proceso beneficioso e inevitable. (6)

HOLGADO, M.; MOLINA, S. & PÉREZ, R. (2015) “Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias”, tuvo como objetivo optimizar la manera de abordaje a mujeres que presentan violencia, así como también capacitar al personal del espacio de urgencias en concientizar e intervención en violencia contra la mujer, desarrollar rutinas de acción que generen la mejor intervención, iniciar la coordinación de las distintas direcciones comprometidas en el abordaje de estos casos, para perfeccionar la continuidad asistencial de este colectivo y trazar un cuadro de mandos que acceda vigilar las intervenciones y evaluar todo el proceso de atención. La metodología que utilizó dicha investigación fue la entrevista motivacional, de esta manera obtener información adecuada, como también generar un plan de cuidados a seguir para la mujer. Llegó a la conclusión que durante el dos mil trece hay una baja importante en el número de casos revelados, los cuales no se pueden manifestar, aunque se indica que la tendencia fue creciente para el 2014. El porcentaje de mujeres que ponen una denuncia y lo más importante, no la retira posteriormente, mejoró grandemente. (7)

PEROJO, V. (2015) “La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética”, tuvo como objetivo analizar los

requerimientos de profesionales encargados de AP, en su tratar, tanto al momento de la consulta como de visita, dar a conocer si hacen uso de la bioética, pues este es un instrumento importante para tener un íntegro diagnóstico además de ofrecer una solución que logra prevenir conflictos que vulneran principios éticos durante el abordaje de este tipo de problemáticas. Metodología: se realizó la investigación bibliográfica respecto a características bioéticas y éticas requeridas para intervenir en casos de violencia a mujeres. Esta investigación concluyó que los profesionales de esta área cuentan con poco alcance al enfrentar las distintas declaraciones de esta problemática en relación al accionar transformador comunitario, posterior a generar situaciones de promoción y prevención de salud que ayuden a analizar y entender las acciones de prevención con un enfoque intersectorial. (8)

LAFUENTE, E. (2015) “Intervención grupal con mujeres víctimas de violencia de género: taller “creciendo juntas”, cuyos objetivos de esta investigación fueron: Fortalecer la seguridad el nivel de autoestima en mujeres, desarrollando competencias relacionadas a la comunicación que permita tener relaciones asertivas, adquirir más empoderamiento, teniendo consciencia y ejerciendo el dominio que poseen por derecho, recobrando la crianza y control de sus hijos, inclusive promoviendo su inclusión laboral y creando redes de solidaridad y comprensión con las demás mujeres. Dicha investigación tuvo como metodología totalmente grupal y participativa, con una plática continua el cual genere que las participantes vean que no son las únicas que experimentan esa problemática y puedan fomentar una red de apoyo social y relaciones de comunicación asertiva entre ellas durante el desarrollo del taller. Resultados se observó que la intervención grupal les ha permitido, así mismo,

desarrollar más sus habilidades sociales, así como su comunicación asertiva que la mayoría de las participantes habían perdido. Así también, se generó una red de apoyo entre ellas, teniendo lazos afectivos y teniendo experiencias positivas. Llego a la conclusión que, las participantes al compartir sus experiencias con las demás se sintieron más seguras y su autoestima aumento, a la vez fortalecieron sus habilidades de comunicación asertiva y empática. También se dieron cuenta que sus vivencias son comunes, filtraron sus ideas y sentimientos, más que todo con la relación con sus parejas e hijos/as, sienten que han tenido un lugar significativo en el grupo y pudieron crear relaciones importantes unas con otras, así como con las monitoras. (9)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

GONZALES, B. (2016) “Prevención de la violencia contra la mujer entre familias del programa social juntos a través del arte, tuvo el propósito de ayudar a disminuir niveles de violencia a mujeres en la zona de Catacaos por medio de la sensibilización a mujeres respecto a su derecho de una vida sin violencia, en familias partícipes del Programa JUNTOS. Su metodología tuvo un enfoque cualitativo, más que todo se hizo una revisión bibliográfica y se realizó la entrevista no estructurada a la mayor cantidad de personas que tienen relación a la investigación. Los resultados de dicho programa indican que Programa JUNTOS aumenta los casos referidos a violencia de mujeres de manera física en un 4%, a diferencia de aquellas que no participan del programa. Este programa tuvo como conclusión que la prevención a partir del arte engrandece el rumbo de aquellas intervenciones dadas por el Estado, centrándose en fortalecer los servicios destinados a las víctimas, además de la promoción del empleo a estas mujeres. (10)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teorías de la enfermería

El modelo conceptual de enfermería trata de representar el ideal de lo que la enfermería debería ser, mediante la definición y la relación de sus elementos meta paradigáticos: persona, salud, entorno y rol profesional. Son al mismo tiempo una representación y una propuesta de realidad ideal. Los modelos son un paso previo a la elaboración de las teorías. Las proposiciones que se plantean en el modelo teórico deben ser comprobadas por medio de la investigación en la práctica. Si la propuesta de funcionamiento se pone en práctica a través del método científico, en el caso del proceso enfermero, investigando será posible comprobar la validez del modelo teórico (11).

