UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE CHOTA, 2025

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORAS

Bach. Enf. MARÍANELA, DÍAZ SÁNCHEZ

Bach. Enf. FLOR MEDALI, CARRANZA OBLITAS

ASESOR

Dr. ISAIAS WILMER DUEÑAS SAYAVERDE

CHOTA – PERÚ

2025

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 19 de diciembre del 2025.

C.O. N° 048-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA EN EL CENTRO DE SALUD PATRONA DE CHOTA, 2025"** elaborado por los **Bachilleres en enfermería: Flor Medali Carranza Oblitas y Maríanela Díaz Sánchez,** para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 10%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CHOTA

Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH

Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Ch2025

Isaías Wilmer Dueñas Sayaverde

IFT FLOR MEDALI CARRANZA OBLITAS Y MARÍANELA DÍAZ SÁNCHEZ.pdf

Tesis Manianela - Medalí

Proyectos y tesis 2025

Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid:::1:3426114817

Fecha de entrega
27 nov 2025, 6:21 a.m. GMT-5

Fecha de descarga
27 nov 2025, 6:23 a.m. GMT-5

Nombre del archivo
IFT_FLOR_MEDALI_CARRANZA_OBLITAS_Y_MARÍANELA_DÍAZ_SÁNCHEZ.pdf

Tamaño del archivo
610.3 KB

46 páginas

12.849 palabras

71.874 caracteres

10% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado

Fuentes principales

10% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

10% Fuentes de Internet
6% Publicaciones
6% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
repositorio.unach.edu.pe		1%
2	Internet	
www.medigraphic.com		1%
3	Internet	
www.coursehero.com		1%
4	Internet	
docplayer.es		<1%
5	Trabajos del estudiante	
Universidad Europea de Madrid		<1%
6	Internet	
fundacionkoinonia.com.ve		<1%
7	Internet	
hdl.handle.net		<1%
8	Internet	
repositorio.unp.edu.pe		<1%
9	Internet	
www.orientanet.es		<1%
10	Internet	
www.amecopress.net		<1%
11	Publicación	
Rebeca Diéguez Méndez, María Sol Rodríguez Calvo. "Percepciones del personal s...		<1%

12 Trabajos del estudiante
CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA <1%

13 Internet
repository.unad.edu.co <1%

14 Internet
procesolegislativo.congresonayarit.gob.mx <1%

15 Trabajos del estudiante
uncedu <1%

16 Internet
observatorioviolencia.pe <1%

17 Internet
www.sanidad.gob.es <1%

18 Publicación
Hallasi Colque, Luz Karem. "Calidad de servicio y satisfacción del usuario/ria del C... <1%

19 Internet
13989122160.srv040146.webreus.net <1%

20 Internet
oa.upm.es <1%

21 Internet
cienciadigital.org <1%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Creada el 11 de mayo de 2010 mediante Ley Nº 29531
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las **10:30** horas del día **10** de **DICIEMBRE** del año **2025**, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) **Dr. Jose Uberli Herrera Ortiz**, secretario (a) **Dr. Eulises Cabrera Villena**, como vocal **Mg. Gilder Cieza Altamirano** y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) **Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde**.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: **Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2025** presentado por el (los) bachiller (es): **Flor Medali Carranza Oblitas** y **Marianela Díaz Sánchez** de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 16 (Dieciseis) y con la denominación Honrosa por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:20 Am del 10 de DICIEMBRE del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dr. Jose Uberli Herrera Ortiz	
Secretario: - Dr. Eulises Cabrera Villena	
Vocal: - Mg. Gilder Cieza Altamirano	

ASESOR	FIRMA
- Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
V°B°
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
CHOTA

Escaneado con CamScanner

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la vida y salud durante este proceso de elaboración de tesis.

A nuestros padres por ser los principales motivadores y formadores de lo que ahora somos como personas, impulsándonos a culminar satisfactoriamente nuestra carrera profesional.

Al Centro de Salud Patrona de Chota por cedernos el permiso correspondiente para recaudar la información.

Nuestro reconocimiento a las participantes por su disponibilidad y confianza, para formar parte de nuestro estudio.

A nuestro asesor Dr. Isaías Wilmer Dueñas Sayaverde, por su colaboración y apoyo durante el proceso investigativo.

A los miembros del jurado, por los aportes brindados que fueron útiles para enriquecer nuestro trabajo de investigación.

A:

Con infinito amor a Dios por darme la capacidad de lograr concluir mis estudios, a mis padres por ser la base fundamental en mi diario vivir y el apoyo en mi camino durante mi formación académica, por darme sus consejos que me han sido de gran ayuda, por ser mi fortaleza durante los momentos difíciles que me ha tocado vivir, y sobre todo por el amor incondicional que ellos me han brindado, han sabido formar en mi sentimientos hábitos y valores, lo cual me han ayudado a ver siempre el lado buenos de las cosas y salir adelante haciendo el bien y buscando el mejor camino

Medali

A:

Dios, él es mi fortaleza y mi escudo, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional y personal.

A mi familia: especialmente para mis queridos padres Zulema y Juan Carlos, por ser los guías en el sendero de cada acto que realizo hoy, mañana y siempre.

A mi abuelita Cleofe, y mis hermanos: Neimar, Daniel y Eydan; por su paciencia y su amor que ha sido la luz que ha guiado mi camino en este viaje académico.

Maríanela

ÍNDICE DE CONTENIDOS

		Pág.
RESUMEN		**ix**
ABSTRACT		**x**
	CAPÍTULO I	**01**
	INTRODUCCIÓN	**01**
	CAPÍTULO II	**05**
	MARCO TEÓRICO	**05**
2.1.	Antecedentes del estudio	**05**
2.2.	Bases conceptuales	**07**
2.3.	Definición de términos básicos	**20**
	CAPÍTULO III	**22**
	MARCO METODOLÓGICO	**22**
3.1.	Ámbito de estudio	**22**
3.2.	Diseño de investigación	**22**
3.3.	Muestra y sujetos de estudio	**23**
3.4.	Descripción de la metodología	**23**
3.5.	Interpretación de datos	**24**
	CAPÍTULO IV	**26**
	RESULTADOS	**26**
	CAPÍTULO V	**48**
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	**48**
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	**50**
	ANEXOS	**65**

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Red semántica: vías de contacto con el sistema sanitario……27
Figura 2. Red semántica: percepción de la atención sanitaria recibida……...35
Figura 3. Red semántica: asesoramiento y respaldo profesional……..41
Figura 4. Red semántica: Resultados percibidos y satisfacción……...44

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

CEM: Centro de Emergencia Mujer

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

MINSA: Ministerio de Salud

EE.SS.: Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

MINP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú

MINDES: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU WOMEN: Entidad de las Naciones Unidas encargada de promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNP: Policía Nacional del Perú

RIS: Red Integral de Salud

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota-2025. En el estudio se utilizó el enfoque cualitativo, de diseño fenomenológico, la muestra estuvo conformada por 10 mujeres adultas maltratadas, las cuales participaron respondiendo de manera presencial la entrevista semiestructurada abierta, constituida preliminarmente por 5 preguntas. Del análisis de los testimonios generaron cuatro categorías: 1. Vías de contacto con el sistema sanitario (subcategorías: motivos de ingreso, derivación por otras instituciones y contacto indirecto o casual); 2. Percepción de la atención sanitaria recibida (subcategorías: trato indiferente o deshumanizado, reconocimiento de apoyo limitado pero valioso, y experiencias positivas y de confianza); 3. Asesoramiento y respaldo profesional (subcategorías: consejos básicos, recomendaciones de separación y articulación interinstitucional); 4. Resultados percibidos y satisfacción (subcategorías: problema no resuelto y mejoría emocional parcial). Teniendo en cuenta las percepciones de las mujeres maltratadas atendidas, se concluye que la atención sanitaria es considerada como deshumanizada y desinteresada, sienten insatisfacción por la atención sanitaria recibida. Perciben una falta de empatía, tiempo de espera prolongado, poca escucha activa, escasez de privacidad y la priorización de lo técnico sobre lo humano.

Palabras claves: Percepción, maltrato contra la mujer, atención sanitaria, violencia.

ABSTRACT

The objective of this research was to understand the perceptions of abused women regarding the healthcare they received at the Chota-2025 health center. The study used a qualitative, phenomenological design approach. The sample consisted of 10 adult abused women, who participated by responding in person to a semi-structured open-ended interview, consisting of five preliminary questions. The analysis of the testimonies generated four categories: 1. Ways of contacting the healthcare system (subcategories: reasons for admission, referral by other institutions, and indirect or casual contact); 2. Perception of the healthcare received (subcategories: indifferent or dehumanizing treatment, recognition of limited but valuable support, and positive and trusting experiences); 3. Professional advice and support (subcategories: basic advice, recommendations for separation, and inter-institutional coordination); 4. Perceived results and satisfaction (subcategories: unresolved problem and partial emotional improvement). Taking into account the perceptions of the abused women treated, it is concluded that healthcare is considered dehumanized and disinterested, and they feel dissatisfied with the healthcare received. They perceive a lack of empathy, long waiting times, little active listening, a lack of privacy, and the prioritization of the technical over the human.

Key words: Perception, abuse against women, healthcare, violence.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la violencia contra la mujer es un asunto de suma relevancia en la sociedad, dado que es un asunto de estado y un problema considerable de salud pública, el cual es muy sensible para la población femenina. Para Bervian et al. [1], la violencia engloba a las diferentes acciones que ocasionan lesiones físicas, daños en el estado mental, alteración biopsicosocial y afecciones en su entorno personal, familiar y comunitario que incluso puede generar la muerte de la víctima. A nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2], en el año 2024 indica que una de cada tres mujeres sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja, limitando su participación en la sociedad y afectando su completo bienestar.

La mujer que sufre violencia o maltrato, aparte de acudir a las instancias correspondientes para formalizar una denuncia contra el agresor, también busca ayuda profesional en el personal sanitario del establecimiento de salud más cercano, especialmente buscando soporte médico y emocional en los servicios que ofrece el Ministerio de Salud. Por consiguiente, como resultado de la atención que recibe, se genera una percepción y una imagen mental respecto a la calidad de atención, condicionando su asistencia a las siguientes citas médicas y psicológicas.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la percepción de las mujeres maltratadas hacia la atención del personal sanitario a menudo es negativa, siendo el personal sanitario el principal apoyo de las mujeres maltratadas. Sin embargo, se identifica determinados obstáculos que limitan una atención de calidad, relacionados con falta de formación entre los profesionales que dificultan la atención sanitaria [3]. Por ende, los profesionales sanitarios deben estar capacitados para identificar actitudes, comportamientos o lesiones físicas que presenten las víctimas, brindarles confianza y la plena libertad para que se sientan en la capacidad de confesar por sí mismas, generando así, una buena percepción de la atención recibida.

A nivel mundial, las mujeres que son maltratadas buscan ayuda en los servicios sanitarios por la necesidad de atención médica, seguridad y apoyo; según estudios

en Australia, muestran que de 15 mujeres entrevistadas, la mayoría de ellas perciben al personal sanitario como empáticos, flexibles, su cuidado holístico y no son juzgadas [4].

Sin embargo, en Latinoamérica la situación es distinta, ya que, el 52% de mujeres no asiste a una atención sanitaria por vergüenza, el 44% por miedo familiar y el 4% por desconocimiento [5], esto predispone a que las tasas de violencia y feminicidio sean más altas; como evidencia de ello se tiene que, en Honduras 4,7 por cada 100,000 mujeres sufren de violencia, República Dominicana 2,4 por cada 100,000 mujeres y en el Salvador 2,1 por cada 100,000 mujeres son violentadas [6].

Esta situación se produce porque muchas veces la tolerancia social e institucional, la impunidad, la injusticia y la dificultad para recibir ayuda en los servicios de salud, entre otros componentes, contribuyen a que cada una de las maneras de maltrato contra las féminas ocurran y se perpetúen; en este sentido, es necesario que el personal sanitario brinde una atención integral y logre identificar a las víctimas para brindar apoyo.

A nivel nacional, la atención sanitaria en los centros de salud mental comunitaria de Huánuco, se atendieron 927 casos de violencia, de las cuales 297 realizaron su tratamiento con el paquete integral de servicios sanitarios, calificando a la atención sanitaria como deficiente [7]; así mismo, otro estudio muestra que el 80% del personal sanitario alcanzaron un nivel de conocimiento deficiente sobre atención sanitaria a mujeres violentadas, seguido de un 20% con conocimiento regular. Los porcentajes evidencian la persistencia de daños hacia la integridad en la salud de las mujeres maltratadas y la atención sanitaria que se brinda es deficiente [8].

En la región de Cajamarca, se registra más de 1,500 agresiones y se encuentra entre las tres regiones con mayor número de feminicidios, solo después de Lima Metropolitana y Cusco [9]. Así mismo, Vázquez y Zabaleta [10], en su estudio realizado en Chota, demostraron que las mujeres perciben que el personal sanitario no vive el problema de cerca, no realizan un trabajo multisectorial y se olvidan de ellas. La principal limitación para la atención integral de la violencia es la fragmentación institucional [11].

Debido a las limitaciones de auto cuidarse y de recibir el cuidado o atención necesaria, se observa, que las agredidas tienen una baja estimación por sí misma, carencias de cariño, adopción de comportamientos de peligro, empleo de drogas, dificultades económicas, no llegan a culminar sus estudios y dependen de la cantidad monetaria brindada por el agresor. En este sentido, la atención adecuada y oportuna del personal sanitario, siguiendo los protocolos establecidos, no sólo genera la recuperación física, sino también el restablecimiento de sus derechos de las usuarias, generando una buena percepción del cuidado de su salud [12].

Ante la complejidad de este fenómeno, se busca de manera sistematizada la prevención y enfrentamiento de este problema, con la participación de las distintas entidades de la sociedad, con el objetivo de brindar una atención sanitaria integral para las víctimas, conllevando a una percepción adecuada del cuidado brindado. El profesional de la salud debe conocer y estimar la importancia de desarrollar un contacto eficiente y seguro con la víctima para que acceda a los servicios especializados, con la finalidad de propiciar y generar una apropiada percepción de atención sanitaria en la población femenina maltratada.

La atención sanitaria, como ciencia comprende el conjunto de servicios y acciones orientadas a promover, salvaguardar y restaurar la salud, tanto física y mental, implicando actividades preventivas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, así como la promoción de actitudes y estilos de vida válidos para su salud [13]. Por lo tanto, la atención sanitaria es clave para la prevención y tratamiento adecuado del maltrato, debido a que durante la atención brindada se logra identificar estos problemas y las consecuencias que acarrean para la víctima y su entorno más cercano.

De manera que, esta investigación tuvo como objeto de estudio: la percepción de mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida. Para lo cual se plantearon las siguientes preguntas orientadoras ¿cómo las mujeres maltratadas tuvieron contacto con el sistema sanitario?, ¿cómo perciben las mujeres maltratadas el asesoramiento y el respaldo brindado por los profesionales de salud?,¿cómo perciben las mujeres maltratadas la atención sanitaria recibida por parte del personal de salud?

Por lo tanto, para el desarrollo de la investigación se planteó como objetivo general: conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2025; y, los objetivos específicos fueron: Identificar la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida por el personal de salud, describir el proceso de contacto que establecieron las mujeres maltratadas con el sistema sanitario y valorar si la mujer maltratada se ha sentido respaldada por los profesionales sanitarios ante un acto de violencia.

Los resultados de la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida , se organizaron en cuatro categorías: 1. Vías de contacto con el sistema sanitario (subcategorías: motivos de ingreso, derivación por otras instituciones y contacto indirecto o casual); 2. Percepción de la atención sanitaria recibida (subcategorías: Trato indiferente o deshumanizado, reconocimiento de apoyo limitado pero valioso y experiencias positivas y de confianza); 3. Asesoramiento y respaldo profesional (subcategorías: consejos básicos y recomendaciones de separación, articulación interinstitucional); 4. Resultados percibidos y satisfacción (subcategorías: problema no resuelto y mejoría emocional parcial).

Este informe final de tesis está organizado en cinco capítulos. En el capítulo I, se describe la Introducción, que considera la problemática del objeto de estudio y aspectos sintéticos de la investigación; en el capítulo II, se describe el marco teórico, donde se presenta los antecedentes y las bases conceptuales y definición de términos básicos; el capítulo III abarca el marco metodológico, que describe los métodos y materiales necesarios para alcanzar el propósito; el capítulo IV contiene los resultados de la investigación; y, en el capítulo V, se describen las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. Nivel internacional

Hollingdrake et al. (Australia, 2025) desarrollaron la investigación, "Perspectivas de los usuarios del servicio sobre el impacto de un servicio de violencia doméstica, una investigación con el objetivo, de explorar las perspectivas de los usuarios del servicio sobre el impacto de un servicio de violencia doméstica dirigido por enfermeras en el acceso a la atención médica", investigación cualitativa, exploratoria, se aplicó entrevistas semiestructuradas a 25 mujeres, cuyos resultados se agrupan en las siguientes categorías: (i) experiencias de incertidumbre y miedo de las participantes, (ii) la atención de Enfermería basada en la colaboración, captura las percepciones de las participantes, (iii) empoderar la elección y mantenerse conectados, concluyen que la atención fue inmediata y flexible [4].

