

Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género

MARÍA EUGENIA MENDOZA-FLORES,^a YÉSICA DE JESÚS-CORONA,^b MARICRUZ GARCÍA-URBINA,^b
GABRIELA MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ,^b RAQUEL SÁNCHEZ-VERA,^b HILDA REYES-ZAPATA^c

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos y las actitudes sobre la violencia de género (VG), así como las barreras personales e institucionales existentes en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER), con el fin de identificar necesidades de capacitación del personal.

Material y métodos: Es un estudio transversal, observacional y analítico. La población seleccionada fueron enfermeras que estuvieron en contacto con mujeres que acudieron a una institución de salud reproductiva de tercer nivel de atención. La recolección de la información fue voluntaria, informada y anónima, a través de la "Encuesta de Violencia contra la Mujer por parte de su pareja: Opinión del Personal de Salud". Para el análisis estadístico, se utilizó un modelo de regresión logística para evaluar el conocimiento sobre normas, guías e instituciones de referencia a los casos de VG y actitudes.

Resultados: Participaron 136 enfermeras (tasa de no-aceptación de 9.4%). El promedio de edad fue 37 años, no tenía pareja 52.9% de las encuestadas, la proporción de enfermeras generales fue 51.5%, tenían estudios carrera técnica postsecundaria 47.1% y laboraban en el turno matutino 54.4%. El conocimiento sobre la VG del personal fue 92.6% nulo a bajo y 7.4% medio. Los factores asociados con la actitud cognitiva y conductual de rechazo con la VG fueron: tener edad de 23 a 35 años (RM 2.93 IC 95% 3.0-8.0), familiares con violencia (RM 2.47 IC 95% 1.13-5.37) y nivel de bachillerato (RM 5.03 IC 95% 1.20-10.21). El ser autora de violencia tiene una actitud afectiva desfavorable hacia la VG (OR 5.30 IC 95% 11.08-25.88). Las barreras institucionales y personales para la identificación de los casos de VG, fueron 74.3%.

Conclusiones: Se requiere sensibilizar y capacitar para identificar y referir a los casos con VG, además de implementar programas de salud mental para las enfermeras que sean autoras o víctimas de violencia.

PALABRAS GUÍA: *Violencia de género, actitudes, conocimiento, personal de enfermería.*

^a Enfermera especialista en Salud Pública, Departamento de Investigación Psico-Social del Instituto Nacional de Perinatología, "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER).

^b Licenciada en Enfermería de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

^c Investigadora en Ciencias Médicas C, Departamento de Enseñanza del INPerIER.

Correspondencia:

ESP María Eugenia Mendoza-Flores, Departamento de Investigación Psico-Social de INPerIER, Subdirección de Investigación en Salud Pública. Torre de Investigación 2o. piso, Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, C.P. 11000, México, D.F.

Correo electrónico: tina14mx@yahoo.com

Recibido: 3 de julio de 2006.

Aceptado: 8 de noviembre de 2006.



INTRODUCCIÓN

La violencia de género (VG) es un problema social debido a la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder que establecen los hombres sobre las mujeres.¹ Este tipo de violencia tiene consecuencias graves para la salud y la vida de las mujeres e impone costos económicos considerables, tanto en la familia como en los Servicios de Salud. Se estima que la VG llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable de la mujer, lo que se traduce en una menor calidad de vida.^{2,3} La violencia es un problema de salud pública como lo reconoce la OMS, al señalar que a nivel mundial, cada año se estima que de 10 a 69% de las mujeres han sufrido maltrato psicológico, físico y sexual, por parte de su compañero.²

Se calcula que cada año mueren en el mundo cuatro millones de mujeres víctimas de la violencia.² Olalla García indica que entre 30 y 40% de las mujeres latinoamericanas han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar.⁴

Una encuesta de hogares⁵ mostró que existe una probabilidad de 60.6% de que una mujer sea agredida cuando está embarazada, que cuando no lo está. La violencia doméstica durante el embarazo adquiere particular importancia, ya que se trata de una agresión que pone en peligro no sólo una, sino dos vidas humanas. No obstante que se haya encontrado que en la mayor parte de los episodios de violencia doméstica, los golpes van dirigidos a la cabeza de la mujer embarazada;¹ por lo que el riesgo de muerte es latente.

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM),³ mostró las siguientes cifras:

- Una de cada cinco mujeres sufre de violencia por parte de su pareja actual.
- Una de cada tres mujeres ha sufrido violencia de pareja, alguna vez en su vida.