Numerosos son los modelos y teorías de enfermería que han surgido a partir de los aportes de Florence Nigthingale (12), abarcando muchas áreas que van desde lo clínico hasta lo comunitario, o que analizan las relaciones entre el individuo sano o enfermo con su familia y entorno, es decir, en forma integral. De entre ellas, el Modelo del Sistema Conductual de Dorothy Johnson podría aplicarse exitosamente para orientar la atención de salud y explicar las relaciones involucradas en el proceso de la violencia intrafamiliar. (13)

2.2.1.1. El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson

El modelo Dorothy Johnson considera al ser humano como un sistema conductual compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales. Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar,

centro de la acción y conducta; y funcionales: protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Robechy et al. (14) plantean que el modelo es “fácilmente adaptable a los pacientes psiquiátricos en los cuales su problema de salud se basa específicamente en una alteración conductual y la enfermera actúa como regulador externo de los sistemas mientras que el médico trata la parte fisiológica y medicamentosa de la enfermedad. En un sentido más amplio, en la violencia intrafamiliar también se observan problemas conductuales, tanto en la víctima como en el agresor y la enfermera o enfermero juegan un papel muy importante en la restauración de la salud y en enseñar nuevas y mejores formas de afrontar la realidad. Dorothy Johnson define el sistema como un todo que funciona como un conjunto en virtud de la interdependencia de sus partes. El sistema actúa para mantener un equilibrio entre sus partes mediante ajustes y adaptaciones a las fuerzas que actúan sobre ellas. De este modo, el ser humano puede ser entendido a su vez como un sistema conductual que para ella abarca diferentes modos conductuales pautados, repetitivos y determinados (15). El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente. Johnson plantea que cada subsistema es un mini sistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno. Es aquí donde podemos analizar la influencia de la violencia intrafamiliar en el sistema conductual. Si bien la alteración de solo uno de los subsistemas puede afectar al sistema completo, el ciclo de la violencia afecta generalmente a todos los subsistemas

en forma directa, en distinta medida, pero a todos finalmente, como se analizará más adelante. Dentro de su modelo, Johnson plantea que el sistema conductual del individuo se encuentra en equilibrio, que define como un estado de reposo estable, aunque más o menos transitorio, en el que el individuo se encuentra en armonía consigo mismo y con su entorno; implica que las fuerzas biológicas y psicológicas estén en equilibrio entre sí y con las fuerzas sociales que se le afrontan. El equilibrio del sistema conductual se ve constantemente enfrentado a factores estresantes positivos y negativos que provienen tanto del interior como del exterior del organismo, produciendo tensión y un cierto grado de inestabilidad. Para Johnson es un estado de presión o esfuerzo contemplándose como el producto final de la interrupción del equilibrio; la tensión puede ser constructiva cuando se da una adaptación al cambio o destructiva cuando se produce un uso ineficaz de la energía que impide la adaptación y causa un posible daño estructural. El individuo entonces asumirá diversas conductas según su grado de adaptación y flexibilidad a estos. Las conductas se entienden como una consecuencia de estructuras orgánicas y de los procesos, que se coordinan y articulan a través de las respuestas a cambios en la estimulación sensorial en este caso se debe analizar cómo la conducta se ve afectada por la presencia real o supuesta de otros seres sociales que lo llevarán a permanecer en la tensión, lograr la recuperación de la salud o a mantenerse en un estado de enfermedad. El modelo de Johnson se basa en que la enfermería está designada a ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión, una de las ideas centrales del pensamiento de Florence Nightingale. En estas palabras se reflejan algunos conceptos incluidos en las estrategias de intervención. Al hablar de “ayudar” se hace alusión a la

idea contraria del modelo paternalista: el protagonismo del individuo en su proceso de recuperación de la salud. De esta forma, la enfermera se transforma en un elemento de apoyo que busca ayudarle a desarrollar capacidades para afrontar sus problemas de la mejor manera posible. Por otra parte, si analizamos que esta ayuda busca la prevención o la recuperación, esta puede relacionarse con el modelo de prevención y promoción vigente desde la última reforma de salud. El aporte que realiza enfermería en el área clínica también es muy relevante y lo encontramos en aspectos diversos como campañas de promoción en la comunidad o en establecimientos educacionales, el cuidado que ofrece a una mujer maltratada durante su hospitalización o en los talleres de rehabilitación en un programa de salud mental. Como pudimos ver anteriormente, la enfermería tiene un rol muy activo en la relación de ayuda a la persona que ha sufrido violencia familiar, entregando el cuidado a diferentes niveles y, como veremos más adelante, el modelo de Dorothy Johnson se adapta muy bien a los requerimientos teóricos de la intervención en violencia familiar. En su modelo, Jonson considera al ser humano como un sistema conductual, compuesto por siete subsistemas interactivos e integrales.

2.3 Bases Conceptuales

2.3.1. Violencia familiar

La OMS define como violencia familiar a: "toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho pleno desarrollo de otro miembro de la familia" (16).

El INEI define a la violencia familiar como todos los actos de agresión que se producen en el seno de un hogar, es decir, la violencia ejercida en el terreno de la convivencia familiar, por parte de uno de los miembros contra otros, contra alguno o contra todos ellos. Incluye casos de violencia contra la mujer, maltrato infantil o violencia contra el hombre. (17)

Algunas de las manifestaciones más frecuentes de la violencia familiar en nuestro medio se dan cuando: En el caso de las mujeres son golpeadas, violadas, insultadas, amenazadas, ignoradas o menospreciadas por su compañero. Puede ser que en una pareja se golpeen, insulten, amenacen, ignoren o menosprecien el uno al otro. Niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores o personas con alguna discapacidad son golpeados(as), insultados(as), amenazados(as) o humillados(as). Algunos(as) de los integrantes de la familia obligan a otro(a) u otros(as) a tener prácticas sexuales que no desean. La violencia familiar genera crisis, enfermedades, depresión, indefensión, discapacidad e incluso muerte. Las personas que sufren violencia, suelen ver afectada su autoestima, desarrollo intelectual, creatividad y capacidad para relacionarse con los demás. Niñas, niños y adolescentes maltratados, pueden mostrar signos de depresión, agresividad, rebeldía, dificultades para asumir responsabilidades en la familia o en la escuela, disminución de su rendimiento escolar, o comenzar a relacionarse con personas o grupos que les alienten a realizar conductas dañinas e ilícitas, como consumir alcohol, drogas o cometer delitos. (18)