Saadi et al. (Australia, 2022) desarrollaron la investigación, " Perspectivas de las mujeres con experiencia vivida de violencia doméstica y familiar en el acceso a la atención sanitaria", su objetivo fue explorar las percepciones de las mujeres con experiencia vivida de violencia doméstica y familiar sobre el acceso a la atención médica e identificar cómo las enfermeras pueden facilitar y apoyar a las mujeres que experimentan violencia doméstica y familiar para que reciban la atención que necesitan, se empleó el método cualitativo, con una muestra de 4 mujeres, como resultado las violentadas tienen dificultad en acceso a la atención, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad, en conclusión, el personal de Enfermería debe brindar un primer contacto eficaz y facilitar una atención integral [14].

Paredes y Castillo, (Ecuador, 2021) en su investigación, "El sistema de atención integral a personas víctimas de violencia de género", su estudio tuvo como objetivo determinar la efectividad del sistema de atención integral a personas víctimas de violencia de género, el estudio fue de tipo cualitativo descriptivo, con una muestra de datos estadísticos de mujeres sobre la violencia de género desde sus diferentes tipos, sus resultados fueron que la

falta de confianza, el miedo a ser juzgadas y el poco apoyo de ciertos familiares genera rechazo para ser atendida, se pudo concluir que la violencia de género hacia el sexo femenino gira en torno a un sin número de causas tales como la educación, pensamientos sexistas, el entorno, trastornos mentales, episodios traumáticos, entre otros[5].

Eslaba y Ortiz, (Colombia, 2021) en su investigación, "Intervenciones de Enfermería en la prevención de la violencia contra la mujer", su estudio tuvo como objetivo determinar las intervenciones de Enfermería en la prevención de la violencia contra la mujer, su estudio fue tipo sistemática, con una muestra de 50 artículos de revistas científicas y trabajos de grado, sus resultados fue que el conocimiento del profesional sanitario es muy superficial en cuanto a temas de maltrato contra la mujer, se pudo concluir, que el personal de salud logre brindarle confianza para que sea ella misma quien narre su problemática y derivar su historia a las autoridades competentes [15].

Contreras et al. (Chile, 2021) en su investigación, "Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive maltrato de pareja", el objetivo fue describir los requerimientos de cuidados enfermeros percibidos como necesarios por la mujer maltratada, el estudio fue de tipo cualitativa descriptiva, a través de estudio de casos, con una muestra de tres mujeres maltratadas ingresadas de la casa de acogida en una comuna al sur de Chile, los resultados fue que las mujeres carecen de protección, seguridad, apoyo, orientación, educación y necesidad de reestructuración de sus vidas, se concluyó que es sumamente importante formular protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, en servicios públicos intersectoriales, que guíen la práctica, atendiendo a la esencia del quehacer sanitario y a la responsabilidad social que le compete [16].

García, (Colombia, 2024) ejecuto su investigación, "Percepción de la mujer Timbiquireña frente al Sistema de salud Pública", su objetivo fue analizar la percepción de las mujeres de Timbiquí, frente a la prestación del sistema de salud pública, en el marco de la Política de Equidad de Género, emplearon el método de análisis cuantitativo y cualitativo, con una muestra de 172 mujeres. Como resultado el 50% de la muestra encuestada percibe una atención

sanitaria deficiente, desconocimiento de la cartera de servicios y vergüenza para manifestarse en cuanto a temas de maltrato, en conclusión la implementación de políticas públicas de salud con enfoque de género y étnico, es fundamental para asegurar el acceso equitativo a los servicios de salud [17].

2.1.2. Nivel nacional

De acuerdo con la búsqueda de artículos científicos en diversas bases de datos y revistas científicas, no se ha encontrado investigaciones sobre el objeto de estudio de la presente investigación.

2.1.3. A nivel local

Vásquez y Sabaleta, (Chota, 2024) en su estudio, "Prevención de violencia familiar y resiliencia en mujeres usuarias del Centro de Salud Cochabamba, Chota-2024", el objetivo fue caracterizar la prevención de violencia familiar y resiliencia en mujeres usuarias del Centro de Salud Cochabamba, el estudio de enfoque cualitativo con una muestra de 10 mujeres, el resultado fue que, según la subcategoría de prevención y apoyo institucional contra la violencia, los testimonios refieren la falta de acción del personal sanitario para hacer charlas y reuniones con los representantes de las instituciones ordinarias y comunales, en conclusión, la participación activa de las instituciones puede ayudar a legitimar actitudes de violencia y promover una cultura de respeto y equidad de género [10].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

El fundamento teórico del presente estudio fue la teoría del sistema conductual de Dorothy Johnson (1919-1999) [18]. Esta teórica considera que el ser humano es un compuesto de elementos relacionados entre sí, que funcionan como un todo en la cual busca lograr una estabilidad de la conducta mediante ajustes y adecuaciones que alcanza hasta un punto determinado, para que actúe eficaz y eficientemente. Esta teoría habla en favor de la conducta, donde busca fomentar un buen comportamiento activo y competente en el ser humano con el fin de prevenir alguna afección, para eso se entiende que el individuo está conformado por una secuencia de

subsistemas estrechamente relacionados, así busca una estabilidad mediante ajustes y adaptaciones de la conducta.

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson cumple un rol importante en Enfermería especialmente en atención a las personas que tienen problemas de salud; centrándose en comprender y apoyar el funcionamiento conductual del individuo: "actúa moldeando sus patrones de comportamiento y la forma de relacionarse con su entorno, proporcionando un equilibrio en su estado de salud" [18].

En consecuencia, la percepción sobre la calidad de la atención recibida, va a depender de la calidez y afectuosidad que el profesional de salud refleja al momento de brindar la atención; por lo cual, el profesional de Enfermería y en general todo el equipo de salud, debería brindar el cuidado o atención identificando y solucionando los problemas de manera eficiente y efectiva.

La presente investigación se relaciona con la teoría del sistema conductual, puesto que en el estudio se pretende identificar cómo las mujeres maltratadas perciben la atención o el cuidado sanitario que brindan los profesionales de la salud, si lo hacen centrándose en la persona de manera holística o talvez solamente viendo la condición de la enfermedad; por lo tanto, esta teoría cumple un papel muy importante en la relación de ayuda a la persona que ha sufrido violencia intrafamiliar [19].

Principales supuestos

Según Dorothy Johnson con su modelo del sistema conductual (1919-1999) citado por Raile y Marriner [20], define a los metaparadigmas**,** los cuales están articulados con la presente investigación.

A. Enfermería

El propósito es brindar una adecuada atención sanitaria, para mantener la estabilidad emocional de la mujer, ayudándola a lograr el óptimo equilibrio y desempeño biopsicosocial. Para ello, es indispensable el apoyo del profesional de salud, comunicándose de manera asertiva y con empatía, con trato humano y compasivo.

B. Persona

Por las interacciones con su entorno, las mujeres maltratadas son afectadas de manera compleja en su sistema y, evidentemente la tradición, las costumbres, experiencias previas, el aprendizaje, los estímulos físicos y sociales, factores biológicos e innatos influyen en la conducta, por tanto, la atención sanitaria debe ser íntima y personal, adecuándose a la dinámica familiar para su recuperación óptima, contribuyendo a una adecuada percepción de la atención de salud.

C. Salud

La salud de la mujer está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, haciéndose visibles en el proceso de interrelación e interdependencia, donde trata de conseguir equilibrio mediante la calidad de atención sanitaria que se brinde. A través del uso de elementos físicos y el grado de satisfacción de la víctima, está genera una percepción y una conducta funcional.

D. Entorno

Un sistema conductual establece y limita la relación entre la mujer y el ambiente en que se relaciona, permitiéndola interactuar con situaciones de su medio. Cuando la víctima se encuentra en armonía con ella misma y con su entorno genera bienestar tanto físico y emocional teniendo la capacidad para afrontar conflictos.

2.2.2. Percepción de la atención sanitaria en mujeres maltratadas

2.2.2.1. Percepción

A. Definición

Es la organización, identificación e interpretación sensorial de la realidad, que permite tener una representación mental del entorno, producto de la interacción entre el sujeto, su medio físico y cultural; de manera que, la percepción influye en el comportamiento de las personas: en sus creencias, actitudes, valores, estilos de vida y modos de interpretar la realidad [21,22].

B. Percepción de la atención sanitaria en mujeres maltratadas

Es la opinión subjetiva o apreciación tanto favorables como desfavorables que las mujeres que han sufrido maltrato brindan sobre la calidad técnica, la atención personal y la disponibilidad de servicios de salud que obtienen las víctimas de maltrato ante la atención brindada por el personal sanitario. Esta percepción es individual y puede variar según las experiencias de cada una, incluyendo aspectos como la forma del trato, la eficiencia, la atención e información brindada, influyendo en el nivel de satisfacción del paciente, conllevando a buscar atención futura [23].

C. Características de la percepción

Cuando una persona pone la atención en algo trata de interpretar lo que observa, esta interpretación afecta fuertemente las cualidades personales de la persona que lo percibe. Las características principales de la percepción de un individuo son: subjetiva, selectiva y temporal.

- **Es subjetiva.** Las reacciones ante un trato varían de una persona a otra, de acuerdo con el reconocimiento y las interpretaciones de la información sensorial de esta manera un individuo interpreta y siente la atención que recibe.
- **Es selectiva.** Los estímulos del entorno, crea cognitivamente la información percibida de una manera propia y luego interpreta la información para hacer una apreciación sobre lo que está sucediendo en su entorno, porque las personas se enfocan en ciertos aspectos del ambiente, mientras ignoran otros.
- **Es temporal**. porque es un proceso manipulable que se genera en el cerebro y a corto plazo va cambiando dependiendo de las experiencias de la vida o los cambios en situaciones particulares [24].

D. Fases de la percepción

- **Selección**

Los seres humanos perciben los estímulos externos e internos, seleccionando aquellos que les llama más la atención y de acuerdo a sus intereses, los mismos que están relacionados con sus convicciones, posturas, principios, formas de vida, maneras de concebir y entender el mundo. Es decir, procesan la información para generar una serie de reflexión entre lo bueno y malo según los estímulos o experiencias propuestas.

- **Organización**

  Según la selección realizada de los estímulos se organiza y ejecuta para consignarle interpretación dependiendo de la forma en que han sido categorizados, logrando diversos resultados [25].

- **Interpretación**

  La interpretación depende de las experiencias preexistentes, como motivaciones, conveniencias personales y la socialización, determinando el significado que representa para el individuo, por ello la interpretación se trasforma de acuerdo a las vivencias del ser humano y la variación de sus intereses [26].

  De manera que, es necesario identificar la similitud que podrían establecer las víctimas al indagar sobre incidentes de maltratos, al personal de salud, en comparación con otros tipos de sucesos que se asocia con las prestaciones de atención en estos entornos generando un reconocimiento de la actuación sanitaria ante un problema de salud pública.

E. Aspectos de la percepción

- **Interpretación**

  Siendo la percepción un acontecimiento personal, las personas consolidan su selectividad para decidir qué estímulos van a percibir y los organizan de acuerdo con ciertos principios psicológicos. La interpretación de las percepciones es única e individual, porque se basa en lo que los individuos esperan ver,

el número de explicaciones razonables que logran visualizar y en sus motivos e intereses en el momento de la percepción.

- **Organización**

  Las personas no perciben la cantidad de estímulos que eligen de su ambiente como sensaciones separadas y discretas, suelen estructurarlo en grupos y percibir como un todo unificado. Las características más sencillas de la percepción son captadas mediante la visualización.

- **Selección perceptual**

  Las personas ejercen subconscientemente una significativa cantidad de selección en cuanto a los aspectos del ambiente van a percibir. Un individuo observa ciertas cosas, ignora otras y rechaza el resto. El ser humano recibe solo una pequeña fracción de los estímulos a los que está expuesto [27].

- **Percepción de satisfacción**

  Es una opinión positiva ante una experiencia vivida de realización de los individuos ante necesidades cubiertas y se basa en una comparación entre lo esperado y lo realmente recibido, lo que influye en actitudes y comportamientos posteriores del ser humano con su entorno externo e interno [28].

2.2.2.2. Atención sanitaria

Conjunto de servicios proporcionado por personal especializado en atención de salud, asegurando la atención integral y continua durante la vida del paciente, con la finalidad de prevenir, mejorar y proteger la salud. Para poder brindar una buena atención sanitaria es indispensable proveer un cuidado holístico a la persona, haciéndolo de manera colaborativa y con trabajo en equipo, promoviendo intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida [29].

2.2.2.3. Atención sanitaria a mujeres maltratadas

tiene como objetivo ofrecer acceso a asesoría e información a mujeres que enfrentan situaciones de maltrato, brindando atención completa en salud física, mental, sexual y reproductiva, además de permitir la disponibilidad de medidas de protección y justicia, de manera interinstitucional.

vías de contacto con el sistema sanitario

Las mujeres que asisten frecuentemente a los servicios de salud debido a dificultades mentales como depresión o ansiedad, dolores persistentes, malestares físicos, cefaleas entre otras, frecuentemente encubriendo la causa violenta, solicitando ayuda por el sufrimiento físico o psicológico en lugar de por la violencia en sí. Es vital que el personal médico realice interrogantes para identificar estos casos y dirigir a las víctimas hacia servicios especializados [30].

2.2.2.4. Calidad en salud

Es la efectividad de los servicios médicos proporcionados para generar estándares armonizados de competencia, satisfacción y de expectativas del paciente generados por la atención oportuna, razonada, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de salud, de acuerdo a estándares definidos para un ejercicio profesional competente y responsable, fundamentado en acciones de seguimiento, referencia y acompañamiento especializado en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos; que es esencial para lograr los objetivos de salud de la población y el futuro de los sistemas de atención sostenible [31,32].

2.2.2.5. Cuidado integral en salud

Son el conjunto de acciones e intervenciones que se da en la persona, su familia y lugar donde vive, fomentar comportamientos saludables, hacia una salud estable y fuera de

malestares, así mismo evitar el padecimiento físico o mental brindando un apoyo familiar y social a través de la promoción y prevención de las enfermedades. Para reducir la deficiencia de conocimiento, se debe brindar el cuidado al individuo desde una perspectiva biopsicosocial, de los derechos humanos, igualdad de género, equidad en salud e interculturalidad [31].

Según el MIMDES (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú) [33]. El cuidado sanitario incluye salud física, pero también emocional y mental de las víctimas que han sufrido violencia, brindando una atención que esté acorde a las dificultades que atraviesa la persona, para promover su autonomía y seguridad.

Según el Ministerio de salud (MINSA), refiere para un cuidado general es necesario tener en cuenta lo siguiente [31].

- ✓ Que se debe integrar la comunicación según el entorno de la familia, lugar donde vive incluyendo el sistema de salud.
- ✓ Encaminar a la persona, familia comunidad y sistema de salud a un buen uso de comunicación
- ✓ Considera las actitudes biopsicosociales en las personas.
- ✓ implementando los enfoques de derechos humanos, de acuerdo a su género y cultura.

2.2.2.6. Enfoques y principios de la atención

A. Enfoque de derechos humanos

Las mujeres no son inferiores al hombre, tiene los mismos derechos y responsabilidades, y oportunidades. Además, involucra distinguir el carácter mundial de los derechos que tienen a nivel de la sociedad político, económico para que así se pueda evidenciar un trato igualitario [33].

B. Enfoque de genero

Este permite diseñar prácticas de mediación orientadas al logro de equidad e igualdad de posibilidades entre varones y féminas.

2.2.2.7. Derechos de la persona afectada por hechos de violencia

Como dice Cardona [34], la igualdad plena y real entre varones y mujeres, se basa en respetar y conocer los derechos humanos, que es innato para cada individuo, así lograr la paz y el desarrollo en este mundo, por tanto, refiere los siguientes derechos fundamentales

1) Derecho a una vida libre de violencia. Para evitar daño y sufriente de las mujeres.
2) Derecho a una "vivienda adecuada". para que la mujer se puede sentir segura.
3) Derecho a no ser discriminada por ninguna razón de género, raza, costumbres.
4) Derecho a recibir una atención adecuada de acuerdo a sus necesidades. La mujer es atendida en un entomo propicio y seguro que proteja su dignidad íntimamente.
5) Derecho a un trato digno. el trato a la mujer es con consideración, conocimiento y delicadeza.
6) Derecho a ser informado correctamente y con la verdad.
7) Derecho a la defensa jurídica gratuita. la mujer merece servicios gratuitos de prevención, asesoría legal, psicológica y social, ante situaciones que vulneran y ponen en riesgo sus derechos.
8) Derecho a recibir orientación y consejería psicológica, si lo requiere. Con la meta de evitar problemas mentales y dependencia psicológica de la pareja.
9) Derecho a una atención oportuna de acuerdo a su necesidad y al riesgo en que se encuentra, en forma inmediata y con calidad. Con el fin de mantener un

equilibrio en su salud física, mental, social y sexual de la mujer.