CONOCIMIENTO Y CAPACITACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

La atención de la mujer maltratada que acude a los Servicios de Salud, requiere que el personal de Salud (médicos [as], enfermeras[os], trabajadores[as] sociales y psicólogos[as], principalmente) tenga conocimiento, sensibilidad y la capacitación suficiente para atender la violencia de género; dado que son los

primeros en entrar en contacto directo con las mujeres. Existen pocos estudios que dan cuenta sobre cómo se identifican los casos de violencia y cómo se debe canalizar cada situación, dependiendo de la problemática de que se trate, como pueden ser los de carácter legal, la protección del personal de salud, así como los derechos de las mujeres a ser atendidas en una institución de salud.⁶⁻⁸

Asimismo, para que en la práctica se observe un cambio significativo, es importante que se consolide la capacitación del personal de Salud desde la perspectiva de género. Existe una necesidad continua de capacitación efectiva de este grupo laboral, para abordar la problemática de la violencia contra las mujeres. A pesar de esta necesidad, es relativamente escasa la literatura sobre la existencia de cursos de capacitación de los profesionales de la salud en materia de tratamiento de la violencia en el ámbito familiar.⁸

Los profesionales de la salud no pueden permanecer ajenos a este problema de salud pública. Sin duda, su intervención es necesaria para la prevención, la detección, el tratamiento y la orientación de este complejo problema. En donde es imprescindible un abordaje integral y que, además, exista una coordinación amplia con otros profesionales e instituciones del Sector Salud, en particular en el ámbito de la atención primaria. Se debe, pues, colaborar activamente en la búsqueda y puesta en práctica de las intervenciones necesarias. Tenemos también la obligación de adquirir el grado de competencia óptimo que nos permita proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema.¹⁰

El personal de Salud de Enfermería tiene un papel fundamental en la prevención de la violencia doméstica, dada su cercanía con la gente (lo que le permite detectar y actuar de manera directa en los casos que así se requiere). Para ello, es necesario que este tipo de personal sea capacitado en la detección y prevención de la violencia doméstica y se le sensibilice en torno a dicha problemática.¹¹

En el campo de la investigación de VG, existen diferentes prioridades: la disponibilidad de datos confiables sobre la magnitud del problema, las distintas consecuencias que tiene, los costos económicos y la identificación de estrategias de prevención y tratamiento de la violencia, así como la evaluación de la eficacia de tales medidas y las posibilidades de volverlas a aplicar.¹²

Es frecuente que en los Servicios de Salud no se identifiquen los problemas de la violencia subyacente, aun cuando éstos sean la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos, por los que las víctimas demandan atención. En un estudio realizado en Estados Unidos de América (EUA),¹³ se estima que 50% del personal médico y 70% de enfermería consideró que la prevalencia de la VG era equivalente o menor a 1%; por lo que en dicho estudio se estimó, que uno de cada 10 sujetos del personal médico y cinco de cada 10 del personal de Enfermería, nunca han identificado una víctima de violencia. De acuerdo con datos del Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, en la Ciudad de México,¹⁴ entre 77 y 88% del personal de Salud desconocía la existencia de protocolos de atención a víctimas de violencia, sin embargo, identificaba entre uno y cinco casos por mes.

Las barreras para la identificación y referencia de víctimas de la violencia son múltiples y, de acuerdo con su origen, se pueden eliminar por medio de intervenciones como la capacitación del personal o la reorganización de los servicios. Méndez y cols. realizaron un estudio entre el personal de Salud de primero y segundo nivel de atención, e identificaron las siguientes barreras: falta de privacidad, tiempo corto para la consulta y la ausencia de protocolos de atención.

Otras de las barreras difíciles de eliminar, son las relacionadas con la existencia de ciertas condiciones sociales, culturales y personales que, desde la perspectiva de género, son cruciales para comprender el problema. Hablar de este tema, por ejemplo, significa introducirse en el espacio privado, por lo que ni las víctimas ni el personal de salud lo hacen.¹⁵

Una de las barreras encontradas, es que no se cumple con el procedimiento establecido en las Normas de Atención, las cuales contemplan las siguientes medidas: identificación y valoración de riesgo, fortalecimiento, orientación, referencia y registro del evento. Para la identificación y la valoración de riesgo, se necesita contar con capacitación, privacidad y tiempo suficiente en la consulta. Por su parte, para el fortalecimiento y la orientación de la víctima, es necesario conocer los lugares a donde referir a la víctima. La falta de apoyo por parte de las autoridades de las instituciones, así como la falta de coordinación institucional, limita la referencia y seguimiento de las víctimas de VG. El personal prefiere no registrar los

casos, lo que hace que éstos aún no se contabilicen en los registros de los Servicios de Salud; sin embargo, si existe una actitud de rechazo hacia la VG (por parte del personal de salud), entonces las barreras que dificultan la atención pueden ser más fáciles de eliminar,¹⁶ dado que dicha actitud forma parte de las experiencias colectivas que se transmiten en el núcleo familiar, de acuerdo con la definición de Allport.¹⁷