Algunos de los factores que incrementan el riesgo potencial dentro de una familia del riesgo de violencia son:

- La duración del período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
- La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
- La intensidad de los vínculos interpersonales.
- Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
- El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.
- Las diferencias de edad y sexo.
- Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.
- El carácter privado del medio familiar.
- La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
- El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.
- El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforma al conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia. La conceptualización de la familia como entorno propicio para las interacciones violentas, analizando dos variables: el poder y el género. Ambas categorías aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de “jefe de familia” corresponde con la categoría “varón adulto”, la cúspide del poder familiar se halla

vinculada al género. Verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto, castigo son elementos indispensables para la organización de instituciones militares, dentro de las cuales resultan funcionales. (19)

2.3.2. Violencia contra la mujer

Estos casos se dan en todo el mundo, esta no tiene exclusión socio política o económica, no tiene distinción de, raza o cultura. (20)

La estructura de poder o la persona que la genera se caracterizan por tener pensamientos arraigados e intransigentes, lo cual genera barreras para que la mujer desarrolle sus derechos y viva adecuadamente. (21)

Este tipo de violencia se da por patrones habituales y no solo por un suceso aislado, creado en relación a ciertos estereotipos que incluye los roles por género, donde se tiene la idea que la violencia es una manera efectiva de tomar control y poder hacia las mujeres, haciendo uso de la fuerza extrema, así como conductas sexuales y abusivas. (20)

2.3.3. Tipos de violencia

- A. Física:** Ejercer conductas que generen dolo o lesiones, como empujones, golpes, jalas cabello, patadas, golpes utilizando objetos, quemaduras. Imposición por fuerza y restringiendo movimientos.
- B. Sexual:** Contacto coital realizada sin algún consentimiento de ambas partes, así también cualquier contacto sexual, ya sean caricias, agresión en áreas sexuales, forzar a la persona a ver pornografía y amenazar con contacto sexual.

- C. Psicológico:** Generar a la otra persona angustia a partir del control y restricción de relacionarse con los amigos u otro contexto social, ocasionado el aislamiento. Además, generar intimidación a la otra persona, por medio de agresiones físicas o inserción del miedo, amenazas suicidas, chantajes, acoso o destrucción de propiedades o alguna mascota.
- D. Emocional:** A partir de comentarios negativos como insultos, humillaciones, críticas, dañan la autoestima y cognición.
- E. Material (económico):** Explotación económica y de otros recursos necesarios para vivir económica y personalmente. Esto quiere decir, obligar a la otra persona a ser dependiente económicamente de la otra. (22)

2.3.4. Factores que influyen en la violencia contra la mujer

- A. Factores psicológicos:** Durante la infancia haber vivido violencia, genera inseguridad en las personas, baja autoestima, ausencia de análisis crítico en relación a la violencia y problemas para relacionarse con los demás. Todo ello repercute en las decisiones que toma la mujer con su próxima pareja, así como la manera de reaccionar a situaciones de violencia. (23)
- B. Factores sociales:** Según la ONU, la violencia se da desde un ambiente social, la violencia en mujeres muestra la desigualdad socio económica. Los pensamientos que presenta la mujer respecto a socialización de violencia, están relacionadas a la violencia dentro de la familia, partiendo de la “transmisión” de violencia por generaciones, repetida en el contexto doméstico durante el desarrollo de los vínculos familiares. (24)

C. Factores culturales: Lo cultural es considerada un factor que influye en la toma de las decisiones y en la manera como se resuelven una serie de conflictos de manera violenta. Contamos con una cultura violenta que no se sabe cómo cambiarla a la de paz. La existencia de estereotipos por géneros implica la base de los roles sexuales que se encuentran estereotipados. (25)

2.3.5. Ciclo de la violencia

Este ciclo trata de explicar el porqué de algunas mujeres de quitar o retirar las denuncias que ponen ante una agresión. Así como el por qué algunas mujeres tienden a disculpar al agresor o en algunos casos minimizan los actos de violencia experimentados, volviendo a la anterior situación (26).

- **Fase de tensión:** Se da la violencia psicológica, donde el agresor es hostil, enfadado, irritable. La mujer pasa en alto lo que sucede, con la esperanza de que ya no volverá a pasar, intenta complacer a su pareja, se siente insegura con sus percepciones y culpable por cualquier actitud. (27).
- **Fase de agresión:** Al llegar al límite la tensión, se origina la descarga, ocasionando la violencia psíquica, física o sexual de forma grave. Al terminar esa fase, la víctima terminada gravemente dañada y es aquí cuando que busca asistencia médica. (27).
- **Fase de calma o de conciliación:** Posterior a lo sucedido, el agresor pasa por un proceso de arrepentimiento y recurre a la manipulación como estrategia, haciendo promesas de cambio, lo cual muchas veces convence a la víctima porque piensa que lo que dice es verdad. (27).