10) La mujer tiene el Derecho a no relatar los hechos de violencia en forma reiterada, para evitar el sufrimiento de recordar los actos sucedidos durante la violencia familiar.
11) Derecho a recibir información completa y oportuna sobre su salud sexual y reproductiva: prevención de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual; así como acceso a medios de anticoncepción oral de emergencia y antirretrovirales. Cada mujer que está en una etapa óptima para procrear es informada sobre la planificación familiar y obtener anticonceptivos.

2.2.2.8. Tipos del cuidado

A. Cuidado psicológico

Se ofrece ayuda técnica y apoyo psicosocial en los diversos establecimientos de salud, movilizando las redes intersectoriales y comunitarias, brindando apoyo para mejorar su salud mental ayudándole a identificar cuáles son las situaciones que la pone en riesgo, y pueda alejarse de ese ambiente. En los establecimientos de salud grado II y III, primeramente se hace la entrevista, seguidamente la capacidad de evaluación y diagnóstico inicial de la pareja o ex pareja agredida, en la cual se registra de manera obligatoria en la ficha correspondiente, durante esta fase se tratan los contiguos indicadores (físicos, emocionales, cognitivos, de comportamiento, ocupaciones llevadas a cabo y el tipo de participación a realizarse), en el caso de una mejoría emocional parcial de la afectada es obligación del profesional de salud seguir con el tratamiento y active sus recursos de apoyo psicológico y social refiriendo a la víctima a un especialista para su completa recuperación y evitar el riesgo de revictimización [35].

B. Cuidado psicosocial

En los casos de maltrato el cuidado psicosocial es de suma importancia para promover la recuperación de los males sociales y psicológicos a la mujer, que se ve afectada emocionalmente, perjudicando su salud de ella misma como la de su núcleo familiar. En la atención social, las víctimas y los agresores pasan por un proceso de recuperación y rehabilitación social, donde el enfermero(a) anota de manera clara y precisa en la historia clínica la sucesión natural de la herida o trauma, los sucesos anteriores, en qué fecha ocurrió y la zona exacta de la lesión en el cuerpo, así mismo la participación de otros sectores que abogan el respeto de los derechos [36].

2.2.2.9. Asesoramiento y respaldo profesional sanitario a las víctimas de maltrato.

El asesoramiento y apoyo sanitario se basa en el cuidado integral sanitario mediante el uso de protocolos que enfatizan la identificación, atención holística y la articulación interinstitucional según el estado peruano y el MINP se base en lo siguiente [37]:

A. Ámbito de la Seguridad

- **Línea 100 y Chat 100**: líneas sin costo, discreta y operativa todo el día para información y asesoría emocional para la victima de maltrato.
- **Centros de Emergencia Mujer (CEM)**: ofrece atención gratuita integral y multidisciplinaria con apoyo legal, inclusión emocional y ayuda social.
- **Servicio de Atención Urgente (SAU):** atención gratuita con víctimas de violencia especialmente en riesgo moderado y severo.

- **Centros de Salud Mental Comunitarios (MINSA)**: atención gratuita fisicomental para la víctima de violencia.
- **Kit de emergencia para violencia sexual (MINSA).**
- **Hogar de Refugio Temporal (HRT)**
- **PNP (Policía Nacional del Perú)**

B. Ámbito de la Salud

- **Aproximación a la víctima:** durante el primer contacto debe ser con actitud amable y respetuosa, brindándole confianza y privacidad.
- **Anamnesis**: se toma los datos personales mediante la escucha activa para contextualizar el problema.
- **Examen físico**: descripción del estado de conciencia, facies, actitud, salud física de la afectada por violencia.
- **Tratamiento:** intervención en crisis y terapia.
- **Acompañamiento social**

C. Atención Jurídica: defensa y asistencia legal.

El profesional de salud evalúa el riesgo de maltrato contra la fémina inmediatamente se comunica con la línea 100 o el Centro de Emergencia Mujer, quien brinda el acceso legal para una atención gratuita mediante un abogado de la defensoría pública, quien acompaña a la afectada hacer la respectiva denuncia en la policía o en el poder judicial de acuerdo con la Ley N° 30364 y 29360 con el fin de buscar medidas cautelares para la víctima.

2.2.2.10. Cuidado integral de las víctimas de violencia sexual

El cuidado integral tiene como propósito acoger y escuchar con mucha amabilidad a la persona afectada; asimismo, brindar paquetes de servicios a fin de lograr su recuperación y tratamiento de la agredida y su núcleo familiar [35].

2.2.2.11. La violencia

Es el uso de la fuerza física con acciones violentas o amenaza contra uno mismo, el individuo y la comunidad, que cause agravio psicológico, físico, muerte y carencia del desarrollo.

Según la organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (ONU WOMEN) y Ley N° 30364 del Estado peruano [38,39], refiere que hay varios tipos de violencia que afectan los derechos de las mujeres:

A. Violencia económica

Es el acto directo o ya sea indirecto, para obtener o intentar que la mujer depende financieramente del paraje, restringiendo la autonomía de la fémina en el grupo familiar, dado que el agresor mantiene poder sobre los bienes financieros, impide que la víctima acceda a estos y la prohíbe de acudir a la escuela.

B. Violencia psicológica

Son actos restringen o marginan al individuo sin su consentimiento, haciéndolo sentir menospreciado o avergonzado que genera alteración de las funciones mentales. Mediante comportamientos malicioso quiere reducir o suprimir los recursos internos que posee la mujer para enfrentarse a distintas situaciones en su quehacer diario y ante el maltrato psicológico genera que la víctima se aísle de sus amigos (as), de su familia, de la escuela o del trabajo. Así mismo, baja su autoestima por medio de críticas constantes, en minusvalorar sus capacidades, subyugarlo a otras formas de opresión verbal.

C. Violencia física

Incluye a todo castigo o fuerza física, como, por ejemplo: golpeándola, propinándole patadas, quemándola,

pellizcándola, empujándola, dándole bofetadas, tirándole del cabello, mordiéndole, denegándole atención médica u obligándola a consumir alcohol o drogas, estos tratos inhumanos y crueles contra la mujer le provoca daños internos y externos a mediano y largo plazo sobre su salud.

D. Violencia sexual

Se genera cuando existe un acto que requiera penetración o que no involucren contacto físico directo mediante el uso de cualquier parte del cuerpo u objetos. También se toma en cuenta la exhibición sin autorización de contenido sexual, mediante amenazas, coacción, empleo de la fuerza o acoso. Siendo este un acto que atropella a los derechos reproductivos y sexual, considerado como delito muy grave, con pena de cárcel.

2.3. Definición de términos básicos

1) Percepción

Es el proceso mediante el cual los seres humanos seleccionan, interpretan y organizan la información que reciben del entorno. Se trata de interpretar los datos que son captados a través de los sentidos e interpretarlos para poder operar con ellos [21].

2) Atención integral

La atención integral, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) [40], se refiere a un enfoque de salud que tiene como objetivo brindar un cuidado completo, continuo, coordinado y centrado en el paciente. Este enfoque reconoce que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también el bienestar físico, mental y social de una persona.

3) Cuidado integral

Es el conjunto de intervenciones sanitarias que se pone en acción en la familia, comunidad y el individuo con el fin de responder a sus necesidades de manera adecuada, integral u holística; modificando

conductas y hábitos no saludables, así evitar o recuperar de alguna enfermedad, para aliviar la dolencia física, mental, fortalecer la protección familiar y social [41].

4) **Cuidado de la salud**

Es el cuidado de salud es el acto del individuo, entidades y el estado de proteger, prevenir, salvaguardar, la salud de las personas, el ambiente familiar y la sociedad [42].

5) **Salud integral**

Es el bienestar integral del ser humano (físico, mental y social); abarcando la recuperación de la salud, el fomento de la resiliencia y la mitigación de enfermedades [43].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

La investigación se ejecutó en el distrito de Chota, departamento de Cajamarca, situada en el núcleo de la provincia, cuya capital es la ciudad de Chota, asentada en la meseta de Akunta, en la región andina del Perú, situada a 2,388 msnm., a 150 Km de Cajamarca y 219 Km de la ciudad de Chiclayo respectivamente. El distrito de Chota limita por el norte con los distritos de Chiguirip y Conchan, por el sur con la provincia de Hualgayoc, por el este con el distrito de Chalamarca y por el oeste con el distrito de Lajas; presenta un clima templado con una temperatura promedio de 17.8°. La población se dedica a las actividades agropecuarias, artesanía, comercio, específicamente las mujeres son responsables de las actividades domésticas y la crianza de los hijos en la mayoría de las sociedades [44].

El escenario de estudio se realizó en Centro de Salud Patrona de Chota, de categoría I-3 según lo indica el documento de categorización: 748-2018-GRCAJ/ DSRS.CH/DG. Está ubicada en el Jr. Santa María Josefa N° 180, perteneciente a la Red Integrada de Salud (RIS) Chota. El Horario de atención es de 7:30 am – 7:30 pm de lunes a sábado y domingos hasta 1:30 pm. Los servicios que brinda son: emergencia, Medicina general, Obstetricia, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, Odontología, Psicología, laboratorio y farmacia. Brinda atención de calidad basándose en la atención asistencial, prevención, seguimiento, asesoramiento y derivación de casos específicos para atención externa

3.2. Diseño de investigación.

El estudio fue de enfoque cualitativo, ya que aborda una serie de motivos, representaciones, valores, creencias, etc., que no se pueden expresar en cantidades ni proporciones estadísticas [45].

El diseño que se adoptó fue fenomenológico, porque se focaliza en comprender, analizar, explorar, describir e interpretar percepciones de las mujeres maltratadas, mediante datos subjetivos y personales atribuidos a sus

experiencias y recuerdos adquiridos en un entorno especifico de la población estudiada; por lo tanto, los resultados obtenidos de la investigación son un insumo muy importante para el desarrollo de investigaciones posteriores, en poblaciones incrementadas [46,47].

3.3. Muestra y sujetos de estudio

Los sujetos de estudio fueron mujeres adultas que han sufrido episodios de violencia o maltrato, residentes en la ciudad de Chota, atendidas en el Centro de Salud Patrona de Chota.

La muestra estuvo conformada por participantes elegidas por conveniencia. Para realizar las entrevistas se solicitó información del Centro de Salud Patrona de Chota - 2025, eligiendo así a aquellas que cumplen con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

- Mujeres adultas que han sufrido episodios de maltrato o violencia por su pareja.
- Mujeres atendidas en el Centro de Salud Patrona de Chota.
- Mujeres que han denunciado episodios de violencia familiar.
- Mujeres que viven en la ciudad de Chota.
- Mujeres que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Mujeres con maltrato que no fueron atendidas en el Centro de Salud Patrona de Chota
- Mujeres que no viven en la ciudad de Chota.
- Mujeres que no desean ser parte del estudio.
- Mujeres que no han denunciado casos de violencia familiar.
- Mujeres que no firmen el consentimiento informado.

3.4. Descripción de la metodología

La técnica de recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se utilizó la guía de entrevista semiestructurada individual, donde las investigadoras realizaron una lista formal de preguntas, que buscó profundizar

el tema mediante la observación para captar, entender e interpretar las vivencias de las participantes desde su propia perspectiva, la cual sirvió, para conocer la percepción de la calidad del cuidado integral sanitario en mujeres adultas maltratadas [48].

La estrategia que se utilizó fue la recolección de datos mediante la entrevista presencial abierta en la cual permitió al sujeto entrevistado para su libre expresión, se ejecutó en el domicilio de cada sujeto de estudio, en horarios que se fijaron de mutuo acuerdo, permitiendo la comodidad y que no interrumpan con sus actividades diarias, para que se expresen con libertad.

Las investigadoras solicitaron el registro de mujeres que han sufrido violencia doméstica mediante una solicitud dirigida a la gerencia del Centro de Salud Patrona de Chota; asimismo, a través del permiso otorgado, se captaron a las participantes y se explicó el propósito de la investigación. Las mujeres que se comprometieron a ser parte de la investigación, firmaron el consentimiento informado para que la entrevista sea grabada. La visita para la recolección de datos se elaboró de acuerdo a los tiempos disponibles de las participantes, ya que se realizó más de una vez, ocupando 45 minutos o más por cada participante.

3.5. Interpretación de datos

La información final obtenida fue transcrita en formato Word por las investigadoras, posterior a ello se realizó una lectura minuciosa a los discursos de las entrevistadas, facilitando la comprensión fenomenológica y contextual de los mismos por medio del análisis del contenido. Luego que las investigadoras realizaron el primer control de la información (lectura y relectura de la trascripción), con el fin de verificar la trascripción exacta de los discursos hablados, la información fue codificada y organizada en el software estadístico Atlas ti v.23.

El Atlas ti v.23.[49,50], es una herramienta tecnológica utilizada para el análisis cualitativo de grandes cantidades de información de tipo texto, audio, video y grafico; fue de vital importancia para analizar datos que no lograron ser analizados con métodos estadísticos formales cuantificables. Entre sus ventajas se encontraron la gestión, extracción, comparación y exploración de

conceptos (códigos y grupos de códigos) y sus relaciones obtenidas a partir de una codificación sistemática.

La trascripción abarcó pautas como: transcripción literal (palabras exactas) y trascripción adaptada (ajustar la gramática y estructura de las oraciones), utilización de formatos consistentes (hoja Word), claridad en la identificación de los hablantes (uso de nombres ficticios para la identificación del participante), puntuación y gramática (trascribir el habla coloquial tal cual), pausas y entonación (registrar las pausas prolongadas y cambios en la entonación que puedan influir en la interpretación del discurso), paralingüística (suspiros, énfasis, cambios de tono y otros aspectos no verbales), anotaciones contextuales (agregar notas entre corchetes para proporcionar contexto adicional o aclaraciones que no estén presentes en el discurso original, pero que ayudaron a entender mejor el significado), códigos de emoción (usar las expresiones de "[risas]" o "[llora]", “[mira hacia otro lado]”, etc. para registrar las emociones).

La interpretación de la información fue codificada según las respuestas, buscando en todo momento establecer relaciones de similitud entre ellas, dando origen a la construcción de las categorías y subcategorías de análisis. Los hallazgos fueron presentados en redes semánticas obtenidas del análisis interpretativo arrojado por Atlas ti. v.23, la cual es una representación gráfica de los discursos lingüísticos interrelacionados de cada participante.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

Según la interpretación de los datos recabados sobre las narraciones de las entrevistadas, se generó cuatro categorías y diez subcategorías, conociendo la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2025. Las participantes estuvieron conformadas por diez mujeres entre los treinta y cincuenta años de edad, las cuales han sufrido maltrato por parte de sus parejas, y que voluntariamente brindaron información pertinente a las investigadoras.

Teniendo en cuenta el diseño fenomenológico se focalizó en comprender, analizar, explorar, describir e interpretar percepciones, datos subjetivos y personales de las entrevistadas, se evidencio que el primer contacto con el sistema sanitario suele ser por motivos mentales y físicos, no por violencia. La percepción general oscila entre indiferencia y apoyo parcial, con demoras y escasa proactividad del personal. El asesoramiento profesional se concentró en consejos de separación; pocas veces hubo intervención psicológica sistemática. En cuanto a los resultados, la mayoría no percibió solución al maltrato, aunque algunas reportaron mejoras emocionales o cambios en la pareja.

CATEGORÍA 1. VÍAS DE CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

Subcategoría A: Motivos de ingreso

Subcategoría B: Derivación por otras instituciones

Subcategoría C: Contacto indirecto o casual

CATEGORÍA 2. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

Subcategoría A: Trato indiferente o deshumanizado

Subcategoría B: Reconocimiento de apoyo limitado pero valioso

Subcategoría C. Experiencias positivas y de confianza

CATEGORÍA 3. ASESORAMIENTO Y RESPALDO PROFESIONAL

Subcategoría A: Consejos básicos y recomendaciones de separación

Subcategoría B: Articulación interinstitucional

CATEGORÍA 4. RESULTADOS PERCIBIDOS Y SATISFACCIÓN

Subcategoría A: Problema no resuelto

Subcategoría B: Mejoría emocional parcial

CATEGORÍA 1. VÍAS DE CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

Se orienta a las formas, motivos y circunstancias en que las mujeres maltratadas establecieron su primer o posterior acercamiento a los servicios de salud.