COMPROMISO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON LA ATENCIÓN A LAS MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA POR PARTE DE SU PAREJA

El personal de Enfermería, en particular el que ejerce su actividad en los servicios de atención primaria, debe colaborar activamente en la búsqueda y puesta en práctica de las intervenciones necesarias para dar respuesta a las mujeres víctimas de violencia ocasionada por su pareja. Tiene también la obligación de adquirir el conocimiento necesario para distinguir los tipos de violencia existente; así como la prevalencia del problema y los aspectos generales sobre la legislación del tema, con el fin de proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema.¹

Debido a que el personal de Enfermería cuenta con mayor tiempo de contacto con las usuarias de los Servicios de Salud, el personal disfruta, en general, de la confianza y la empatía de la paciente, por lo cual se convierte en el receptor ideal para la identificación de casos de violencia.^{19,20}

Es necesario enfatizar la importancia de la prevención e identificación de los casos de violencia contra la mujer, por parte de los profesionales de la Salud y ofrecer información suficiente, oportuna y sin prejuicios, por ejemplo, hacer a un lado las concepciones o las actitudes sexistas que culpabilizan a las mujeres de la violencia que sufren por parte de su pareja.^{1,20}

En México, la notificación y registro de las mujeres víctimas de VG, es de carácter obligatorio, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM 190-SSA1-199921, por lo cual, los casos detectados deben ser reportados a la Secretaría de Salud.²²

El enfoque de atención a la violencia debe ser multidisciplinario (medicina, epidemiología, sociología, psicología, criminología, pedagogía, economía, antropología), lo que permitirá que los



conocimientos adquiridos sean innovadores y, al mismo tiempo, la acción sea colectiva, con el fin de ir de resolver un problema, que no es exclusivamente médico.

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) se proporciona atención médica principalmente a mujeres (en su mayoría embarazadas), forma recursos humanos en el campo de la reproducción humana, realiza investigación en esa misma área y es centro de referencia en sus especialidades. Sin embargo, se desconoce con qué frecuencia el personal de Enfermería identifica a mujeres víctimas de violencia y de qué manera responde a sus necesidades, en caso de detectarse. Así mismo, se desconoce el nivel de conocimiento que tienen los proveedores de servicios, principalmente en el caso de las y los enfermeras (os), respecto a la Norma Oficial Mexicana correspondiente y su disposición hacia su cumplimiento, así como las barreras institucionales para la identificación y atención de los casos de VG.

El objetivo del presente estudio fue identificar los conocimientos y actitudes, así como las barreras personales e institucionales del personal de Enfermería del INPerIER en relación con la VG, con el fin de tener un diagnóstico situacional del problema y dar respuesta a las necesidades de capacitación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se empleó el cuestionario de la “Encuesta de Violencia contra la mujer por parte de su pareja: Opinión del Personal de Salud (Médico, Enfermería, Trabajo Social y de Psicología)”.³ La encuesta se levantó del 11 de octubre de 2005 al 22 de mayo 2006. El universo de estudio fue de 150 enfermeras(os), con una tasa de no aceptación de 25%. Los criterios de inclusión fueron: personal de enfermería que estuviera en contacto con mujeres en los servicios de: Hospitalización, Urgencias, Cuidados Intensivos del Adulto y Consulta Externa, de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) y que desearan participar en forma anónima, libre e informada al estudio, dándole a conocer el propósito y los beneficios del mismo. Los criterios de exclusión fueron: personal de Enfermería que se encontrara en los servicios pediátricos (Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido) y en áreas cerradas (CEYE, UTQ); y de eliminación, todas

aquellas encuestas en las cuales el personal ya no deseó continuar contestando.

Las variables independientes fueron:

1. Datos sociodemográficos: Edad, sexo, unión conyugal, año en que terminaron sus estudios, nivel máximo de éstos y turno laboral (cinco ítems).
2. Evaluación del conocimiento sobre la VG: manejo de guías y protocolos, contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-199921 e instituciones para referir a mujeres con maltrato. A partir del contenido de la norma, se construyó un índice de conocimiento con tres ítems (puntuación mínima 0 y máxima de 3), que se dividió en las siguientes tres categorías:
 - a) Nivel de conocimiento nulo o bajo (0): sujetos con puntuación de 0-1.
 - b) Nivel de conocimiento medio (1): sujetos con puntuación de 2.
 - c) Nivel de conocimiento alto (2): sujetos con puntuación de 3.
 - d) Información sobre experiencias de VG en personas cercanas o familiares, o ser autora o víctima de VG (tres ítems).