2.3.6. Detección precoz de violencia

Pocas son las veces que los profesionales se dan cuenta de esta situación, solo se identifica 1% de estos casos. Y alrededor del 20% de mujeres que usan estos servicios presentan estos casos, pero el motivo de la consulta no siempre es una lesión de la agresión, más bien es un acto encubierto. La asociación de ginecólogos y obstetras americanos (ACOG) sugiere realizar una búsqueda intensa y activa de estos casos. (28)

Los profesionales en salud, más que todo profesionales de enfermería, presentan la pasión ética, profesional, con la lucha de la erradicación de la violencia en cualquier tipo. El servicio de salud cumple un rol importante al afrontar esta problemática. La enfermería debe de realizar la prevención, detección precoz e identificación. En ese sentido, es significativo que este personal realice la identificación y prevención de casos de violencia. (29)

Para detectar rápidamente violencia en la familia, se propone que los profesionales que atienden más a mujeres tomen en cuenta algunas de las siguientes funciones:

1. Preguntar, cuando sea posible, a las mujeres que haya o estén pasando por violencia doméstica, como tarea de todos los días dentro de las acciones preventivas.
2. Prestar atención a cualquier signo o síntoma de maltrato y están en vigilancia.
3. Prestar información y enviar a las mujeres a las áreas disponibles de ayuda que cuenta la comunidad.
4. Al contar con la información, tener confidencialidad.

5. Apoyar y motivar a la mujer, siempre respetando su proceso.
6. Evitar comentarios o conductas que generen que la mujer se sienta culpable, ya que reforzara el aislamiento, no tener confianza. (30)

2.3.7. Tipos de intervención

Toda intervención realizada por los servicios de salud pública implica una serie de procesos de prevención en tres rangos:

- Prevención primaria: se logra prevenir algún tipo de violencia antes de suceder.
- Prevención secundaria: Son acciones vinculadas más a una serie de respuestas inmediatas de violencia, que incluye atención pre hospitalario, los servicios de urgencia o el procedimiento de las ETS posterior a una violación.
- Prevención terciaria: Intervención en largo plazo con sucesión a los actos violentos, que implica la reintegración así como la recuperación, y formas de disminuir traumas o alguna incapacidad permanente por la violencia ocasionada. (31)

2.3.8. Indicadores de sospecha de violencia

Para identificar la violencia se debe tener en cuenta los Indicadores de Sospecha de la misma, las cuales son las siguientes:

- Mujeres que hayan pasado por maltrato infantil o familiar. (32)
- Adicción a sustancias como alcohol, drogas, sustancias alucinógenas. (32)
- Lesiones realizadas por violencia vivida en el pasado. (32)
- Problemas ginecobstetricia: lesiones. (32)

- Visitas tardías al control prenatal, solicitud frecuente para la administración de anticonceptivos. (32)
- Frente lesiones evidentes físicas: narraciones incoherentes sobre el acto lesivo, frecuencia alta de incidentes, lesiones anteriores o crisis de ansiedad. (32)
- Donde la conducta se torne sospechosa, es decir, no hay contacto visual, nervios, falta de cuidado personal, temor, mira a su pareja para poder responder, y busca su consentimiento. (32)
- Tomar los servicios de centros de salud por mujeres víctimas, se diferencia por transformar etapas de hiper frecuentación con nuevos casos de abandono, infracción en las citas programadas, uso casi diario de servicios en urgencias, hospitalizaciones, vista con la pareja, cuando no lo había hecho con anterioridad. (33)
- Hombre que acompaña a su pareja y tiene conductas sospechosas, como, él explica lo que tiene su pareja, controla sus medicamentos, desvaloriza a la mujer, y muchas veces se muestra agresivo con el personal.
- El acopio de indicios de violencia indica situaciones de maltrato. (32)

2.3.9 Definiciones

1.3.9.1 Violencia: Es un factor que pone en riesgo a la víctima, tanto en su salud, bienestar y ejecución de sus derechos humanos y reproductivos de las mujeres. (34)

1.3.9.2 Violencia familiar: Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde

ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física y psicológica o la libertad y el derecho pleno desarrollo de otro miembro de la familia. (16)

1.3.9.3 Violencia a la mujer: La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta que, basada en su condición de género, cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como en el privado. Esta manifestación del ejercicio de poder de una persona sobre otra, afecta la salud física, sexual y/o psicológica de las personas que la sufren, principalmente las mujeres, niñas y niños. (35)

1.3.9.4 Violencia psicológica: En las zonas rurales presenta familias con bajos niveles de escolaridad, comunicación inadecuada y malos estilos de afrontamiento. Esto genera una cultura de tipo patriarcal que suele más sólidas en zonas urbanas, y por tal motivo son las mujeres violentadas. (36)

1.3.9.5 Violencia física: Conductas violentas que dañan la salud mental y física de la persona, generadas por el agresor hacia su víctima. (37)

1.3.9.6 Estereotipos: Pensamientos relacionados a los atributos de las otras personas o un grupo social. (38)

1.3.9.7 Lesiones: Alteración física realizada en el cuerpo, generalmente en tejidos por factores externos o por alguna enfermedad. (39)

1.3.9.8 Ética profesional: Normas y valores que un grupo social debe de respetar y ejercer durante su vida personal y profesional. (40)

1.3.9.9 Violencia de género: Conducta agresiva que causa daño sexual, psicológico o físico, llegando inclusive a la muerte, ya sea en un entorno privado o público. (41)

1.3.9.10 Coercitivo: Utilizado para forzar conducta o voluntad de alguien. (42)

CAPÍTULO III:

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DETECCIÓN TEMPRANA DE VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES DE 30 A 50 AÑOS DEL CENTRO POBLADO DE HUANCA UMUYTO

3.1. Justificación

La violencia es una problemática que nace en un entorno de abuso de poder, el cual se da intencionalmente, generando daño o infringiendo los derechos. Es un fenómeno muy recurrente, conocido como un estilo de vida, donde la fuerza se usa para imponer o dominar, y así tener un contexto que atenta hacia la convivencia de la familia de manera armónica, impidiendo que sus miembros logren desenvolverse adecuadamente. (43)

Promover una cultura basada en la no-violencia que incluya la resolución de conflictos pacíficamente, involucra cambios radicales de los pensamientos, actitudes, creencia que están relacionadas con la manera en que se valoran a las mujeres y a los varones en la sociedad, así como la inestabilidad de los vínculos familiares en relación al poder manejado dentro de ellas, así como en la sociedad o comunidades. En el área de la salud, toda acción prevención se da a partir de la inserción de temas relacionados a la promoción de salud y coordinación intersectorial en los distintos niveles de gobierno.