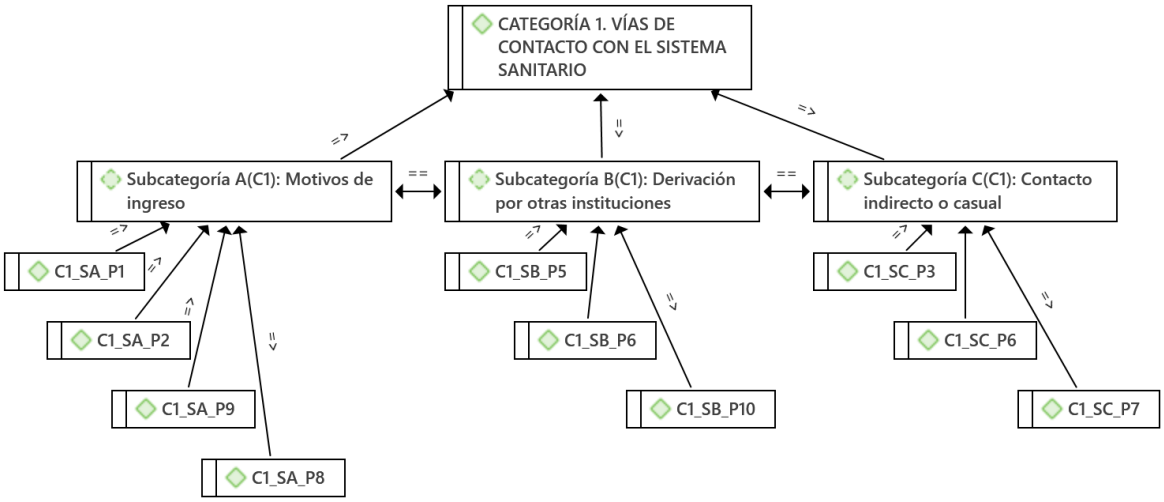


Figura 1. Red semántica: vías de contacto con el sistema sanitario.

Subcategoría A: Motivos de ingreso

Los testimonios Incluyeron la necesidad de atención sanitaria por estados emocionales alterados y dolencias físicas (cardíacas, dentales, embarazo, convulsiones) que indirectamente revelan la situación de violencia que sufren las participantes.

Las manifestaciones de las participantes fueron:

> *"Desde el problema que tenía me sentía sola, abandonada; decía, más me estresó aquí en la casa; bueno, si me afectó en mi salud… me fui que me atienda el doctor en la patrona, pero no le dije de mi problema… yo me daba cuenta que era por el estrés, por la misma preocupación me vino lo del corazón, desmayaba; … ahí me fui al doctor para allá al centro de salud.". (p1)*

> *"yo llegue por si sola, porque saque cita para el diente… y allí el doctor me dice que voy a pasar por el paquete (referencia al paquete de atención integral de salud) …". (p2)*

> "*una vez me fui a las enfermeras para que me den pastillas para ya no tener más hijos… porque mi esposo no compra la comida; ellas me dijeron: no compra, pero más hijos quiere y se rieron...". (p9)*

> *"Yo no me fui a contarle mis problemas (violencia) … me fui atenderme de mi enfermedad que tengo… por lo de las convulsiones que me ha dado desde los 23 años…". (p8)*

Las participantes buscaron la atención sanitaria sobre algunos problemas físicos o biológicos, sin embargo, en el fondo afrontaban otros problemas de salud, sobre todo, problemas emocionales y de violencia, pero su deseo era que se les brinde más confianza, para que ellas mismas narren su problemática, como se observa en p1, la cual, asistió al establecimiento de salud con afecciones físicas que era desencadenado por el estrés y la preocupación debido al maltrato que atravesaba, pero solamente recibió atención por un problema biológico, mas no se le atendió los problemas de fondo, es decir, no se brindó una atención integral.

Es importante considerar que ofrecer un cuidado completo al paciente implica abordarlo considerando todas las facetas que forman su bienestar, no solo el síntoma físico especifico. Es decir, no se debe limitar a tratar una dolencia, sino a atender a la persona dentro de su contexto, su ambiente, sus sentimientos, su trayectoria, sus riesgos, sus derechos y aspectos sociales que afectan su salud.

El cuidado sanitario incluye salud física, pero también emocional y mental de las víctimas que han sufrido violencia, brindando una atención que esté acorde a las dificultades que atraviesa la persona, para promover su autonomía y seguridad [51].

Estos resultados se asemejan a los encontrados por Eslaba y Ortiz, donde concluye que el personal de salud debería brindar más confianza a las mujeres violentadas para que sean ellas mismas quienes narren su problemática y pueda derivarse su historia a las autoridades competentes [15].

Así mismo, Paredes y Castillo [5], en su estudio determinaron que la falta de confianza, el miedo a ser juzgadas y el poco apoyo de ciertos familiares genera rechazo para ser atendida en el sistema sanitario. En este contexto, se recalca que

el personal sanitario tiene un rol fundamental en la atención durante el primer contacto donde genera confianza, mediante una escucha activa y evalúa a las víctimas holísticamente para facilitar la asistencia integral [52].

También, Hollingdrake et al.[4], en su investigación demostró que la atención de enfermería basada en la colaboración, captura las percepciones de las participantes. Asimismo, Saadi et al. [14], al investigar las perspectivas de las mujeres con experiencia vivida de violencia doméstica y familiar en el acceso a la atención sanitaria, reveló que las violentadas tienen dificultad en acceso a la atención, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad; determinando que el personal de enfermería debe brindar un primer contacto eficaz para facilitar una atención integral

Uno de los grandes problemas que afronta el sector salud es que, la oferta de los servicios de salud no satisface la demanda de la población, conllevando a una insatisfacción y una atención fragmentada, generando que el personal de salud por el poco tiempo que dispone, se vea limitado solamente a atender los problemas específicos, mas no de manera integral. La falta de tiempo del personal sanitario limita la atención integral del paciente, dificultando un ambiente de relación, información y comunicación adecuada, donde disponga de tiempo para brindar confianza y escuchar los problemas que atraviesan las víctimas, haciendo un seguimiento a sus malestares que se les aqueja, para que ellas perciban la calidad asistencial, sientan el apoyo y no sufran mayores complicaciones [53].

En los últimos estudios se ha demostrado que la confianza se desarrolla a través de la combinación de prácticas clínicas individuales tales como: la escucha activa, lenguaje no culpabilizante, y la privacidad; y, a través de cambios organizacionales como los protocolos, el tiempo y las rutas de derivación. Las intervenciones aisladas como, por ejemplo, hacer solo un taller o solo un tamizaje sin recursos de respuesta, tienen efectos limitados; los mayores beneficios provienen de programas que integran formación + protocolo + apoyo institucional [54].

La mayoría de mujeres no revelan sus problemas emocionales por diversas barreras, que generalmente son recurrentes; tales como, el miedo a las represalias

del agresor, la vergüenza al estigma y el desconocimiento sobre apoyos disponibles. Asimismo, las experiencias previas de respuestas negativas, como la minimización y la falta de empatía, que desalientan futuras revelaciones. También la falta de privacidad u oportunidad, como las consultas rápidas, acompañantes presentes, lo cual les impide hablar con libertad. Estos factores indican que la mera pregunta por la violencia no basta; es necesario generar un entorno que reduzca riesgos y ofrezca alternativas seguras [55].

Subcategoría B: Derivación por otras instituciones

Esta subcategoría muestra que las participantes acceden al centro de salud por referencia de la policía, Centro de Emergencia Mujer (CEM), Centro de Salud Mental y Comunitario (RENACER) u otras instancias.

> *"Yo llego al Centro de Salud Patrona de Chota porque del Centro Emergencia Mujer me refirieron sobre mi caso de violencia…". (p5)*

> *"…los de la comisaria de chota los conté todo, ellos creo vuelta lo han pasado el dato al Centro de Emergencia Mujer (CEM), y después me enviaron hasta patrona." (p6)*

> *"Mii hijita que estudia en la universidad de chota lo habían comentado sus amiguitas que en la patrona atienden sobre maltratos, … entonces dije voy a ver que me dicen." (p10)*

Las víctimas de maltrato consideran encontrar ayuda en entidades conocidas por defender los derechos de la mujer y al ser evaluadas se decide derivar a un centro de salud, para garantizar una atención integral, y cubrir las necesidades físicas y emocionales; comúnmente las afectadas de maltrato se enlazan primeramente con el CEM, Fiscalía de Familia o Mixta, o la PNP, adjuntando las evidencias, y el personal de estos servicios debe referir y acompañar a las usuarias a los centros de salud. Estos hallazgos se relacionan con las manifestaciones de las p5 y p6 donde narran que tuvieron contacto con el establecimiento de salud debido a que fueron referidas por el CEM y Comisaria Sectorial de Chota [56].

Por otro lado, la evaluación de las distintas entidades permite solucionar los problemas de maltrato contra la mujer, pero los servicios de salud presentan

dificultades para detectar los problemas que presentan las víctimas, por lo cual recurren a otras instituciones enfocadas en la equidad de género, percibiendo a los servicios médicos con baja capacidad potencial para actuar sobre violencia [57].

Estas situaciones reflejan que el personal sanitario no se ajusta a las necesidades de las afectadas siendo el foco principal la falta de capacitación, falta de tiempo, inseguridad y el temor a las represalias [23]. Debido a estas implicancias se requiere la participación activa del personal sanitario, y ser consciente de su papel en el abordaje de la situación de maltrato, según lo refiere Dorothy Johnson, en su modelo del sistema conductual donde el propósito es brindar una adecuada atención sanitaria, para mantener la estabilidad emocional de la mujer, ayudándola a lograr el óptimo equilibrio y desempeño biopsicosocial [20].

En ese sentido, Contreras et al. [16], indican que las mujeres carecen de protección, seguridad, apoyo, orientación, educación y necesidad de reestructuración de sus vidas, por lo tanto, es sumamente importante formular protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, que se brinden servicios públicos con la intervención de diversos sectores, que guíen la práctica, atendiendo a la esencia del quehacer sanitario y a la responsabilidad social que le compete.

Asimismo, Vásquez y Sabaleta [10], refieren que existe una enorme inacción del personal sanitario para hacer charlas y reuniones con los representantes de las instituciones ordinarias y comunales, para que con la participación activa de las diversas instituciones, se pueda mitigar las actitudes de violencia y promover una cultura de respeto y equidad de género.

En cualquier parte del mundo, los casos de violencia contra la mujer, no solamente es abordado por el personal de salud, sino por un sistema interinstitucional que actúa de manera coordinada para proteger a la víctima, sancionar al agresor y prevenir nuevas situaciones de violencia. En Perú este sistema está constituido por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables, Ministerio de Salud, Policía Nacional del Perú, Ministerio Público, Poder Judicial, Gobiernos Regionales y Locales, entre otros.

La atención de la violencia contra la mujer requiere una respuesta multisectorial e interinstitucional donde salud, protección social, seguridad y justicia, actúan de manera coordinada para garantizar protección, atención integral, acceso a justicia y reparación; sin embargo, el nivel de efectividad depende de coordinación real, tiempos de respuesta, compromiso institucional, y capacidad de articulación operativa. El modelo de coordinación interinstitucional mejora la protección y reduce la repetición del ciclo de violencia, sobre todo cuando el primer contacto es salud [58].

La respuesta multisectorial es efectiva en teoría, pero lo más determinante es cómo se implementa. No basta que existan instituciones, se necesita interoperabilidad funcional real, comunicación continua, protocolos comunes y enfoque de derechos [59].

Cuando eso ocurre, disminuye el ciclo de la violencia, aumenta las denuncias formales, aumenta el acceso a medidas de protección y aumenta la adherencia al tratamiento emocional. Sin embargo, cuando eso no se cumple, el proceso se vuelve fragmentado, lento y la víctima vuelve al silencio [60].

En Perú, la principal limitación para la atención integral de la violencia es la fragmentación institucional [11]. Se evidencia que las derivaciones entre sectores (salud, CEM, PNP, Fiscalía) se realizan sin retroalimentación efectiva, generando revictimización. Además, existe insuficiente capacitación continua en violencia basada en género, lo cual afecta la calidad del primer contacto sanitario. Por lo tanto, el problema no es ausencia normativa, sino débil implementación operativa coordinada

Además, la intersectorialidad es débil porque el Perú carece de mecanismos de coordinación estandarizados, obligatorios y sostenibles. El funcionamiento intersectorial depende más de voluntades individuales y relaciones personales entre profesionales, que de un sistema estructurado con responsabilidades claras. Por lo tanto, el mayor obstáculo no es normativo, sino la carencia de cultura de trabajo articulado permanente entre los sectores [61].

Subcategoría C: Contacto indirecto o casual

Se enfoca en aquellas situaciones en la que el personal de salud detecta antecedentes de violencia sin que la víctima lo manifieste.

> *"…la licenciada al ver que en mi historia estaba que sufría violencia… me paso a psicología, ella me dijo que me pasa a psicología, pero no me dijo ni por qué me manda." (p3)*

> *"No señoritas, si he tenido ganas de contarles, pero ellas no me preguntaban, entonces yo me quedaba callada… pero a la policía si lo conté" (p6)*

> *"…la enfermera misma me dijo, te toca pasar por psicología, yo como no sabía para que será, así como de chismosa le dije, ya pues, solo para ver como es." (p7)*

Los resultados dan a conocer que el equipo de salud identifica el maltrato contra la mujer cuando esta no lo manifiesta, mediante el uso de la historia clínica, siendo una herramienta de apoyo de primera línea que permite identificar signos y síntomas físicos, comportamientos extraños, indicios de alteraciones mentales o desequilibrios nerviosos, antecedentes de violencia, intervenciones realizadas desde los organismos de protección jurídica, existencia de denuncias previas, medidas de protección, etc., por lo tanto, al realizar la valoración no se presiona a la víctima y se dirige a los servicios disponibles según ellas quieran acudir [62].

A menudo el personal de enfermería identifica los casos de violencia, pero puede no actuar inicialmente debido a la falta de formación específica, la presión y falta de apoyo del sistema de salud, la ausencia de protocolos claros, el miedo a no tener apoyo o involucrarse en problemas o el hecho de no querer agravar la situación, o también la falta de interés; sin embargo, el personal de enfermería es clave en la detección y atención de la violencia de género, y su rol incluye identificar los signos de maltrato, brindar apoyo emocional, asegurar la seguridad de la víctima y promover la denuncia y el acceso a entidades donde se brinde ayuda [63].

Esta información se relaciona con el estudio de Contreras et al. [16], donde manifiesta que las mujeres carecen de protección, seguridad, apoyo, orientación, educación y necesidad de reestructuración de sus vidas, por lo cual es de suma

importancia poner en práctica los protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, en servicios públicos intersectoriales, que guíen la práctica, atendiendo a la esencia del quehacer sanitario y a la responsabilidad social que le compete

Por otro lado, Eslaba y Ortiz [15], determinó que el conocimiento del profesional sanitario es muy superficial en cuanto a temas de maltrato contra la mujer; por lo tanto, el personal de salud debe brindarle mayor confianza, para que sea ella misma quien narre su problemática y poder derivar su historia a las autoridades competentes.

Hoy en día, la violencia contra la mujer es un problema de salud pública muy complejo, que puede estar presente aun cuando la víctima no lo verbaliza. La Organización Mundial de la Salud [64], indica que el personal de salud tiene la responsabilidad de identificar lesiones repetidas en distintas etapas del proceso de curación, síntomas somáticos crónicos sin causa orgánica clara y patrones de utilización elevada del sistema de salud como indicadores clínicos relevantes. En la misma línea, Devries et al. [65], han demostrado que el dolor crónico, cefalea, fatiga, mareos y molestias pélvicas persistentes sin etiología médica clara son manifestaciones frecuentes de violencia íntima que permiten sospecha clínica.

Asimismo, García-Moreno et al. [66], sostienen que la detección puede basarse en la denominada triada clínica: múltiples consultas por la misma causa, recurrencia de lesiones y afectación emocional sostenida; incluso si la mujer no refiere agresión. Desde el enfoque de riesgo letal, Campbell [67], plantea que la presencia de control coercitivo, amenazas, aislamiento y escalada progresiva permiten inferir violencia y nivel de peligrosidad sin necesidad de revelación explícita por parte de la víctima.

Desde el punto de vista de los Derechos Humanos, la CEDAW(Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) [68], indica que los profesionales de la salud tienen la obligación de hacer una diligencia ampliada para reconocer el daño aun cuando exista silencio por miedo, dependencia o amenaza. En el Perú, la Norma Técnica de Salud del MINSA [69], obliga al personal a identificar, registrar y derivar adecuadamente toda sospecha clínica de violencia sexual; asimismo, los Lineamientos del MIMP [70], para

articulación con los Centros de Emergencia Mujer establecen el rol intersectorial obligatorio para garantizar protección, atención integral y continuidad interventiva incluso cuando la detección se originó por indicadores clínicos y no por declaración verbal de la víctima.

CATEGORÍA 2. PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

Esta categoría tuvo en cuenta las valoraciones positivas y negativas que las mujeres maltratadas otorgan a la calidad técnica, el trato humano y la oportunidad de la atención sanitaria en el centro de salud.