La variable dependiente fue la actitud, con tres componentes: cognitivo (lo que la persona piensa), afectivo (lo que siente) y conductual (tendencia a manifestar pensamientos y emociones). Se tomó la definición de Allport,¹⁷ quien describe a la actitud como un: “Estado mental y neural de disposición organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”.

La actitud y sus componentes se midieron de la siguiente forma:

- **Cognitiva:** Se refiere a la información que tiene el individuo con respecto a la violencia de género:
 1. ¿Qué porcentaje existe de VG?
 2. ¿En qué nivel socioeconómico se presenta la VG?
 3. ¿Cuáles son los tipos de violencia?

4. ¿Qué leyes protegen los casos de VG? (4 ítems).

Las respuestas se dividieron en dos categorías:

- a) Actitud cognitiva desfavorable: sujetos con puntuación de 0-2.
- b) Actitud cognitiva favorable: sujetos con puntuación de 3-4.

Afectiva: se relaciona con el sentimiento de simpatía o antipatía con respecto a la VG:

1. Personas que manifestaron interés por capacitarse en el tema.
2. Sujetos que identificaron las causas que originan que un hombre sea violento.
3. Sujetos que identificaron qué alternativas tomar ante casos de mujeres maltratadas (tres ítems).

Las respuestas se dividieron en dos categorías:

- a) Actitud afectiva desfavorable, sujetos con puntuación de 0-1.
- b) Actitud afectiva favorable, sujetos con puntuación de 2-3.

Conductual: Indica el comportamiento del individuo con respecto a la VG:

1. Identificación de casos de VG.
2. Observación de lesiones físicas y/o malestares psicológicos (dos ítems).

Las respuestas se dividieron en dos categorías:

- a) Actitud conductual desfavorable, sujetos con puntuación de 0.
- b) Actitud conductual favorable, sujetos con puntuación de 1-2.

También se le preguntó al personal de Enfermería, en relación con la necesidad de contar con cursos de capacitación en el INPerIER sobre VG. Las respuestas fueron ordenadas de acuerdo con su orden de importancia, en relación con: aspectos legales, impacto de la violencia en la salud de las mujeres, conocimiento sobre estadísticas nacionales y regionales, conocimiento sobre instituciones especializadas para canalizar a víctimas y aspectos

psicológicos para la atención de mujeres maltratadas.

Se procesó y analizó la información obtenida en el paquete de computo *SPSS para Windows, versión 12*, cubriendo primero una fase descriptiva y, posteriormente, se realizó una prueba de regresión logística para identificar los conocimientos y actitudes del personal de enfermería en relación con la VG.

RESULTADOS

Participaron 136 enfermeras(os), con una tasa de no aceptación al estudio de 9.4%. Las características sociodemográficas del personal fueron: edad promedio de 37 años, con un intervalo de edad de 23 a 55 años. El 52.9% de las participantes se encontraban sin pareja al momento de la entrevista. Con respecto a la terminación de los estudios, el intervalo fue entre los años de 1968-2006. En la categoría de enfermeras generales estaba 51.5% de los entrevistados y 47.1% tenían estudios de carrera técnica post-secundaria. En el turno laboral matutino, se encontraron 54.4% de los participantes (Tabla 1).

Al evaluar el nivel de conocimiento de la VG se encontró que: 92.6% tenía nulo o bajo conocimiento y 7.4% medio. El porcentaje de actitudes cognitiva y conductual favorables fue de 58.1 y 83.1%, respectivamente; la actitud afectiva desfavorable fue de 94.1%. Por otra parte, 64.7% del personal de Enfermería tenía amigos o familiares que sufrían de VG; 24.3% refirió haber sido víctima de VG y 22.8% autora de VG (Tabla 2).