(43)

3.2. Objetivos

3.2.1. Objetivo General

Contribuir a la detección temprana de violencia familiar en mujeres de 30 a 50 años del centro poblado de Umuyto.

3.2.2. Objetivos específicos

- Prevenir la violencia antes que ocurra, en la fase que aún no surge el conflicto.
- Detectar los factores de riesgo
- Brindar atención precoz luego de que la violencia haya ocurrido con el fin de limitar las consecuencias y su extensión.
- Identificar si el personal enfermero del centro poblado de Huanca Umuyto posee las herramientas necesarias para abordar casos de violencia en mujeres de 30 a 50 años.
- Conocer el nivel de conocimientos que tiene el personal de enfermería para reconocer casos de violencia en mujeres
- Determinar un plan de intervención en detección temprana de violencia en mujeres de 30 a 50 años en el centro poblado de Huanca Umuyto.

3.3. Metas

Más del 90% de mujeres lograron denunciar la violencia familiar y recibieron apoyo psicológico y de salud.

3.4 Programación de actividades

Actividades	Unidad de medida	Indicador	Meta	Cronograma	Responsable
<p>Mejorar la intervención de enfermería en la detección temprana de violencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los signos de maltrato - Realizar una socialización con la víctima - Brindar asesoría sobre sus derechos y el procedimiento que debe realizar si desea hacer la denuncia. - Brindar la confianza en las víctimas para que se sientan auxiliadas y que no están solas en el proceso. 	Personal de enfermería del puesto de salud	Registro diario de pacientes	Más del 90% de mujeres lograron denunciar actos de violencia	Marzo a Agosto del 2021	Licenciado y trabajadores del puesto de salud
<p>Elaboración de campañas y talleres sobre la importancia de las medidas preventivas de violencia familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar sesiones educativas sobre la violencia doméstica en el salón comunal - Realizar consejería a mujeres que acuden al centro de salud - Elaborar material de difusión sobre la violencia doméstica 	Mujeres de 30 a 50 años que acuden al centro de salud	Historia clínica de las mujeres Registro parte diario de consejerías	El 100% de mujeres acuden a consejería familiar	Marzo a Agosto del 2021	Licenciado en enfermería y técnicos en enfermería
<p>Capacitación a todo el personal del puesto de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar a todo el personal sobre la campaña “Luchemos contra la violencia doméstica” - Sensibilizar al personal de salud asistencial y administrativo sobre la campaña “Luchemos contra la violencia doméstica” 	Norma técnica perteneciente al MISA Cuestionario de preguntas Registro de asistencia a las capacitaciones	Relación del personal del área de enfermería	El 100% del personal de enfermería se encuentra capacitado	Marzo a Agosto del 2021	Licenciado en enfermería del puesto de salud

3.5. Recursos

3.5.1. Materiales

- Papel lustre 08 pliegos (color fucsia)
- Hojas bond A4 (2 millar)
- Plumones de Colores N° 56 (color rojo, azul, negro, verde, 5 unidades cada uno)
- Plumones de pizarra acrílica (azul, negro, verde, rojo 3 unidades cada uno)
- Cartulina de colores (blanca, rosada, celeste, amarilla, verde 10 unidades cada una).
- Globos n°9 (01 bolsa de 50 unidades color morado y una bolsa de 50 unidades color amarillo)
- 01 Caja Organizadora N° 50 con ruedas.
- Tijeras de papel (4 unidades)
- Goma (02 frascos grandes)
- Papel crepe 15 pliegos de colores (blanco, morado, fucsia, amarillo, 3 cada color)
- Alfileres 3 cajas
- Chinchas 3 cajas
- Impresiones a colores (40 hojas)
- 01 regla de 20 cm
- Grapas 2 cajas.
- 8 pilas AA para el micrófono.
- 6 pilas grandes para el altavoz (perifoneo).

3.5.2. Recursos Humanos

- Coordinador de Enfermería: Lic. Rolando Estrada Taipe
- Técnicos en enfermería:
 - Tec. Enf. Faustino Huaraca Alejo
 - Tec Enf. Clotilde Baltazar Mallma
- Profesional de obstetricia: Lic. Nicole Cueva Medina

3.6. Ejecución

El desarrollo del plan de intervención es realizado cada año y en el presente año se realizó intervenciones en el puesto de salud del C.P Huanca Umuyto, con la participación del personal profesional de enfermería y obstetricia de los diferentes regímenes (Ley 30364) y CAS 1057 que trabajen en el mismo lugar, las intervenciones de realizaron en relación a las actividades diarias que hacen los profesionales de enfermería en el área de planificación familiar, en despachos de medicina general y triaje, y las actividades extramurales realizados por el personal de salud en los diversos horarios, a través de la oportuna intervención en mujeres de 30 a 50 años que acudieron a dicho puesto, se pudo identificar los indicadores de sospecha de violencia familiar con el fin de desarrollar acciones de detección oportuna y asistencia a dichas mujeres. A la vez se ejecutaron las acciones administrativas que implica la modernización de padrones nominales, además del registro de rastreo por sectores y edades del centro poblado, el cual se realiza para actualizar los datos de las pacientes.