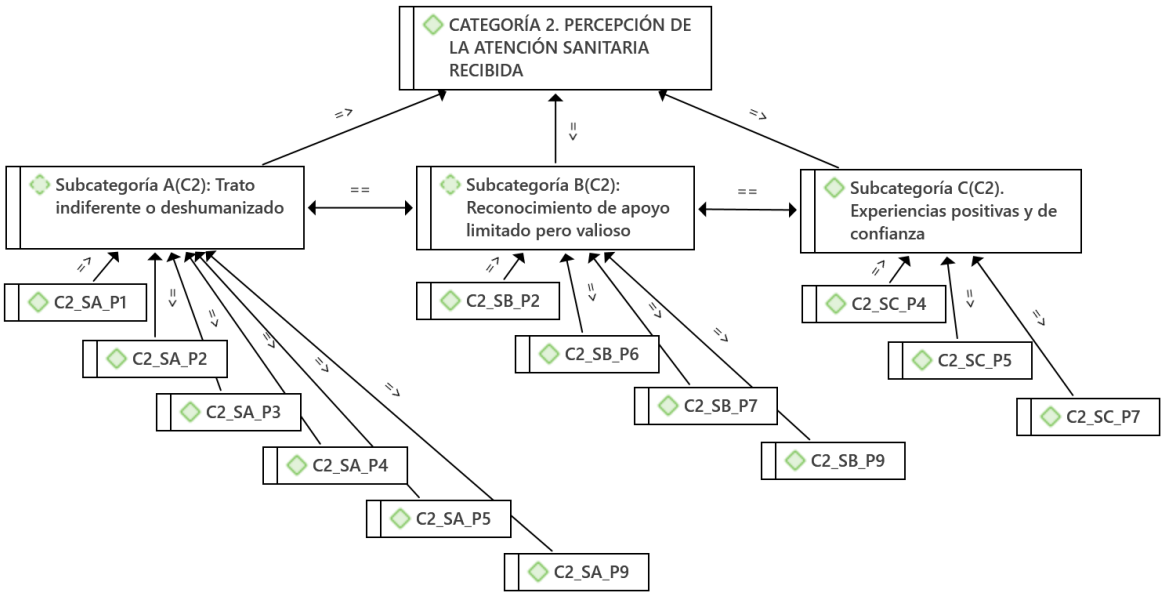


Figura 2. Red semántica: percepción de la atención sanitaria recibida.

Subcategoría A: Trato indiferente o deshumanizado

En esta dimensión se abordan las experiencias de desinterés, demora o falta de escucha que indican haber recibido las participantes durante su proceso de atención en el centro de salud.

> *"En parte quería que el me pregunte (alusión al personal de salud), yo medio que sospechaba que mi enfermedad era de tanta preocupación y colera que tenía…. pero nada, …se prenden en los papeles y no hablan, ya para que decirlo a esta gente también dije." (p1).*

> *"Hay señoritas, es casi nada ayudan… abajo en la patrona… ni sabían quién soy… fui para ahí casi todos los meses al control de mi embarazo, pero*

ellas ni sabían, yo hubiese querido señorita que un poquito, aunque sea me hubiese preguntado… es que cuando uno habla un poco se liviana mi cabeza, pero nada, es das nos atienden algunas, es ni hablan, hasta da vergüenza ir, otras vueltas están solo en el celular." (p2)

"…estaba en su celular, ni lo miro mi historia; empecé a caminar para que me mire por la ventana, ahí se da cuenta que estoy esperando, estaría como 10 a 15 minutos será pue …" (p3).

"yo estaba esperando que me atienda la psicóloga, pero hay Diosito toda la tarde allí sentada yo, … de verdad a mí si me dio colera…" (p4).

"…me decía, tengo reuniones… pero mis citas ya estaban programadas… era rapidísimo… yo presentía que es por miedo al juicio, porque me atendía superficialmente." (p5)

"…me voy y está lleno de gente, y para que no nos atienda dice: no me han pasado tu historia, otro día vienes… ellas no nos hacen caso." (p9).

Las experiencias de desinterés, demora o falta de escucha por parte del personal del centro de salud ocasiona que muchos usuarios tienen desagrado a la atención que se les brinda en los establecimientos de salud, perciben falta de empatía, escasez de privacidad y la priorización de lo técnico sobre lo humano. Estos tipos de trato genera en los pacientes disgusto afectando su experiencia y la calidad de atención recibida [71].

La percepción de las participantes respecto a la atención sanitaria es de deshumanización e insensibilidad, según lo refieren. La p1 "…se prenden en los papeles y no hablan", p2 "es das nos atienden algunas, es ni hablan, hasta da vergüenza ir, otras vuelta están solo en el celular" p3 "…estaba en su celular, ni lo miro mi historia" , p4 "yo estaba esperando que me atienda la psicóloga, pero hay Diosito toda la tarde allí sentada yo, … de verdad a mí si me dio colera…",p5 me decía, tengo reuniones… pero mis citas ya estaban programadas…era rapidísimo su atención…, p9 "me voy y está lleno de gente, y para que no nos atienda dice: no me han pasado tu historia, otro día vienes…"

Por ello es importante la humanización en los cuidados de enfermería que se les brinda a los pacientes para mejorar significativamente la percepción y satisfacción

del paciente y la familia al fomentar la confianza, el respeto, la empatía y la comunicación eficaz entre el personal sanitario y los pacientes [72]. Estudios indican que la atención humanizada mejora el bienestar emocional conllevando a que las usuarias se sientan satisfechas con ganas de asistir con frecuencia a recibir apoyo por parte del personal sanitario. La importancia de adoptar una visión desde la perspectiva holística del cuidado permite ofrecer una atención más completa, humana y efectiva al considerar a la persona en su totalidad, valorando sus magnitudes física, mental, emocional y espiritual, mejorando su bienestar general y fomentando un mayor estado de salud en vez de enfocarse únicamente en los signos de la enfermedad [73].

Este enfoque también favorece al personal sanitario, ya que incrementa el nivel de satisfacción en su empleo y disminuye el aburrimiento y cansancio, además de fomentar un entorno más comprensivo y cooperativo con sus pacientes, dado que la atención humanizada implica una integración de la empatía, la comunicación efectiva y la participación voluntaria y consciente del paciente y su familia durante la atención y cuidados a brindar, los pacientes no deben percibir ser tratados únicamente como objetos de intervención médica, sino como seres humanos con sentimientos cuyas emociones, valores y dignidad deben ser respetados y considerados [74].

Jean Watson, apoya la atención humanizada, dejando en claro que la relación enfermera-paciente es un conducto a través del cual se puede lograr una atención de calidad, sin embargo el desinterés y la falta de vocación de algunos profesionales de salud obstaculizan el cuidado holístico a brindar, por otro lado el notorio crecimiento de la demanda de los servicios de la salud y la escasez de personal han llevado a una sobrecarga laboral que impacta negativamente en la humanización del cuidado, lo que a su vez afecta la satisfacción de los pacientes y sus familias [75].

Estos hallazgos tienen relación con los resultados encontrados por Vásquez y Sabaleta, los cuales evidencian una falta de acción del personal sanitario para hacer charlas y reuniones con los representantes de las instituciones ordinarias y

comunales, para legitimar actitudes de violencia y promover una cultura de equidad y respeto [10].

Subcategoría B: Reconocimiento de apoyo limitado pero valioso

Referida a la percepción de escucha parcial o consejos simples que los profesionales de salud le brindaron a la mujer maltratada, aun cuando no se haya resuelto el problema.

A continuación, se presenta los testimonios de las participantes que permitieron generar esta subcategoría:

> *"No señorita, pero ya pues, aunque poquito me ha ayudado, igual les agradezco yo." (p2).*
>
> *"No, es no resuelven, pero al menos nos escuchan, aunque un consejo nos da, porque ellos también me dijeron no te dejes… me arme de valor… le decía si vas a estar así enojado o sin hablarme yo me voy a separar de ti..." (p6).*
>
> *"…la psicóloga si ayuda señorita, no mucho que digamos, pero ya pues siquiera un consejo nos da…" p7*
>
> *"De calidad, no se podría decir, pero si un poquito, y les agradezco ya pues, por su tiempo que nos escuchan nada más." (p9)*

En este escenario la percepción de las victimas sostiene que los consejos simples del personal sanitario son percibidos como pequeñas ayudas, consejos básicos, escucha activa, pero sin resultados positivos que enfrente el problema de maltrato, como manifiestan la p2, p6 y p9 respectivamente. Situaciones que genera conceptos negativos dentro de la sociedad por sus acciones u opiniones no consecuentes con la realidad de la afectada, el escaso y deficiente conocimiento del personal de salud, poco clara y oportuna ante los procedimientos de atención urgente en violencia contra la mujer.

Según refiere el MINSA [35], mediante la guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja: dentro del sistema sanitario el personal al identificar un caso de violencia trata el

problema de manera urgente con el objetivo de dar seguridad inmediata a la víctima, generar apoyo emocional, evalúa holísticamente y documenta el caso. Así mismo, informa a la afectada o familiar sobre la cartera de servicios disponibles de la institución para su atención y la coordinación con otras entidades valorando la situación de riesgo de la víctima.

Marca una gran diferencia el equipo de salud, cuando evalúa a las víctimas de manera integral, segura y oportuna, siendo indispensable para su recuperación y fomento de una perspectiva positiva ante la sociedad. Como lo refiere Hollingdrake et al. [4], la víctima espera acceder a consejos lógicos y bien intencionados del personal sanitario que lo conlleve a una atención sanitaria basada en la colaboración, donde se sienten segura por la atención inmediata y que facilite la empatía, la validación y el apoyo práctico para abordar necesidades de salud más amplias y definir el proceso de vida durante y después del problema del maltrato, esto permite llegar al objetivo de una percepción positiva de las usuarias y de la sociedad.

Subcategoría C. Experiencias positivas y de confianza

Concentra los casos donde se valora la empatía, orientación o seguimiento que realizó el personal de salud a las mujeres participantes del estudio y víctimas de violencia. Los relatos de las participantes son los siguientes:

> *"…una enfermera del centro de salud me dijo, mejor hija te voy a pasar con la psicóloga para que ella te aconseje, porque yo no estoy preparada para esto…" (p4).*

> *"…solo una nos daba la oportunidad de contar todo nuestro problema nos daba preguntas abiertas para expresar lo que sentimos… me orientaba… me fortalecía emocionalmente… en mi caso hemos trabajado el tema de inseguridad y autoestima …" (p5).*

> *"…la psicóloga empezó a conversarme bonito, entonces yo empecé a contarle lo que me estaba pasando…entonces la psicóloga me dijo, hija ¿porque no viniste antes a contarme para que no estes ocultando tus problemas?; conmigo lo hubiésemos conversado…" (p7).*

Frente a los procedimientos de empatía, orientación o seguimiento que realiza el personal de salud con la mujer víctima de maltrato da inicio para que adquiera experiencias negativas o positivas que impacta sobre la percepción y la confianza ante el personal de salud [76].

Según los hallazgos, se evidencia que tres de las participantes recibieron atención personalizada basada en su seguridad, autoestima, empatía y calidez de comunicación, esto generó una confianza mutua entre la víctima y el personal sanitario vinculado. La adecuada atención proporciona bienestar psicológico donde la víctima encuentra el bienestar emocional con ella misma y su entorno, según la teorista Dorothy Jonhson menciona que cuando la víctima se encuentra en armonía con ella misma y con su entorno genera bienestar tanto físico y emocional teniendo la capacidad de afrontar conflictos[20].

Mediante una conducta adecuada brindada por el profesional hacia la víctima, mejora la confianza y promueve el autocuidado, fomentando la participación activa para otras mujeres que atraviesan casos de violencia [77]. Siendo crucial el trato humanizado y empático, para que la afectada se siente importante, escuchada, comprendida y colabore positivamente en su recuperación y así reducir la reincidencia de violencia contrala mujer [77].

Así mismo, ayuda en la disminución de la ansiedad y el estrés personal y familiar, ya que según un estudio indica que las mujeres en estado de depresión toman actitudes de baja estimación, carencias de cariño, adopción de comportamientos de peligro, empleo de drogas, dificultades económicas o no llegan a culminar sus estudios y dependen emocionalmente del agresor [12].

CATEGORÍA 3. ASESORAMIENTO Y RESPALDO PROFESIONAL

Aborda las orientaciones y alternativas de solución que el personal de salud brindó para enfrentar la violencia.

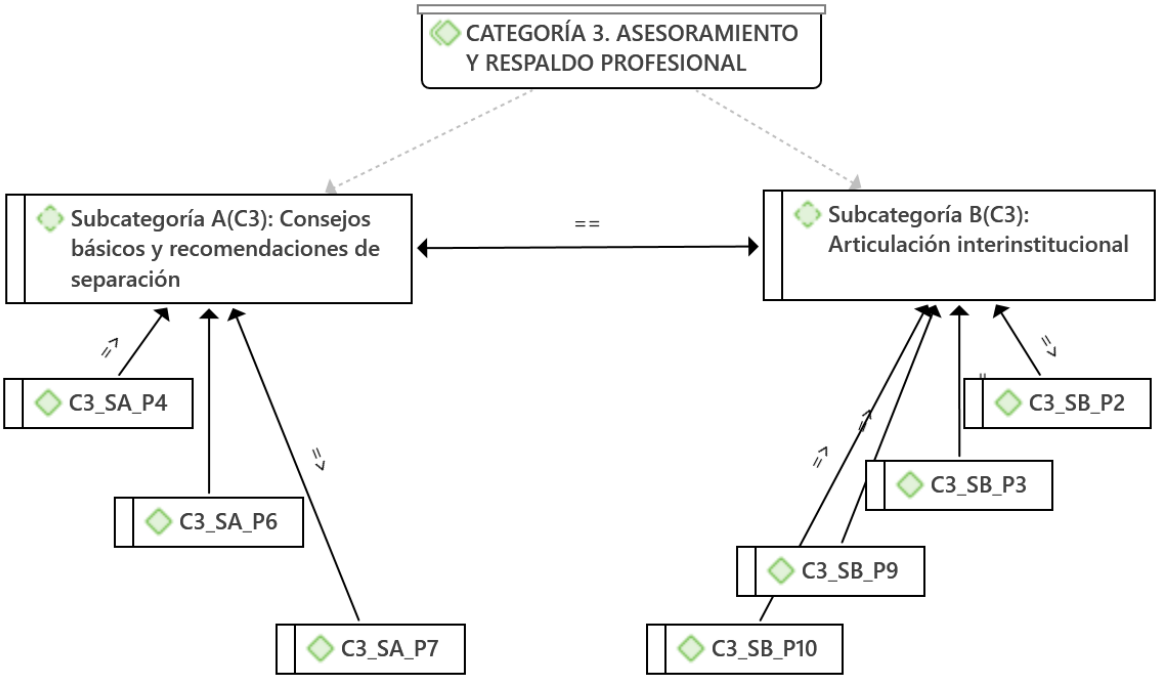


Figura 4. Red semántica: asesoramiento y respaldo profesional.

Subcategoría A: Consejos básicos y recomendaciones de separación

Esta dimensión muestra las indicaciones que el personal de salud da a la víctima, indicaciones que se encuentra centradas en "alejarse" del agresor.

> *"…lo que dijo vende la casa… y ándate lejos solo así lo podrás olvidar… mejor anda lejos de chota." (p4)*

> *"En el centro de salud me dijeron: hija, que si él te agrede sal ya de allí, no estes con él…". (p6)*

> *"Ella me dijo, hija tu eres hermosa, él te dice así solo por molestarte… no le hagas caso lo que él te diga …cuando se pone a insultarte tu aléjate… sino sepárate de él, algún día vas a encontrar otra persona…". (p7)*

La OPS resalta que el personal sanitario tiene un rol crucial en el respaldo y la respuesta a la violencia, primeramente, brindando información sobre sus derechos y recursos disponibles que poseen, así mismo la orientación a servicios de apoyo legal y social. Detectando y evaluando la intensidad del caso se brindará indicaciones centradas en un trato digno y respetuoso, asegurando su privacidad y

confidencialidad de la información, prestando tiempo a escuchar activamente sin juzgar, y ofrecer alternativas de solución no dañinas [3].

Es relevante tener en cuenta que las mujeres maltratadas les es difícil separarse de una relación violenta y que, a pesar de la información proporcionada y ayuda que se les ofrece, puede ser que no opten por denunciar o alejarse del agresor. Asimismo, es importante que el personal sanitario sea paciente y pueda respetar la autonomía de cada una de ellas sin juzgarlas, respetando sus decisiones a menos que los hechos generados sea un crimen o de grabe riesgo [78].