El análisis de regresión logística mostró que los factores asociados con tener una actitud cognitiva favorable en información sobre VG y tener una actitud conductual favorable para identificar los casos con lesiones físicas y/o psicológicas de VG, fueron: edad de 23-35 años (RM 2.93; IC 95%: 1.0-8.1); tener amigos víctimas de violencia (RM 2.47 IC 95% 1.1-5.3); contar con nivel de bachillerato (OR 5.3; IC 95%: 1.1-23.5) y tener familiares víctimas de violencia (OR 2.7; IC 95%: 1.0-7.3). Por su parte, los factores asociados con una actitud afectiva desfavorable, fueron: ser autora de la violencia (es decir, personas sin interés en capacitarse en VG); tener ideas sexistas; así como, tener indiferencia en referir casos de VG (OR 5.3 IC 95% 1.0-25.8). Un conocimiento nulo o bajo sobre la VG se asoció con tener familiares con



Tabla 1
Características sociodemográficas del personal de enfermería (N = 136)

Variabes	Frecuencia	Porcentaje
Sociodemográficas		
Edad (años)		
23-35	45	33.1
36-45	64	47.1
46-55	27	19.9
Con pareja		
Sí	64	47.1
No	72	52.9
Categoría		
Auxiliar	38	27.9
General	70	51.5
Especialista	8	5.9
Licenciatura	5	3.7
Supervisoras	2	1.5
Jefe de piso	13	9.6
Término de estudios		
1968-1983	28	20.6
1984-1995	52	38.2
1996-2006	56	41.2
Nivel de estudios		
Carrera técnica post-Sec.	64	47.1
Carrera técnica con Bach	40	29.
Licenciatura	21	15.4
Especialidad	9	6.6
Maestría	2	1.5
Turno laboral		
Matutino	74	54.4
Vespertino	32	23.5
Nocturno	29	21.3
Fines de semana	1	0.7

violencia en el personal de enfermería (OR 10.3; IC 95%: 1.0-105.9) (Tabla 3).

BARRERAS INSTITUCIONALES Y PERSONALES PARA LA IDENTIFICACIÓN DE CASOS DE VG

Entre las barreras institucionales para la identificación de casos se encontraron: falta de tiempo

Tabla 2
Conocimiento y actitud hacia la violencia de género del personal de enfermería (N = 136)

	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento		
Nulo o Bajo	126	92.6
Medio	10	7.4
Actitud Cognitiva		
Desfavorable	57	41.9
Favorable	79	58.1
Actitud Afectiva		
Desfavorable	128	94.1
Favorable	8	5.9
Actitud Conductual		
Desfavorable	23	16.9
Favorable	113	83.1
Experiencia de VG		
Amigos o familiares	88	64.7
Víctima de violencia	33	24.3
Autora de violencia	31	22.8

en la consulta (27.2%), ausencia de protocolos de detección para el manejo de casos (22.8%), saturación de los servicios de Salud (22.8%). Dentro de las barreras personales para la VG, estuvieron: desinterés del personal de Salud por identificar casos de VG (29.4%), incomodidad para tratar de identificar este tipo de problemas sociales (28.7%) (Tabla 4).

El 26.5% del personal de Enfermería refirió que la institución les había ofrecido capacitación de VG, pero únicamente 11% tomó el curso. De los cuales, sólo 10.3% consideraron que les fue de utilidad. De 15.5% del personal que no tomó el adiestramiento, el 12.5% consideró que la razón para no hacerlo fue la falta de tiempo. Por su parte, 95.6% del personal señaló la importancia de contar con capacitación sobre VG, entre los temas de mayor interés fueron: conocer las estadísticas nacionales y regionales (48.5%), saber sobre aspectos psicológicos acerca del maltrato, para así poder ayudar a las mujeres (37.5%), estar informado sobre aspectos legales para el apoyo de las víctimas (35.3%), conocer instituciones

Tabla 3
Modelo multivariado de regresión logística entre
conocimiento y actitud relacionado con la VG del personal de enfermería

	Frecuencia	RM*	IC 95%
Actitud cognitiva favorable			
Edad (años)			
23 a 35 años	45	2.9	1.0-8.1
> 36 años	91		
Amigos con violencia			
Sí	88	2.4	1.1-5.3
No	48		
Actitud conductual favorable			
Escolaridad			
C/bachillerato	40	5.0	1.2-21.1
Sin bachillerato o con licenciatura	96		
Familiares violentados			
Sí	88	2.9	1.1-7.6
No	48		
Actitud afectiva desfavorable			
Autora de violencia			
Sí	31	5.3	1.0-25.8
No	105		
Conocimiento Nulo-Bajo de VG			
Familiares violentados			
Sí	88	10.3	1.0-105.9
No	48		

*RM = Razón de momios ajustada

Tabla 4
Barreras institucionales y personales para la
identificación de casos de violencia de género. Personal de Enfermería, 2006