PLAN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

PLAN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES					MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				
ACTIVIDADES		RESPONSABLES	DURACIÓN	FECHA		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Mejorar la intervención de enfermería en la detección temprana de violencia familiar		Licenciados (as) en enfermería del centro de salud	6 meses	COMIENZO	FIN																								
Reconocer los signos de maltrato	Asesoramiento: diario			1/03/2021	31/08/2021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realizar una socialización con la víctima	Asesoramiento: diario			1/03/2021	31/08/2021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Brindar asesoría sobre sus derechos y el procedimiento que debe realizar si desea hacer la denuncia	Asesoramiento: diario			1/03/2021	31/08/2021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Brindar la confianza en las víctimas para que se sientan auxiliadas y que no están solas en el proceso.	Asesoramiento: diario			1/03/2021	31/08/2021	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2. Elaboración de campañas y talleres sobre la importancia de las medidas preventivas de violencia familiar.		Licenciadas en enfermería y técnicos en enfermería	DURACIÓN	COMIENZO	FIN																								
Realizar sesiones educativas sobre la violencia doméstica en el salón comunal	Taller 01: JUL		2 DIAS	1/03/2021	2/03/2021	x																							
	Taller 02: AGO		2 DIAS	6/04/2021	7/04/2021				x																				
	Taller 03: SET		2 DIAS	3/05/2021	4/05/2021								x																
	Taller 04: OCT		2 DIAS	1/06/2021	2/06/2021												x												
	Taller 05: NOV		2 DIAS	5/07/2021	6/07/2021																x								
	Taller 06: DIC		2 DIAS	3/08/2021	4/08/2021																				x				
Realizar consejería a mujeres que acuden al centro de salud	Campaña: 1		1 DIA	4/03/2021	4/03/2021	x																							
	Campaña: 2		1 DIA	3/04/2021	3/04/2021				x																				
	Campaña: 3		1 DIA	30/05/2021	30/05/2021								x																
	Campaña: 4		1 DIA	5/06/2021	5/06/2021												x												
	Campaña: 5		1 DIA	3/07/2021	3/07/2021																x								
	Campaña: 6		1 DIA	7/08/2021	7/08/2021																				x				
Elaborar material de difusión sobre la violencia doméstica	Afiches		6 meses	1/10/2021	1/10/2021	x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x		x	
3. Capacitación a todo el personal del centro de salud		Licenciados (as) en enfermería del centro de salud	DURACIÓN	COMIENZO	FIN																								
Capacitar a todo el personal sobre la campaña "Luchemos contra la violencia doméstica"	Capacitación 01		1 DIA	9/03/2021	9/03/2021	x																							
	Capacitación 02		1 DIA	5/06/2021	5/06/2021												x												
Sensibilizar al personal de salud asistencial y administrativo sobre la campaña "Luchemos contra la violencia doméstica"	Sensibilización 01		1 DIA	12/03/2021	12/03/2021			x																					
	Sensibilización 02	1 DIA	12/06/2021	12/06/2021																x									

3.7. Evaluación

En el centro poblado las mujeres prefieren no manifestar la agresión que sufrieron tanto de tipo físico y psicológico, ya que prefieren proteger a su agresor y si se trata de casos graves manifiestan lo sucedido al personal a cargo en el consultorio, dicha información es obtenido por medio de la entrevista de sus familiares cercanos y/o vecinos, los cuales testifican lo ocurrido. Los casos de mujeres que son atendidas en el puesto de salud son por agresión por parte de sus esposos, las cuales presentan lesiones en el cuerpo como hematomas en la cabeza, sangrado nasal u otro. Por ende, el personal procede a realizar la curación de las heridas y sugieren a las agredidas que denuncien el hecho a las entidades correspondientes como DEMUNA, comisaria o tenientes comunales de su sector, de ese modo se observa que, de 10 mujeres, sólo 2 logran denunciar a su agresor y el resto no lo hace por temor o miedo. Frente a este problema, la intervención del plan fue realizada en un noventa por ciento. Dentro de los problemas encontradas tenemos: insuficiencia de tiempo y omisión de información de las mujeres que en mayor proporción prefieren ocultar la información sobre su agresor, al realizar la entrevista muchas veces las agraviadas prefieren evitar responder a las interrogantes, ya que esto se debe a diversos factores entre los cuales es el miedo o temor a que su victimario tome represalias o porque dependen de su pareja, sin embargo se logró sensibilizar al 80% de las mujeres que acudieron al taller, y al consultorio de planificación familiar, donde asistieron 320 mujeres de las cuales 80 eran mujeres de 30 a 50 años, de acuerdo a los resultados se obtuvo que 60 mujeres respondieron a las interrogantes realizados en el taller y en el consultorio de planificación familiar, las mismas que recibieron apoyo del personal.