Es importante enfatizar con la persona usuaria y mostrarle preocupación por lo que le ha sucedido respetando la autonomía de cada persona usuaria y considerar que a muchas no les resulta fácil alejarse de una relación violenta y que, a pesar de la información brindada, es posible que no tome la decisión de denunciar a la persona agresora o abandonarla [79]. En ese sentido, se respetará su decisión, salvo que los hechos constituyan delito o se advierta un riesgo grave, en cuyo caso se actuará de acuerdo al mandato de la ley.

Este estudio guarda relación con Eslaba y Ortiz, donde manifiesta, que el personal de salud debería brindarle confianza a las víctimas para que sean ellas mismas quien narre su problemática de manera autónoma y autoricen derivar su historia a las autoridades competentes [15].

Subcategoría B: Articulación interinstitucional

Abarca las referencias que realiza el personal de salud a instituciones u organizaciones como, RENACER, CEM o policía con el fin de buscar protección legal o tratamiento especializado para la víctima de violencia.

Discursos de las participantes:

> *"…ellos creo vuelta lo han pasado nuevamente mis papeles al RENACER, allí sí, es más, ya me ayudaron, me daban medicina…". (p2)*

> *"…me dio una cita para darle a mi esposo para el otro día que lo atienda…, pero no se fue… es muy buena la atención en el RENACER, me siguen hasta mi casa".(p3)*

> *"…te vamos a referir con el psiquiatra de RENACER… salía caro la consulta, pero la licenciada dijo: no vas a pagar nada yo lo voy a pasar tu historia para que te atiendan gratis…". (p9)*

> *"La psicóloga me dijo que espere que los de la policía soliciten mi atención en patrona… tenían que esperar que llegue mis papeles de la denuncia… me supongo que sin papeles no pueden actuar… quienes venían a buscarme eran las del CEM, es vacan te ayudan…". (p10).*

La ruta de la atención interinstitucional actúa como enlace entre la afectada y los establecimientos que brindan servicios para víctimas de maltrato, dentro del sector salud el profesional evalúa la salud físico-mental de la afectada y designa el nivel de riesgo de maltrato (leve, moderado o severo) mediante el uso de la ficha de valoración del riesgo en víctimas de violencia de pareja. En el caso de riesgo leve el personal sanitario brinda información oportuna a la afectada sobre el accionar del CEM y sugiere acudir. En caso de una respuesta positiva se designa una persona capacitada conectada al CEM, disponiendo la ficha de notificación del caso para que acuda la víctima [56].

Como refiere una de las participantes p10, el personal del CEM le realizaba el seguimiento hasta su hogar quedando ella satisfecha; por otra parte, también refiere que el personal de salud lo hizo esperar para su atención, estas experiencias generan perspectivas de inseguridad, no confiable, no empático, falta de apoyo, lo que conlleva a la dificultad para que accedan a la atención integral necesaria [80]. Lo mencionado lleva relación con el estudio de Vásquez y Sabaleta, [10] donde la falta de acción del personal sanitario para hacer charlas y reuniones con los representantes de las instituciones ordinarias y comunales conlleva a ilegitimar actitudes de violencia y promover una cultura de falta de respeto y desigualdad de género.

En caso de maltrato moderado y severo el personal del establecimiento de salud informa de manera urgente al CEM, Fiscalía de Familia o Mixta o la policía sectorial, mostrando y anexando evidencia de violencia, si existieran. Se envía el documento medicolegal registrado en su historia clínica a la institución correspondiente para que la víctima acceda a la justicia siendo su derecho. Así mismo, el EE. SS en acción conjunta con el CEM brinda servicios de seguimiento continuo con los

recursos según cuente la víctima y la institución [56]. Lo manifestado guarda relación con la versión de las p2 y p6, quienes fueron referidas al Centro de Salud Comunitario “RENACER” donde recibieron apoyo por personal de salud especializado y recibieron medicamentos según su patología.

La mujer violentada al sentirse apoyada por las instituciones siente alivio, empoderamiento, aumenta su capacidad de esperanza y disminuye los episodios de estrés y ansiedad [81]. Aunque se tiene en cuenta que, para lograr llevar a un estado adecuado a la víctima, la intervención intersectorial es sumamente importante, porque actúa de manera integral según su etnia, edad, color, religión, criterio político, condición de salud sexual, discapacidad y situación económica [82]. Por ello, se debe adoptar las medidas necesarias para defender los derechos de las mujeres, para generar ciudadanas seguras y empoderadas.

CATEGORÍA 4. RESULTADOS PERCIBIDOS Y SATISFACCIÓN

Describe la evaluación de las mujeres que sufren violencia sobre la resolución del problema de maltrato y los cambios obtenidos tras la atención sanitaria que reciben.

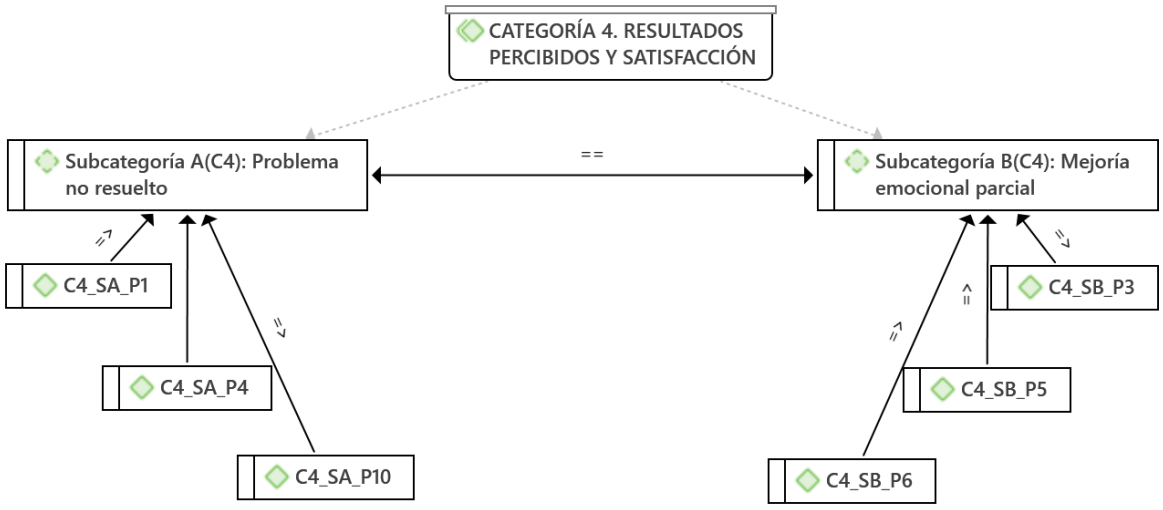


Figura 4. Red semántica: Resultados percibidos y satisfacción.

Subcategoría A: Problema no resuelto

Evidencia los sentimientos que percibe la víctima de que la violencia continúa o no hubo cambios sustanciales.

> *"Igual seguía, que pues sino me dieron solución de nada, como pue, para mí los días eran igual, y hasta ahorita, ya lo hablábamos un poquito sobre el problema, decía voy a orinar y se largaba. Ahora prácticamente lo he dejado porque ya no entiende… no contestaba el celular, a donde que te vayas a seguirlo…". (P1)*

> "*No, es son gafisimas señorita, solo porque nos escuchan ya pues les pagan, es por las puras ya, allí perdemos tiempo…". (p4)*

> *"No me ayudaron señoritas, cuando más les necesitaba (llora)… a veces son profesionales, pero con tal que digan espera, espera que lleguen los papeles, es para cuando ya pues". (P10)*

Aunque el sistema público de salud ofrece servicios para atender casos de violencia, existen fallas en la implementación. Las víctimas han manifestado testimonios de insatisfacción, expresando comentarios negativos, calificando como deficiente al sistema de salud, la falta de ayuda que perciben las victimas es crucial para abordar mejoras en la atención

El personal sanitario tiene un papel fundamental en la prevención, orientación y apoyo a las personas víctimas de maltrato, debido a la cercanía que se tienen con los pacientes, lo que le permite detectar y actuar de manera directa con las agraviadas, para ello es necesario que este tipo de personal sea o esté en constante capacitación en la detección y prevención de violencia y se encuentre comprometido y sensibilizado con la problemática.

Reconocer a la violencia como un problema de salud pública permite un enfoque más amplio y efectivo, para prevenirla y abordarla, implementando estrategias integrales basadas en la evidencia, con un enfoque en la prevención, la atención a las víctimas y el fortalecimiento de la sociedad en su conjunto [83]. Este estudio guarda relación con García [17], donde menciona que el personal sanitario, en muchas ocasiones no ha sabido hacer frente a los problemas de maltrato que sus pacientes les han referido debido a que no se encuentra comprometido ni capacitados/as para realizar una adecuada atención, permitiendo insatisfacción en las agraviadas, lo cual es un motivo para implementar estrategias y capacitar al personal sanitario, para actuar de manera correcta ante los problemas de violencia que se generan

Subcategoría B: Mejoría emocional parcial

Dimensión que describe la sensación de alivio, empoderamiento o cambio moderado que evidencia el agresor.

> *"…ya gracias al RENACER ha cambiado mi esposo." (p3)*

> *"…en el tema mental un poco, porque nos dan seguridad en nosotras mismas…". (p5)*

> *"…ahora parece que sí ha cambiado un poco, pero cuando salgo deja de hablarme todo un día, a veces varios días, pero ya no me grita… miren señoritas si el me vuelve a tocar, allí si ya no lo perdono más." (p6)*

Esta subcategoría da a conocer que las mujeres pasan de un estado de vulnerabilidad a un proceso de empoderamiento y recuperación de su autonomía y capacidad de afrontar las situaciones difíciles que atraviesan, cuando el personal sanitario les brinda una atención respetuosa, integral y con enfoque en sus derechos. En esta subcategoría las participantes manifiestan sentir alivio al ser ayudadas, evidenciando lo importante que resulta una atención de calidad [84].

El promover acciones que inciden a cambiar alientan a las víctimas a mejorar sus estilos de vida en su hogar, a salir de un ambiente de maltrato, logrando reconocer que son merecedoras de relaciones humanas no violentas, basado en el respeto y el buen trato, lo que les conlleva a tener capacidad de participar plenamente en cualquier actividad y ser una ayuda para el desarrollo del país [85].

La "mejoría emocional parcial" hallada en el discurso de las mujeres atendidas se vincula con lo que García-Moreno et al. [66], denominan avances emocionales iniciales que emergen cuando la mujer percibe trato respetuoso, escucha activa y ausencia de juicio clínico. Este alivio emocional no implica resolución completa, sino cambios graduales que permiten disminuir temporalmente la angustia, sostener estabilidad afectiva mínima y favorecer la disposición a la terapia.

También, Hegarty y Taft señalan que la atención sanitaria empática genera microprocesos de contención que funcionan como "puentes transitorios" para que la víctima pueda continuar en búsqueda de ayuda posterior [86]. Por otra parte, la

OPS indica que la respuesta del personal de salud puede producir calma inicial, sensación de seguridad y restauración de humanidad, aunque dicho efecto sea limitado y requiera continuidad intervencional para alcanzar recuperación emocional sostenida [87].

En el contexto peruano, la Norma Técnica del MINSA establece que aun cuando exista una mejoría emocional parcial observable luego de la atención, deben mantenerse acciones de seguimiento, referencia y acompañamiento especializado para garantizar protección y sostenibilidad del proceso de recuperación [32]; y los Lineamientos del MIMP precisan que la articulación intersectorial con los CEM debe prolongarse incluso si la mejoría inicial es favorable pero aún limitada [88].

En consecuencia, la evidencia científica y normativa confluyen inicialmente en que la mejoría emocional parcial representa un indicador positivo de atención, pero no implica que con ello se hará un cierre clínico, sino que, es un momento de transición que necesita continuidad terapéutica y soporte institucional sostenido.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES:

- Las diferentes percepciones de las mujeres maltratadas atendidas en el Centro de Salud Patrona de Chota son consideradas como deshumanizada y desinteresada, sienten insatisfacción por la atención sanitaria recibida. Perciben una falta de empatía, tiempo de espera prolongado, poca escucha activa, escasez de privacidad y la priorización de lo técnico sobre lo humano.
- La investigación ha permitido evidenciar la deficiente calidad de atención sanitaria en cuanto a los problemas de maltrato, generando insatisfacción en las victimas al no cumplir con la detección precoz, la prevención y el apoyo para una atención de calidad.
- El contacto inicial de las mujeres maltratadas con el establecimiento de salud se dio ante la necesidad de ser atendidas por estados emocionales alterados y dolencias físicas, de los cuales, muchos casos fueron derivados desde el Centro de Emergencia Mujer, Fiscalía de Familia o Mixta y Comisaria Sectorial de Chota.
- Las mujeres maltratadas consideran que la atención sanitaria es irregular e ineficiente, dado que recibieron consejos básicos y recomendaciones simples, que no eran consecuentes con la realidad que afrontaban, que contribuyó muy poco en mitigar la violencia.

RECOMENDACIONES

Para el Centro de Salud Patrona de Chota

- ✓ Fomentar la confianza y una comunicación abierta entre el personal sanitario y las víctimas de maltrato, adaptadas a sus necesidades; así mismo, implementar y mejorar los programas de prevención de maltrato contra la mujer, con el fin de impulsar el crecimiento personal, prevenir dificultades de salud física y mental para fomentar mujeres seguras y empoderadas, trabajando intersectorialmente dentro de su jurisdicción.
- ✓ Realizar un buen examen físico para detectar casos de maltrato contra la mujer
- ✓ Proteger la integridad física y psicológica de las mujeres maltratadas garantizando la confidencialidad.

Para las mujeres víctimas de violencia

- ✓ Se sugiere que hablen y reporten a su agresor ante las autoridades locales, con la finalidad de evitar más incidentes de agresión hacia las mujeres
- ✓ Que narren que son víctima de maltrato al personal de salud, para que les apoye.

Para la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH:

- ✓ Brindar una apropiada educación a los estudiantes de Enfermería en temas de atención y prevención de maltrato contra la mujer. con la finalidad de estar preparados para ofrecer una atención de calidad.
- ✓ Gestionar un plan de estudios que promueva la equidad e igualdad de género entre en la población universitaria, formando varones y mujeres que defiendan sus derechos y respeten los derechos de los demás.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bervian G, Da Costa M, Da Silva EB, Arboit J, Honnef F. Violencia contra las mujeres rurales: concepciones de profesionales de la red intersectorial de atención, Enfermería Glob [Internet]. 2019 [consultado el 8 de agosto 2025];18(2):144–179.Disponible en: https://revistas.um.es/eglobal/article/view/324811

2. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2024 [consultado el 8 de agosto 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1

3. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; [consultado 31 de julio 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer

4. Hollingdrake O, Alban A, Currie J. A qualitative study exploring service users' perspectives of the impact of a community-based nurse-led domestic violence service on women's access to healthcare. Revista BMC Nurs [internet]. 2025 [consultado 1 de agosto 2025]; 24(2):490-514.Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40640825/

5. Almache-Paredes V, Hernando-Castillo S. El sistema de atención integral a personas víctimas de violencia de género. Revista iustitia socialis [internet]. 2021 [consultado 2 de agosto 2025]; 1(6): 490–514. Disponible en: https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/Iustitia_Socialis/oai

6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Al menos 4.091 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 2020 en América Latina y el Caribe, pese a la mayor visibilidad y condena social [internet]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2022 [consultado el 8 de agosto 2025]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/comunicados/cepal-al-menos-4091-mujeres-

7. Organización Panamericana de la Salud. Alcance de los servicios de salud para mejorar la respuesta a la violencia contra la mujer y a la violencia sexual en la región indígena de Huánuco [internet]. Huánuco, Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2024 [consultado el 31 de julio 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/historias/alcance-servicios-salud-para-mejorar-respuesta-violencia-contra-mujer-violencia-sexual

8. Yupanqui O. Conocimiento de la enfermera sobre la valoración integral en casos de violencia basada en género, micro red de salud José Antonio [Tesis de licenciatura] [Internet]. Puno, Perú: Universidad Nacional del Altiplano; 2018 [consultado el 3 de agosto 2025]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/16418

9. Guardamino B. Violencia de género en Cajamarca: se registran más de 1.500 agresiones a mujeres en lo que va del 2024 [Internet]. 2024 [consultado 1 de enero 2024]. Cajamarca, Perú: Infobae; Disponible en: https://www.infobae.com/peru/2024/07/02/violencia-de-genero-en-cajamarca-se-registran-mas-de-1500-agresiones-a-mujeres-en-lo-que-va-del-2024/

10. Vasquez A, Zabaleta A, Norbel N. Prevención de violencia familiar y resiliencia en mujeres usuarias del centro de salud Cochabamba [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Cajamarca: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024 [consultado 16 de julio 2025]. Disponible en: https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b1ef0774-d6e8-4dd5-9a73-190aba763cb8/content

11. Castro C, et al. Barreras para la atención integral de violencia contra la mujer en servicios públicos en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2022 [consultado el 8 de noviembre 2025];39(3):432–440.