Barreras Institucionales	Frecuencia	Porcentaje
Falta de tiempo en la consulta	37	27.2
Falta de protocolos	31	22.8
Saturación de los servicios de salud	31	22.8
Falta de privacidad en la consulta	30	22.1
Falta de políticas institucionales	27	19.9
Falta de apoyo de las autoridades	24	17.6
La VG no es un problema de salud	23	16.0
Barreras personales		
Desinterés del personal de salud	40	29.4
Es incomodo identificar casos VG	39	28.7
No es de su competencia laboral	38	27.9
La VG es un problema privado	33	24.3
No es un problema de salud	28	20.6



Tabla 5
Necesidades para la capacitación del Personal de Enfermería, 2006

Necesidad	Frecuencia	Porcentaje
El INPerIER ha ofrecido curso sobre violencia:		
Sí	36	26.5
No	100	73.5
Tomó el curso:		
Sí	15	11.0
No	21	15.5
Causas por las que no tomo el curso:		
Falta de tiempo	17	12.5
Horario inadecuado	1	0.7
Problemas de salud	1	0.7
Falta de interés	2	1.5
Temas de interés sobre violencia de género		
Estadísticas nacionales y regionales	66	48.5
Aspectos psicológicos de maltrato	51	37.5
Aspectos legales	48	35.3
Conocer instituciones especializadas	36	26.5
El impacto de la violencia en la salud de las mujeres	33	24.3

especializadas para canalizar a las víctimas (26.5%) y contar con información sobre el impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres (24.3%) (Tabla 5).

DISCUSIÓN

A pesar de que la muestra que se obtuvo fue la esperada, el tamaño no fue el adecuado, pues los intervalos de confianza fueron muy amplios. Es necesario señalar que faltó completar el estudio entre los demás integrantes del equipo de Salud (médicos, psicólogos y trabajo social), parte medular de la atención integral que refieren otros estudios.²³ Llama la atención el pobre nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería sobre la VG, a esto se le suman las actitudes afectivas desfavorables para no capacitarse y las ideas sexistas que prevalecen, así como la indiferencia a referir casos de VG. Hallazgos similares fueron informados en el estudio de García-Moreno.²⁴ Este autor encontró que entre los miembros del personal de Salud menos comprometidos, estuvieron las enfermeras y los enfermeros; el autor se cuestiona qué tipo de atención se está ofreciendo y qué trato humano se brinda a las necesidades de los usuarios de los servicios de Salud.

Este problema social no sólo requiere del compromiso por parte del personal de Salud, sino

también de la implementación de políticas apropiadas en cada institución. El INPer-IER es una institución descentralizada, con autonomía de gestión, sin embargo, no parece estar dando respuesta a las usuarias víctimas de violencia. A pesar de que éste no fue uno de los objetivos que se plantearon en el estudio, se identificó que los médicos no reportaron casos de violencia, debido a que no hubo evidencias de su existencia en el expediente de la paciente, por lo tanto, no hubo tampoco registros estadísticos de dicho problema en la institución.

Por otro lado, es importante señalar el escaso porcentaje del personal de enfermería que tuvo una actitud favorable para identificar lesiones físicas y/o psicológicas, aunado al hecho de que se trata de gente joven, que cuenta con familiares que sufrieron violencia, lo que lo hace susceptible a querer comprometerse con este tipo de problemas. Situación contraria ocurrió entre el personal generador de violencia, el cual no proporcionó la atención que estipula la NOM 1999, para poder identificar y referir los casos de VG a la institución adecuada. Con esta situación, es evidente que el personal de Enfermería no cuenta con la ayuda especializada para resolver sus propios conflictos, por lo que tampoco lo hará con sus pacientes, tal como lo refiere el estudio de Méndez.^{26,27}

Dentro del apartado de los temas de capacitación para la VG, destacan, en primer término: ubicar al personal de Enfermería dentro de la problemática de la epidemiología de este problema, tal y como lo declara la OPS. Otro de los temas fue el relativo a describir los efectos causados por la VG, desde distintos ámbitos: biológico, social, psicológico, legal y la estimación de costos para el Sector Salud y para la familia. Finalmente, es importante que el personal de Salud conozca las instituciones a dónde referir a las mujeres en caso de maltrato.

En el estudio de Méndez¹ se demuestra que una vez identificado el caso, lo ideal es canalizarlo a las instituciones que cuenten con el personal capacitado para brindar la mejor ayuda especializada; sin embargo, en este estudio el personal de Enfermería refiere que el trabajo de canalizar a las pacientes: “es una actividad propia del Servicio de Trabajo Social o de Psicología”. Por lo que esta respuesta expresa que es un campo que nos les compete.