Evaluación de actividades

EVALUACIÓN DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES			MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				AVANCE %	
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1. MEJORAR LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE VIOLENCIA FAMILIAR																												
Actividades	Indicadores	TOTAL																										
Reconocer los signos de maltrato	N° CASOS CON SIGNOS DE MALTRATO RECONOCIDOS	21	2	3		2	1			1	1	1		2	2	2		3		2						1		
Realizar una socialización con la víctima	N° DE SOCIALIZACIONES CON LA VÍCTIMA	19		3	2		1	1		1		2		1		1	3		1		1	1	1					
Brindar asesoría sobre sus derechos y el procedimiento que debe realizar si desea hacer la denuncia	N° ASESORÍAS SOBRE DERECHOS Y PROCEDIMIENTOS EN CASO DE VIOLENCIA	21		1	2		1		2		1	2			1	3		2	1	2	2		1					
Brindar la confianza en las víctimas para que se sientan auxiliadas y que no están solas en el proceso.	N° DE AUXILIOS EMOCIONALES Y FÍSICOS	14	1			1		1			3	1			2	2			2	1		1						
2. ELABORACIÓN DE CAMPAÑAS Y TALLERES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS DE VIOLENCIA FAMILIAR.																												
Actividades	Indicadores	TOTAL																										
Realizar sesiones educativas sobre la violencia doméstica en el salón comunal	N° DE PARTICIPANTES EN SESIONES EDUCATIVAS REALIZADAS	106	4			5	3		10		8	6		15		10		15		10		25					85%	
Realizar consejería a mujeres vía telefónica del puesto de salud	N° DE PARTICIPANTES EN CONSEJERÍAS REALIZADAS	184	35				30			39			25				35				20						80%	
Elaborar material de difusión sobre la violencia doméstica	N° DE AFICHES REALIZADOS	15	2		1		2		1		1	2		1		2		1		1		1					85%	
3. CAPACITACIÓN A TODO EL PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD																												
Actividades	Indicadores	TOTAL																										
Capacitar a todo el personal sobre la campaña "Luchemos contra la violencia doméstica"	N° DE PARTICIPANTES EN CAPACITACIONES	4		4											4												95%	
Sensibilizar al personal de salud asistencial y administrativo sobre la campaña "Luchemos contra la violencia doméstica"	N° DE TRABAJADORES SENSIBILIZADOS	4		4											4												95%	

Tal como se observa en el cuadro de evaluación de actividades se logra ver que el plan implementado alcanzó un 90% de avance respecto a todas las actividades propuestas, de las cuales, gracias a la actividad de “Mejorar la intervención de enfermería en la detección temprana de violencia familiar” se lograron identificar alrededor de 75 mujeres (30% de la población intervenida) en riesgo de sufrir o haber sufrido violencia familiar a las cuales se le brindaron asesorías y auxilios por parte del personal de enfermería, todo ello gracias al accionar diario de esta actividad.

Respecto a la segunda actividad “Elaboración de campañas y talleres sobre la importancia de las medidas preventivas de violencia familiar”, se registraron las asistencias y participaciones en dichas actividades donde se observó una concurrencia moderada a dichas campañas, en especial por parte de la población intervenida, es decir alrededor de 90% de mujeres participaron de campañas y talleres, en el caso de consejería se observó que algunas mujeres prefirieron no hablar del tema debido a factores anteriormente mencionados, sin embargo se ejemplificaron casos usuales y cómo proceder ante ellos.

Finalmente se observó la participación activa del personal de enfermería durante las capacitaciones ofrecidas, pese a que el puesto de salud cuente con un personal limitado, en su mayoría fueron capacitados, por lo que suelen aplicar acciones oportunas al identificar casos de violencia.

CONCLUSIONES

1. Durante la labor realizada en el centro poblado de Huanca Umuyto, se observó con frecuencia violencia familiar. Puesto que, las mujeres que asisten al área de salud presentan lesiones o hematomas en el cuerpo, en algunos casos presentan trastornos psicosomáticos. Las condiciones más frecuentes identificadas se vinculan a una baja autoestima, dependencia económica y social, conflicto violento basado en estereotipos, casos de infidelidad y adicción al alcohol.
2. Frente a la problemática presentada se propuso un “Plan de mejoramiento en relación a la situación problemática” donde se ejecutaron 3 actividades que ayudaron a cumplir el objetivo central del plan, cuya ejecución logró contribuir a la detección temprana de violencia familiar en mujeres del centro poblado de Huanca Umuyto.
3. Las actividades como la mejora en la intervención de enfermería en la detección temprana de violencia permitieron identificar que un 30% de mujeres estaban en riesgo de sufrir violencia física, además en su mayoría fueron mujeres de 30 a 50 años, quienes obtuvieron asesoría sobre sus derechos y cómo proceder en una denuncia, además se les brindó un auxilio emocional y físico de ser el caso.
4. La implementación de campañas y talleres con la ayuda de los profesionales de enfermería, quienes fueron capacitados debidamente, ayudaron a sensibilizar a la población en general y en especial a la población intervenida, pues el 90% de mujeres asistieron a dichos talleres y campañas. De este modo los especialistas de enfermería reconocieron las acciones más adecuadas para proceder en casos de violencia.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda que los centros de salud que se encuentran en zonas rurales desarrollen un plan de intervención contra la violencia familiar.
2. Se recomienda realizar talleres de sensibilización para la prevención oportuna de violencia familiar en el centro poblado Huanca Umuyto.
3. Se recomienda que el personal de salud y administrativos del puesto de salud se encuentren capacitados en asistencia, consejería e identificación de signos de violencia en mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2021 Junio 28. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>.
2. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Online].; 2019 [cited 2021 Junio 28. Available from: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/63-de-cada-100-mujeres-de-15-a-49-anos-de-edad-fue-victima-de-violencia-familiar-alguna-vez-en-su-vida-por-parte-del-esposo-o-companero-11940/>.
3. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Reporte Regional de Indicadores Sociales de Departamento de Apurímac. Reporte. Apurímac : MIDIS , Apurímac; 2019.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Directorio Nacional de Centros Poblados. Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas. Lima : Instituto Nacional de Estadística e Informática , Lima ; 2018. Report No.: 1-389.
5. Baides R. Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. Enfermería Global. 2017 Julio;(N°51).
6. Aparicio B. Violencia de pareja hacia la mujer: detección precoz en Atención Primaria. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018.
7. Holgado Jiménez-Castellanos, M.; Molina Martínez, S.; Pérez González, R. Plan de mejora para el abordaje de la violencia contra la mujer en el área de urgencias. Cordoba;; 2015.
8. Pero V. La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. Revisat Cubana de Medicina. 2015 Octubre; 31(4).