12. Congreso de la República del Perú. Mujeres con baja autoestima son más propensas a dependencia emocional y situaciones de violencia [internet].

Lima, Perú: Diario oficial el peruano ;2023 [consultado 30 de enero 2025]. Disponible en: https://www.elperuano.pe/noticia/228639-mujeres-con-baja-autoestima-son-mas-propensas-a-dependencia-emocional-y-situaciones-de-violencia

13. J. Beltrán. Asistencia sanitaria. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética [Consultado 8 de agosto 2025]. España. Disponible en: https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/20

14. Hollingdrake O, Saadi N, Alban A, Currie J. Qualitative study of the perspectives of women with lived experience of domestic and family violence on accessing healthcare. Revista Advanced Nursing [internet]. 2023 [consultado 1 de junio 2025]; 79(4):1353-1366.Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35678620/

15. Eslava PA, Ortiz LS. Intervenciones de Enfermería en la Prevención de la Violencia Contra la Mujer. Revisión Sistemática, Años 2015-2020 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cúcuta, Colombia: Universidad de Santander; 2020 [consultado 1 de junio 2025]. Disponible en: https://repositorio.udes.edu.co/handle/001/5137

16. Contreras V, Pretty M, Palma. Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja. Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [consultado 1 de junio de 2025]; 9(18). Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/76669

17. García E. Percepción de la mujer Timbiquireña frente al Sistema de salud Pública Municipal [Tesis de maestría]. Timbiquí, Colombia: Universidad Nacional Abierta y a Distancia; 2024[[consultado el 2 de junio 2025]. Disponible en: https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/62551/egarciaam.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Barcia C. Bioenvestigando Dorothy Johnson. Picklemed; 2020 [consultado 2

de junio 2025]. Disponible en: https://picklemed.wordpress.com/2020/12/23/bioinvestigando-dorothy-johnson/

19. Oria M, Espinosa A, Elers Y. El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson.Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2019 [consultado15 de enero 2025]; 35(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S08640319201900010016&script=sci_abstract

20. Raile M, Marriner A, Modelos y Teorías en Enfermería [Internet].6° ed. España; Elsevier Mosby; 2011[Consultado 15 de enero 2025]. Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

21. Arrimada M. Los 8 tipos de percepción del ser humano (y cómo funcionan) [Internet. Portal Psicología y Mente.España: Portal Psicología y Mente;2022 [consultado19 de agosto 2025]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/neurociencias/tipos-percepcion

22. Psychology Writing. Percepción de la realidad y teoría de la norma de creencias de valor [Internet]. España: PsychologyWriting; 2024 [consultado 19 de agosto 2025]. Disponible en: https://psychologywriting.com/perception-of-reality-and-value-belief-norm-theory/

23. Diéguez R, Rodrigues M. Percepciones del personal sanitario sobre la violencia de género. Revista Educación Médica [Internet]. 2021[12 de julio 2025]; 22: 414-419. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181321000139

24. Rahul J. Percepción: definición, importancia, factores, proceso perceptual, errores [Internet]. Estados Unidos: LinkedIn; 2021 [consultado el 03 de enero 2025]. Disponible en: https://www.linkedin.com/pulse/perception-definition-importance-factors-perceptual-process-jain-pmp

25. Green K, Fairchild R, Knudsen B, Lease-Gubrud D. El proceso de percepción [Internet]. España: LibreTexts; 2022 [consultado 8 de agosto 2025]. Disponible en: https://espanol.libretexts.org/@go/page/134496

26. Naranjo R, Delgado M. Percepción de la calidad de la atención en salud de mujeres víctimas de violencia familiar en cuatro instituciones de salud de Santiago de Cali: una mirada desde las usuarias, 2017 [Tesis de maestría] [Internet]. Santiago de Cali, Colombia: Universidad del Valle; 2017 [consultado 22 de junio 2025]. Disponible en: https://hdl.handle.net/10893/14386

27. Gonzales-Macavilca M, Castro-Morera M. Variables influyentes en la percepción y predisposición al uso de TIC. Revista Colombiana de Educación [Internet]. 2024 [consultado 27 de junio 2025]; (91): 121-145. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-39162024000200121

28. Suárez Lima G, Robles R, Serrano G, Serrano H, Armijo A, Anchundia R. Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2019 [consultado 27 de junio 2025]; 38(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002019000200153

29. Arenas A, Chávez G, Pérez C, Tuse C, Olazo F, Vásquez J , et al. Normas de gestión de calidad del cuidado de enfermeros". Lima, Perú 2024: Colegio de Enfermeros del Perú; 2025 [consultado 2 de enero 2025]. Disponible en: https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2025/02/LIBRO_PARTE_FINAL_2025.pdf

30. Secretaria de la mujer. ¿Qué es la Ruta de Atención a Mujeres víctimas de violencias y en riesgo de feminicidio - RUA? Bogotá, Colombia: secretaria de la mujer; 2025 [consultado 26 de enero 2025]. Disponible en:

https://www.sdmujer.gov.co/noticia/news/que-es-la-ruta-de-atencion-a-mujeres-victimas-de-violencias-y-en-riesgo-de-feminicidio

31. Ministerio de Salud. Modelo de cuidado Integral de Salud por Curso de Vida Para la Persona, Familia y Comunidad (MCI) [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020 [consultado 26 de enero 2025]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1865066/5261.pdf?v=1620102921

32. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para Afectados por Violencia Sexual [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2020 [consultado el 9 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1113555-649-2020-minsa/

33. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por la violencia sexual [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2020 [consultado el 17 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893861-norma-tecnica-de-salud-para-el-cuidado-integral-de-las-mujeres-e-integrantes-del-grupo-familiar-afectados-por-violencia-sexual-directiva-sanitaria-n-164-minsa-2019-dgiesp-version-amigable

34. Cardona L. Sotavento y Barlovento: El impacto de las interacciones societales y socio-estatales sobre los cambios legales relativos a la diversidad sexual en Perú y Ecuador ,1980 – 2018 [Tesis doctoral] [internet]. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2019 [consultado 26 de enero 2025]. Disponible en: http://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1026/261

35. Ministerio de Salud. Guía técnica para el cuidado de la salud mental de mujeres en situación de violencia ocasionada por la pareja o expareja [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud. 2021 [consultado 2 de febrero 2025]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5525.pdf

36. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención Psicosocial a Victimas [Internet]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; [consultado 2 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Victimas/Paginas/atencion-psicosocial.aspx#:~:text=%22La%20atenci%C3%B3n%20psicosocial%20se%20define,en%20relaci%C3%B3n%20generados%20a%20las

37. El Estado Peruano. Servicios para atender casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar [Internet]. Lima, Perú: El Estado Peruano; 2025 [consultado 3 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/479-servicios-para-atender-casos-de-violencia-contra-las-mujeres-e-integrantes-del-grupo-familiar

38. El Estado Peruano. Tipos de violencia [Internet]. Lima, Perú: El Estado Peruano;2024 [consultado 3 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/75274-marco-conceptual-conceptos-y-definiciones-tipos-de-violencia

39. Organización de las Naciones Unidas. Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas; 2024 [consultado 3 de febrero 2025]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/articulos/preguntas-frecuentes/preguntas-frecuentes-tipos-de-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas

40. Organización Mundial de la Salud; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Prestación de servicios de salud de calidad: un imperativo global para la cobertura sanitaria universal. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2020 [consultado 19 de agosto 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513906

41. Ministerio de Salud. Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y comunidad (MCI) [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2021 [consultado 14 de mayo 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/1682527-220-2021-minsa

42. Ministerio de Sanidad. Cuidados en Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; [consultado 22 de enero 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/home.htm

43. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [internet]. Ginebra, Suiza: Organización mundial de la salud, 2025 [consultado 23 de enero 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions

44. Municipalidad Provincial de Chota. Ubicación Geográfica [Internet]. Chota, Perú: Ubicación Geográfica; s.f. [consultado 27 de enero de 2025]. Disponible en: http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica

45. Naranjo Y, González R. Investigación cualitativa, un instrumento para el desarrollo de la ciencia de Enfermería. Revista Arch med Camaguey [Internet].2021[consultado 17 enero 2025]; 25(3). Disponible en: https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1285183

46. Acosta F. El método fenomenológico-hermenéutico: Una revisión semisistemática. Revista Dialogus [Internet]. 2024 [consultado 12 de julio 2025];1(14):13-35. Disponible en: https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/dialogus/article/view/1507

47. Finol M, Camacho H. Método fenomenológico-hermenéutico. Revista Omnia [Internet]. 2024 [consultado 1 de agosto de 2025]; 28(2). Disponible en: https://produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/41840

48. Cuenca D, Echeverri B, Ortiz J. Entrevista Semi-estructurada. Colombia:

Universidad la Gran Colombia; 2023 [consultado 29 de mayo 2025]. Disponible en: https://repository.ugc.edu.co/server/api/core/bitstreams/728426e3-cb89-40dd-aab3-1581fe2e2279/content

49. Cipollone MD.Atlas.ti como recurso metodológico en investigación educativa. Anuario Digital de Investigación Educativa [Internet].2022 [consultado 23 de septiembre de 2025]; (5):122-133.Disponible en: https://revistas.bibdigital.uccor.edu.ar/index.php/adiv/article/view/5280

50. Silver C, Bulloch S. Atlas.Ti 23: Distinguishing features [Internet]. 2024 [consultado 23 de septiembre de 2025]. Disponible en: https://www.surrey.ac.uk/sites/default/files/2024-03/ATLAS.ti-v23-review.pdf

51. Ministerio de de la Mujer y Desarrollo Social del Perú. Guía de Atención Integral de los Centros "Emergencia Mujer" [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social del Perú; 2015 [consultado 25 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/stapas/GUIA DE-ATENCION-DE-LOS-CEM.pdf

52. Santos H, Rodriguez M, Nunez H. Atención de enfermería a mujeres en situación de violencia en Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2022 [consultado 23 de setiembre 2025]; 38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192022000100017

53. Fernández M, Usaola C, Casas P. Impacto de la atención a las víctimas de violencia de género en los y las profesionales de la salud. Atención Primaria [Internet]. 2024 [consultado 29 de setiembre 2025]; 56(11). Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102856

54. Kalra N, Hooker L, Reisenhofer S, Di Tanna GL, García-Moreno C. Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women.

Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2021 [consultado 9 de novienbre 2025]. Disponible en: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2

55. Curry S, Bell C. Essential Health Care Services Addressing Intimate Partner Violence. National Academies Press [Internet]. 2024 [consultado 9 de novienbre 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK605470/?utm_source=chatgpt.com

56. Estado Peruano. Protocolo de actuación conjunta CEM y Establecimientos de salud [Internet]. Lima, Perú: Estado Peruano; 2019 [consultado 25 de setiembre 2020]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/906845-protocolo-de-actuacion-conjunta-cem-y-establecimientos-de-salud

57. Coll-Vinent B, Echeverría T,Farraás U, Rodriguez D, Milla J, et al. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2008 [consultado 22 de setiembre 2025]; 1(22): 7-10. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000100002

58. Organización Mundial de la Salud. Respuesta a la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2013. [consultado el 10 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595

59. Morgan K, et al. Intersectoral models for intimate partner violence response. Journal Interpers Violence. 2023 [consultado el 10 de noviembre 2025]; 38(7-8):4981–5005.

60. García-Moreno C, et al. Multisectoral responses to violence against women. Lancet [Internet]. 2022 [consultado el 10 de noviembre 2025] ;399(10327):1230–1243.Disponible en:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17027732/

61. Velásquez A, et al. Capacidades institucionales para respuesta multisectorial en violencia de género: análisis Perú. BMC Public Health. 2023 [consultado el 8 de noviembre 2025];23(1):1142.

62. Zerbo C, Navill M, Belziti C, Losada N, Varela A, Palacios ME. Guía de atención integral de salud en situaciones de violencias por motivos de género. Argentina, 2023 [consultado 20 de setiembre 2025]; Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/10/abordaje_integral_de_las_violencias_por_motivos_de_genero_2023_0.pdf

63. Domínguez MN. Cómo se detecta la violencia de género en los hospitales. Tucanaldesalud [Internet]. 2024 [consultado 22 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.tucanaldesalud.com/es/tusaludaldia/articulos/detecta-violencia-genero-hospitales

64. Organización Mundial de la Salud. Violence against women: prevalence, health consequences and responses of the health sector [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2021 [consultado el 8 de noviembre 2025]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f89348bf-8587-455a-8887-39db200f08fc/content

65. Devries KM, Mak JY, García-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. Global burden of intimate partner violence and clinical manifestations in women. BMJ Glob Health [Internet]. 2022 [consultado el 7 de noviembre 2025]; 7(3):8451. Disponible en: https://www.science.org/doi/10.1126/science.1240937?utm_source=chatgpt.com

66. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-system response to violence against women. Lancet [Internet]. 2015 [consultado el 9 de noviembre 2025]; 399(10337): 1830-48.

Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61837-7/fulltext

67. Campbell JC, Glass N, Sharps PW, Laughon K, Bloom T. Risk factors for femicide in abusive relationships: implications for health care providers. Journal of Interpersonal Violence [Internet]. 2003 [consultado el 7 de noviembre 2025]; 37:7-8. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12835191/

68. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer – CEDAW. Observaciones y recomendaciones generales sobre violencia contra la mujer [Internet]. Naciones Unidas: CEDAW; 2022 [consultado el 9 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw

69. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por violencia sexual [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2008 [consultado el 6 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321700-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-de-salud-de-la-etapa-de-vida-adulto-mujer-y-varon

70. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Lineamientos para la articulación con Centros de Emergencia Mujer para la protección integral frente a violencia familiar y sexual [Internet]. Lima, Perú: MIMP;2023 [consultado el 9 de noviembre 2025]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.mininter.gob.pe/sites/default/files/PROTOCOLO.pdf

71. Narváez-Jaramillo E, Morillo-Cano R, Pantoja-Narváez C. Insatisfacción con la atención de salud en los usuarios del Centro de Salud Tajamar, Ecuador Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 [consultado 20 de setiembre 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332023000100062

72. Araujo-Montes R, Izaguirre-Sotomayor M, Ruiz-Arias R. Factores asociados a los niveles de insatisfacción e indiferencia hacia la calidad de atención en un hospital acreditado 2023. Revista de investigación científica Ágora [Internet]. 2023 [consultado 22 de setiembre 2025]; 11(1): 3-9. Disponible en: https://doi.org/10.21679/252

73. Asociación Nacional de Cadenas de Boticas. Atención humanizada: la clave para fortalecer la salud en el Perú [Internet]. Perú: Asociación Nacional de Cadenas de Boticas; 2025 [consultado 19 de setiembre 2025]. Disponible en: https://anacab.pe/salud-publica/atencion-humanizada-la-clave-para-fortalecer-la-salud-en-el-peru/

74. Vargas C, Morán R, Ortega M, Sánchez K. Impacto de humanización en la satisfacción del paciente y su familia. Revista Social Fronteriza [Internet]. 2024 [consultado 19 de setiembre 2025];4(5):490. Disponible en: https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(5)490

75. Gonzalo A. Jean Watson: Teoría del cuidado humano. Nurseslabs [Internet]. 2024 [consultado 19 de setiembre 2025]. Disponible en: https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/#google_vignette

76. Eriksen A, Fegran L, Fredwall TE, Larsen IB. Patients negative experiences with health care settings brought to light by formal complaints: A qualitative metasynthesis. J Clin Nurs [Internet]. 2023 [consultado 21 de setiembre 2025]; 32: 5816-5835. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36975841/#full-view-affiliation-1

77. Fernández M, Salvador L, González M, Escribá-Agüir V. La respuesta necesaria de los servicios de salud ante la violencia de género. Atención integral y prestación de servicios integrados. Revista De Ciencias Sociales [Internet]. 2024 [consultado 23 de setiembre 2025]; 56. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656723002913

78. Pérez-Martínez A, Rodríguez-Fernández A. La violencia contra la mujer, una revisión sistematizada. Revista de Ciencias Sociales y Humanas [Internet]. 2024 [consultado 22 de setiembre 2025] ;(44): 139-158. Disponible en: https://doi.org/10.17163/uni.n40.2024.06

79. Estado Peruano. Medidas de protección hacia las víctimas de violencia [Internet]. Lima, Perú: Estado Peruano, 2024 [consultado 25 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/32126-medidas-de-proteccion-hacia-las-victimas-de-violencia.