Otras de las barreras que dificulta brindar una atención integral son las condiciones de atención de la institución, pues la falta de normas, protocolos de identificación, manejo, así como la escasa o nula legitimidad social que tienen las intervenciones del personal en este problema de Salud. A todo esto, se suman las tendencias ideológicas y políticas de las instituciones, lo que a su vez limita dar una respuesta apropiada a las necesidades de las usuarias, datos similares a los encontrados en el estudio de Méndez.

CONCLUSIONES

El presente estudio brinda información relativa al conocimiento que tiene el personal de Enfermería en relación con la violencia de género (violencia de pareja), sus actitudes en relación con los casos de VG, así como el conocimiento que tiene para canalizar a las víctimas a una institución apropiada.

El problema de la VG debe considerarse, tanto como un problema social, como un problema de Salud Pública, dada su magnitud y gravedad. Existe un considerable número de limitaciones dentro de una institución de tercer nivel, como el INPerIER, en la detección, atención y prevención de la VG, las cuales fueron mayores a las esperadas. Dentro de las barreras encontradas en este estudio, destaca la falta de apoyo y coordinación, por parte de las autoridades del instituto, para los programas de

atención de la VG, lo que limita la referencia y el seguimiento de las víctimas, ya que no se registran los casos de VG en los servicios de Consulta Externa y Urgencias. Otra de las barreras encontradas, fue la limitación que tuvo el personal de Enfermería en identificar adecuadamente los casos de VG.

Se puede concluir que el personal de Enfermería mostró un nivel de conocimiento nulo o bajo, sobre: la norma oficial del tema; el conocimiento de las instituciones apropiadas a las que se debe referir la víctima; así como, el conocimiento de los procedimientos apropiados para la atención de víctimas de VG. También se encontró que una proporción del personal de Enfermería tenía una actitud desfavorable hacia la VG, es decir, predominaban las ideas sexistas sobre el tema y mostraron indiferencia en identificar y referir los casos de mujeres con VG.

Los resultados aquí presentados, refuerzan la necesidad de capacitar a este tipo de personal, ya que es esencial que cuente con un buen entrenamiento para proporcionar una atención adecuada, así como para identificar y referir a las pacientes víctimas de VG a una institución especializada. También, es necesario implementar programas de salud mental tendientes a detectar al personal de Salud generador de violencia, para que pueda atender su problemática particular, así como superar su notoria incompetencia para identificar y dar respuestas a los casos de VG.

El INPerIER debe de implementar un programa de capacitación al personal de Salud de Enfermería, ya que los conocimientos sobre VG fueron limitados. Asimismo, se requiere de una adaptación a las guías o protocolos para el apoyo a las víctimas de VG y el apoyo de las autoridades para crear las condiciones necesarias que permitan otorgar el tiempo y la privacidad en la consulta para la atención de este tipo de pacientes. Con ello, el personal de Enfermería se encontrará en las condiciones adecuadas para dar orientación a las mujeres víctimas de VG, lo que sin duda fortalecerá y dará solidez a la atención de este grave problema de salud pública en nuestra institución.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración de todo el personal de Enfermería por las respuestas a sus experiencias para la realización de este estudio. A la



Doctora Teresa Lartigue Becerra por sus comentarios y sugerencias en la revisión del proyecto y al Actuario

Gerardo Vázquez Monroy, por su asesoría en el trabajo estadístico.

ABSTRACT

Objective: To identify attitudes and knowledge among nurses from Instituto Nacional de Peinatología (INPer-IER) regarding Gender Violence (GV).

Material and methods: This is a cross-section, observational and analytic study. Participants were nurses who had been in contact with women attending INPer-IER. Information was collected anonymously and voluntary through the "Partner violence against women: healthcare professional's opinion Survey". A logistic regression model was calculated to evaluate the association among several factors including knowledge of guidelines, counselling and centers for assistance to affected women.

Results: A total of 136 nurses participated in the study (9.4% non-participants). Average age was 37 years, 52.9% did not have a partner, 51.5% were non-specialized nurses, 47.1% had a post-high school education and 54.4% had an afternoon shift. Knowledge regarding was none-low in 92.6% of the nurses and moderate in 7.4%. Factors associated with cognitive and behavioural attitude and GV included age between 23-35 years (OR 2.93; IC 95%: 3.0-8.0), family members with violence (OR 2.47; IC 95%: 1.13-5.37) and bachelor's level (OR 5.03; IC 95%: 1.20-10.21). The being violence author has an unfavourable affective attitude (OR 5.30; IC 95%: 11.08-25.88). Personal and institutional barriers to identify GV cases were present in 74.3% of the cases.