9. Lafuente E. Intervención grupal en mujeres víctimas de violencia de género: "Taller crecimiento juntas". Tesis. España: Universidad Jaume I de Castellón.; 2015.
10. Gonzales B. Prevención de la violencia contra la mujer entre familias del Programa social JUNTOS a través del arte. Tesis. Universidad de Piura, Historia y Gestión Cultural; 2016.
11. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Elpensamiento enfermero Barcelona: Masson, S.A.; 1996.
12. Nightingale F. Notes on Nursing. What it is and what it is not New York: Cover Publications, Inc; 1969.
13. Saavedra M, Aguilar A, Mastrapa Y. El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson. Revista Cubana de enfermería. 2019; 37(1).
14. Robechi A, Turriago M, Vivas N. Análisis de la Teoría del Sistema Conductual de Dorothy. [Online].; 2004 [cited 2008 Enero Junio. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos16/sistema-conductual/sistema-conductual.shtml>.
15. Marriner A RM. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
16. OMS. Violencia familiar: Los caminos de las mujeres que rompieron el silencio Lima; 1998.
17. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014.
18. CNDH México. ¿Qué es la violencia familiar y como constarrestarla? México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2016.

19. Aguilera G, Perez F, Ortiz R. Violencia Intrafamiliar. Universidad del Aconcagua, Argentina; 2008.
20. Peña C, Vilchez L, Giraldez R, Laredo R, Ortiz K, Salazar M. Violencia contra la mujer en el distrito de Santiago de Surco. Reporte. Universidad Ricardo Palma , Lima; 2017. Report No.: 84.
21. Amnistía Internacional. Está en nuestras manos: No más violencia contra las mujeres. [Online].; 2004 [cited 2016 Setiembre 25. Available from: <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/35-esta-en-nuestras-manos-no-mas-violencia-contra-las-mujeres.html>.
22. Varea JA, Delgado JC. Por un enfoque integral de la violencia familiar. Psychosocial Intervention. 2006; 15(3).
23. Universidad Nacional del Callao. SCRIB. [Online].; 2013 [cited 2017 Octubre. Available from: <https://es.scribd.com/document/311779996/15b-InfLab-13-SPSS-Estanones-2>.
24. Yugueros G. Violencia contra las mujeres: Consecuencias y causas. , Estados Unidos; 2014.
25. Rodríguez G. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Online].; 2016 [cited 2017 Octubre. Available from: http://www.administracion.usmp.edu.pe/wp-content/uploads/sites/9/2015/11/Rodr%C3%ADquez_Garc%C3%ADa_Carolina_I_M4.pdf.
26. Prieto PB, Jarabo CR. La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. España : Días de Santos ; 2005.
27. Salud SdCd. Violencia contra las mujeres. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos. Informe. Cantabria : Consejería de sanidad y servicios sociales ; 2005.

28. Marques A, Luciane P, Costa V. A consulta de enfermagem ginecológica e a reducao da violencia de genero. Revista Enfermeria UERJ. 2004; 12(3).
29. Macías J, Gil E, Rodríguez M, Gonzáles J, Gonzáles M, Soler A. Creencias y actitudes del alumnado de Enfermería sobre la violencia de género. Index de Enfermería. 2012; 21(1-2).
30. Larraín S. Violencia Puertas Adentro. La mujer golpeada. Chile : Universitaria; 1994.
31. Organización Mundial de la Salud. Violencia y salud mental. OMS ; 2014. Report No.: 9.
32. Vinuesa M, López R, Peláez S, García S, López R. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 03. Available from: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20de%20las%20mujeres%20asturianas/Violencia%20de%20g%C3%A9nero/PSanitarioVG2012.pdf.
33. Molejon A, Muslera E, García M, González M, Martín D, Bruno J. Ámbito Sanitario del Protocolo Interdepartamental de Asturias de Asistencia a víctimas de violencia de género del Principado. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 03. Available from: <https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.2d7ff2df00b62567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=396bf708c1674210VgnVCM10000097030a0aRCRD>.
34. Espinoza E. Hombres que maltratan a sus compañeras de pareja ¿Víctimas o victimarios? Revista Sexología y Sociedad. 2003; 8(18).
35. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional Contra la Violencia hacia la Mujer, 2009-2015 Lima; 2009.
36. Casique L, Fererreira A. Violencia contra las mujeres. Reflexiones teóricas. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2003; 19(5).

37. Fernández A. Violencia Doméstica. Grupo de Salud Mental del PAPPS de la semiFYC. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.
38. Mackie M. Arriving at Truth by Definition:Case of Stereotype Innacuracy», en Social Problems. ; 1973. Report No.: 431-447.
39. Sáez AS. Patología forense lección: lesiones y contusiones. Diferenciación entre lesiones vitales y postmortales. Curso de Medicina Legal y Toxicología. Universidad Complutense de Madrid; 2017. Report No.: 1-13.
40. Tablado F. Grupo Ático 34. [Online].; 2021 [cited 2021 Junio 30. Available from: <https://protecciondatos-lopd.com/empresas/etica-profesional/>.
41. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y acción del estado. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables , Lima; 2016. Report No.: 1-95.
42. RAE. Real Academia Española. [Online].; 2014 [cited 2021 Junio 30. Available from: <https://dle.rae.es/coercitivo>.
43. Quintana Roo. Modelo de prevención de la violencia familiar. Guía de prevención. ; 2016. Report No.: 1-69.

ANEXOS

ANEXO 1

VISITAS DOMICILIARIAS C.P. HUANCA UMUYTO – HAQUIRA 2021



ANEXO 2
CAPACITACIÓN A LAS MUJERES DEL C.P. HUANCA UMUYTO – HAQUIRA
2021