80. Rivero M, Blanco D, Martínez N. Protocolo de ruta crítica para la prevención de la violencia contra la mujer. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud [Internet].2023 [consultado 27 de setiembre 2025]; 23(83). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-80912023000200041

81. UN Women. Benefits of coordinated community response [Internet]. Nueva York; Estados Unidos: UN Women; 2010 [consultado 28 de setiembre 2025]. Disponible en: https://endvawnow.org/en/articles/129-benefits-of-coordinated-community-response.html?next=791

82. Estado Peruano. Ley N° 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. Lima, Perú: Estado Peruano; 2025 [consultado 28 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.gob.pe/1021-que-es-gob-pe

83. Stöck H, Sorenson S. Violence Against Women as a Global Public Health Issue. Annu Rev Public Health [Internet]. 2024 [consultado 29 de setiembre 2025]; 5(1):277-294. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38842174/

84. Asociación Mujeres para la Salud. Organización, gestión y formación de proyectos sociales [Internet]. Madrid: Asociación Mujeres para la Salud; 2020

[consultado 29 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.mujeresparalasalud.org/politica-de-calidad/

85. Naciones Unidas dedicada a impulsar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Actúa: 10 maneras para contribuir a erradicar la violencia contra las mujeres [Internet]. Nueva York: Naciones Unidas dedicada a impulsar la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; 2024 [consultado 29 de setiembre 2025]. Disponible en: https://www.unwomen.org/es/articulos/articulo-explicativo/actua-10-maneras-para-contribuir-a-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres

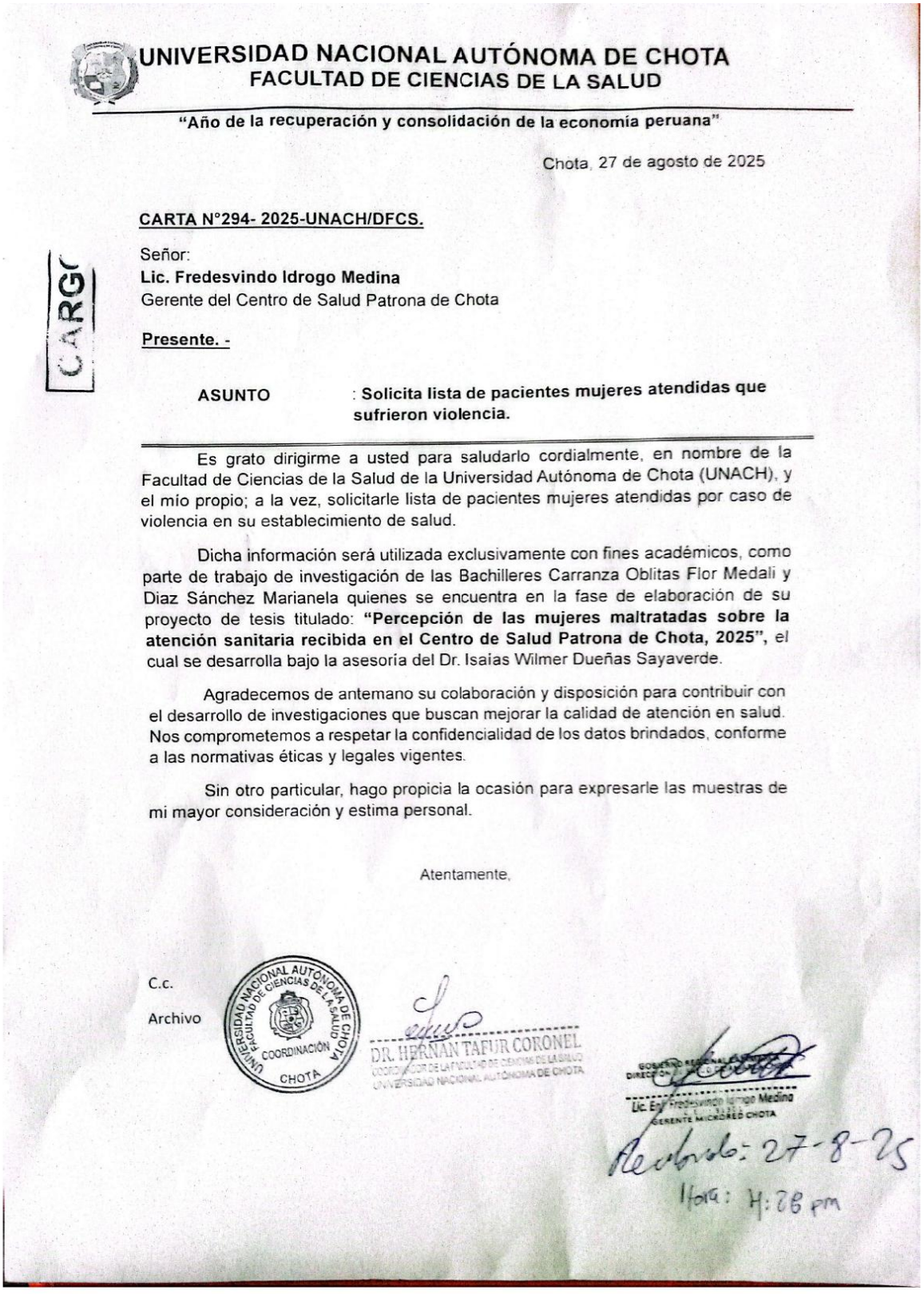
86. Hegarty K, Taft A. Clinical screening scales for intimate partner violence: evidence, validity and implementation barriers. J Womens Health [Internet]. 2021[consultado el 9 de noviembre 2025]; 30(6): 861-9.

87. Organización Panamericana de la Salud. La violencia contra la mujer y el rol del personal de salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2023 [consultado el 6 de noviembre 2025].

88. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Lineamientos para las acciones preventivas promocionales de los Centros de Emergencia Mujer. Lima, Perú: MIMP; 2021 [consultado el 6 de noviembre 2025]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/procesos/lineamientos_acc_prev_cem.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Carta de invitación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 27 de agosto de 2025

CARTA N°294- 2025-UNACH/DFCS.

CARGO

Señor:
Lic. Fredesvindo Idrogo Medina
Gerente del Centro de Salud Patrona de Chota

Presente. -

ASUNTO : **Solicita lista de pacientes mujeres atendidas que sufrieron violencia.**

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente, en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Chota (UNACH), y el mío propio; a la vez, solicitarle lista de pacientes mujeres atendidas por caso de violencia en su establecimiento de salud.

Dicha información será utilizada exclusivamente con fines académicos, como parte de trabajo de investigación de las Bachilleres Carranza Oblitas Flor Medali y Diaz Sánchez Marianela quienes se encuentra en la fase de elaboración de su proyecto de tesis titulado: **"Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2025"**, el cual se desarrolla bajo la asesoría del Dr. Isaias Wilmer Dueñas Sayaverde.

Agradecemos de antemano su colaboración y disposición para contribuir con el desarrollo de investigaciones que buscan mejorar la calidad de atención en salud. Nos comprometemos a respetar la confidencialidad de los datos brindados, conforme a las normativas éticas y legales vigentes.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

C.c.
Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD COORDINACIÓN CHOTA

DR. HERNAN TAFUR CORONEL
COORDINADOR DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA

Lic. Fredesvindo Idrogo Medina
GERENTE MICRORED CHOTA

Recibido: 27-8-25
Hora: 4:28 pm

Escaneado con CamScanner

Anexo 2. Formato de consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

"Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona" – Chota

Objetivo de la investigación:

Conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la labor de los profesionales de la salud en la atención de los problemas de maltrato.

Yo……, identificada con DNI N° ……, mediante la información dada por las investigadoras Maríanela Díaz Sánchez y Flor Medali Carranza Oblitas; acepto brindar la información solicitada por la investigadora de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Los beneficios potenciales que tendrá la investigación son: Conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota.

Chota, de…..... del 2025.

---------- Huella

Firma

Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos

JNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Profesional de Enfermería

"Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2025"

GUÍA DE ENTREVISTA

INSTRUCCIONES: La presente guía es confidencial y será utilizada sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincera en sus respuestas. Gracias por su participación.

I. Datos generales

- ✓ Fecha, hora y lugar: ……
- ✓ N° celular: ……..
- ✓ Edad: ……...
- ✓ Grado de instrucción: ……
- ✓ Estado civil: ……
- ✓ N° de hijos: ……
- ✓ Ocupación: ……
- ✓ Ingreso económico mensual: ……

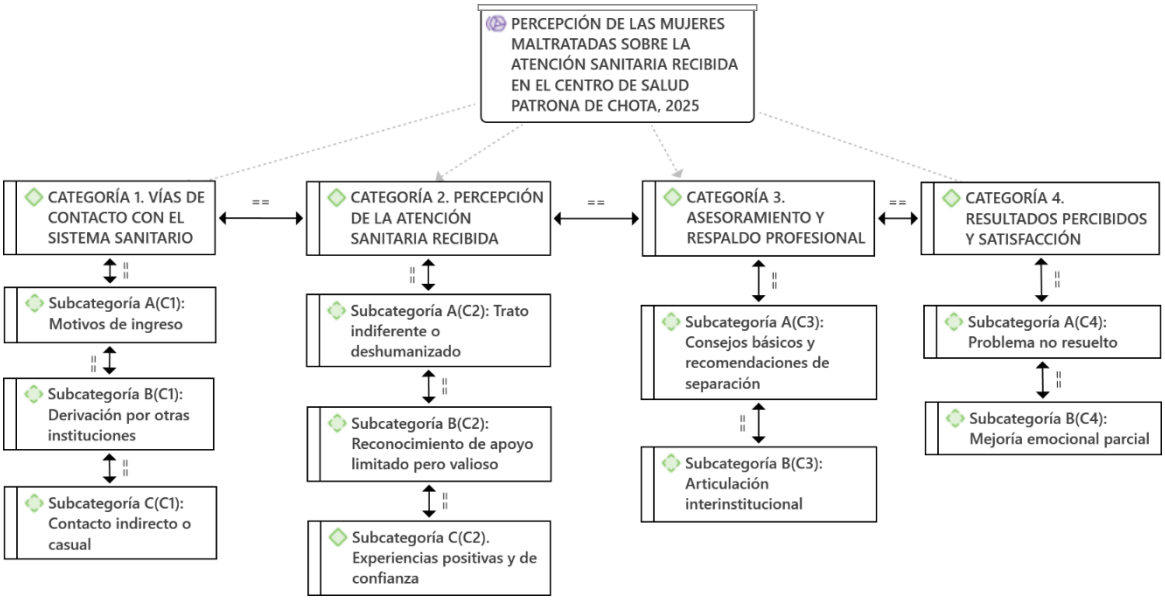
II. Contenido del instrumento

PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA

1. ¿Alguna vez Ud., ha buscado ayuda de un profesional de salud cuando fue víctima de maltrato?
2. ¿Cómo percibió usted la atención que le brindó el personal de salud cuando manifestó que es víctima de maltrato?
3. ¿Qué alternativas de solución recibió por parte del personal de salud y qué pasos le indicó seguir para evitar frenar el tema del maltrato?

4. ¿Usted considera que los profesionales del Establecimiento de Salud de resolvieron el problema de maltrato que ha experimentado?
5. ¿Considera usted que le brindaron una atención de calidad cuando manifestó que sufre maltrato?

Anexo 4. Redes semánticas



Fuente: Reporte Atlas.ti 23 (entrevistas).

Anexo 5. Mapa conceptual del sistema conductual de Dorothy Johnson

Dorothy Johnson: Modelo del sistema conductual

CONDUCTA

SISTEMA CONDUCTUAL

SISTEMA

ENTORNO

Subsistemas

Afiliación

- Supervivencia
- Seguridad

Dependencia

- Conducta de ayuda

Ingestión

- Condiciones de alimentación

Eliminación

- Condiciones de eliminación

Sexual

- Rol de género

Realización

- Habilidades intelectuales, físicas, creativas, mecánicas y sociales

Agresión/Protección

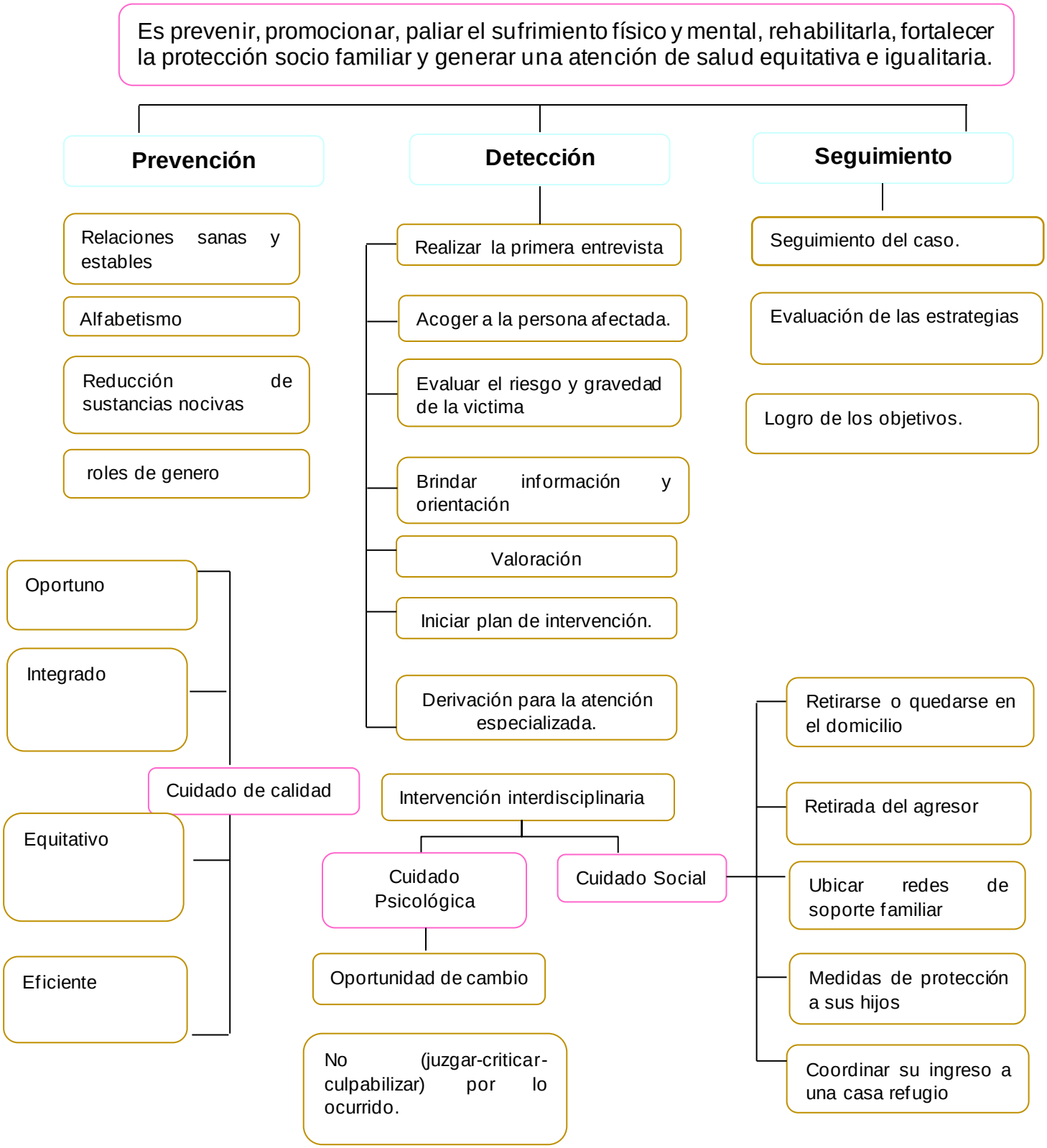
- Conducta agresiva

La enfermera(o) consigue el equilibrio del sistema conductual

Entornos excesivamente fuertes

Alteran el equilibrio del sistema conductual

Anexo 6. Mapa conceptual del cuidado integral sanitario



Anexo 5. Características de las participantes

N° de participante	Sexo	Edad (Años)	Grado de instrucción	N° de hijos	Ocupación	Ingreso económico mensual	Religión	Tipo de violencia	Motivo de la agresión
P1	Femenino	43	Primaria incompleta	4	Ama de casa	300 aprox.	Católica	Psicológica, física y económica	Infidelidad y alcoholismo
P2	Femenino	36	Secundaria completa	1	Ama de casa	500 aprox.	Católica	Psicológica y física.	Infidelidad
P3	Femenino	35	Superior	2	Docente	1200	Católica	Psicológica y física	Problema de salud mental y alcoholismo
P4	Femenino	45	Secundaria incompleta	3	Ama de casa	600	Nazarena	Psicológica	Incompatibilidad de caracteres
P5	Femenino	41	Superior	2	Docente	2300	Católica	Psicológica, física y	Infidelidad, desigualdad de genero

								económica/patrimonial	
P6	Femenino	31	Superior	2	Secretaria	2000	Nazarena	Psicológica	desigualdad de género y alcoholismo
P7	Femenino	43	Primaria incompleta	4	Ama de casa	450	Pente Costal	Psicológica y física	Infidelidad
P8	Femenino	36	Primaria incompleta	7	Ama de casa	250	Nazarena	Psicológica y física	Problema económico
P9	Femenino	48	Superior	2	Agronomía	600	Católica	Psicológica y física.	Problema de salud física y mental
P10	Femenino	34	Secundaria incompleta	2	Negociante	800	Católica	Psicológica y física.	Infidelidad