Conclusions: It is necessary to sensitize and train nurses to give assistance or counselling to GV cases, as well as to implement mental health programs for nurses who act violent or are victims of violence.

KEY WORDS: *Gender violence, attitudes, knowledge, personnel nursing.*

REFERENCIAS

1. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velásquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Sal Pub Mex* 2003; 45; 472-82.
2. Krug G-Etienne L, Dahlberg-James M, Zwi BA, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. EUA: OMS-OPS; 2003, p 97.
3. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. Cuernavaca Mor. Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
4. García-T Olalla, Cedenilla N, Cañones-Garzón P. Violencia doméstica, violencia de sexo. *Revista de la SEMG Madrid* 2003; 9: 475-84.
5. Hawke A, Behn-Claudio P. La violencia doméstica contra mujeres y niñas. *Innocenti Digest*. Florencia-Italia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF; 2000, No 6. Disponible en: www.unicef-icdc.org
6. Saucedo-González I. Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen

- en México. *Perinatol Reprod Hum* 1996; 10: 100-10.
7. Valdez R, Juárez C. Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental* 1988; 21: 1-10.
 8. Hajar MC, Lozano R, Valdez R, Blanco J. Lesiones intencionales como causa de demanda en atención en servicios de urgencia hospitalaria en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2002; 25: 35-42.
 9. Benenson-House P. *Mujeres, violencia y salud*. España: Amnistía Internacional; 2005. [Actualizado en febrero de 2006] Disponible en: www.amnesty.org/actforwomen.
 10. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. *Hacia un modelo integral de prevención y atención de la violencia intrafamiliar: ampliación y consolidación de las intervenciones coordinadas por el Estado y la sociedad civil*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, DC: OPS/OMS; 2001: pp 16.
 11. IMIFAP. *Educación, salud y vida. Los servicios de salud ante la violencia doméstica. Detección y manejo de mujeres víctimas de violencia doméstica. Desarrollo y evaluación de un programa dirigido al personal de salud*, México: 1999.
 12. *Modelo Integral de Atención a la Violencia Intrafamiliar; desconstruyendo la violencia intrafamiliar: Estado y Sociedad Civil, el papel del sector salud*. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, serie género y salud pública. Costa Rica: 2001.
 13. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians response to domestic violence. *Opening Pandora's Box*. *JAMA* 1992 ; 267: 3157-60.
 14. Dearwater SR, Coben JH, Nah et al. (faltan autores). Prevalence of domestic violence in women treated at community hospital emergency department. *JAMA* 1998; 480: 433-8.
 15. Shiroma-Granados M, Marisca-Ortiz JD. *Violencia: ética, justicia y salud para la mujer*. Ipas. Declaración Monterrey 2000 sobre violencia familiar y sexual hacia la mujer. (Faltan datos como nombre de la Conferencia, institución organizadora, etc.)
 16. Rodríguez-Bolaños RA, Márquez-Serrano M, Kageyama-Escobar ML. *Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua*. *Sal Pub Mex* 2005; 47: 134-44.
 17. Dawis-Robin M. *Fundamentos y técnicas de medición de las actitudes*. México, D.F.: Editorial Limusa; 1983, p.29.
 18. Fernández-Alonso MC, Velásquez-Herrero S, Ramírez-Buitrago F, Misol-Ciurana R, Bentata-Chocron L, Campayo-García J, et al. *Violencia Doméstica*. *Salud Pública Promoción de Salud y Epidemiología*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España: 2003.
 19. Griffin M, Koss M. *Clinical Screening and Intervention in Cases of Partner Violence*. *Online J Issues Nurs* 2002; 7.
 20. Lartigue BT. Una tarea inaplazable para enfermería: detección y prevención de la violencia domestica. *Enfermería una profesión de alto riesgo*. México: Ed. Plaza y Valdez; 1998, p. 369-404.
 21. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, *Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar*. Secretaría de Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, 8 de Marzo de 2000.
 22. *Ley de Asistencia y Prevención de la violencia intrafamiliar*. México, DF: Publicada en el Diario Oficial de la Federación, Julio de 1995.
 23. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan Craig, et al. *Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care*. *JAMA* 1997; 278: 502-9.
 24. García-Moreno C. *La Violencia contra la mujer: un problema de equidad de género*. Buenos Aires, Argentina, 30 de Nov., 1° y 2 de Dic., 2001.
 25. Campbell JC. *Health consequences of intimate partner violence*. *Lancet* 2002; 359: 1331-6.
 26. Kim J, Motsei M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1243-54.
 27. Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH. *Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experience abuse/domestic violence*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998; 27: 175-82.

