

Policlínico "Ezequiel Miranda Díaz"

Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario del municipio "Julio Antonio Mella" sobre violencia intrafamiliar contra la mujer

Dr. Juan Guillermo del Valle Llagostera,¹ MsC. Adrián Palú Orozco,² Dra. C. Carolina Plasencia Asorey,³ MsC. María Iluminada Orozco González⁴ y Dra. Odalys María Álvarez Guerra⁵

En el mundo actual, donde violencia es el verbo, el adjetivo, el sustantivo incluso, el todo de una sociedad irónicamente decadente, a la vez que dotada de todos los medios y recursos para conquistar el universo conocido y florecer como raza, conviene hacer una breve pausa para reflexionar sobre tal hecho. Violencia, como se acaba de decir, es el todo de la sociedad globalizada, posmodernista y complejamente virtual del naciente milenio; pero si la crueldad y violencia hacia los desconocidos no se perdonan ni comprenden, hacia las familias, mucho menos. ¿Acaso en esta se encuentra el principio de la descomposición social que se vive en este mundo de parafernalia? Y de ser así, ¿de dónde viene semejante fenómeno?¹

La relación de la salud con la violencia es mucho más que el registro de eventos. La violencia implica en sí misma una amenaza o negación de las condiciones o posibilidad de realización de la vida y la propia supervivencia, la cual está produciendo un número creciente de lesiones y alteraciones no mortales, que requieren atención generalmente de urgencia, así como rehabilitación física y psíquica.²

En las Américas, uno de los temas más prominentes y que ocupa la atención de los gobiernos, la sociedad civil y los organismos internacionales, es indudablemente el de la violencia en sus diferentes formas y manifestaciones. A medida que el problema de la violencia ha ido aumentando, también lo ha hecho la concordancia de su impacto en diversas áreas de la vida social, en especial de correspondiente a la salud.

La violencia intrafamiliar deviene un problema social de grandes dimensiones, que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente mujeres, niños y ancianos. La familia, como eje central de la vida, es una de las instituciones sociales cuya función principal consiste en la creación de un ambiente armónico, que brinde apoyo y seguridad a sus integrantes y permita el desarrollo del hombre y su inserción social; en ese contexto es más difícil identificar y nombrar la violencia, cuya armonía puede estar amenazada por los actos cometidos dentro de ella por cualquiera de sus miembros, que dañe la integridad física o psicológica de los demás.³⁻⁵

Uno de los mayores retos que se deriva de este análisis, se sustenta en el hecho de que los prestadores de servicios sanitarios desconocen muchos elementos relacionados con la violencia intrafamiliar, tales como manifestaciones más comunes, ruta crítica a seguir cuando se comete un acto violento, formas de prevención y atención, entre otras. Ante tal inquietud y con la finalidad de intervenir en este problema, que amenaza convertirse en la pandemia del siglo XXI, se desarrolló la presente investigación, a fin de lograr una valoración más completa del fenómeno, tanto por parte de los sanitarios del citado municipio como de la población víctima de maltratos.

Métodos

Se realizó un estudio experimental bietápico, de tipo intervención comunitaria, que incluyó en su primera etapa una caracterización del problema y en la segunda la intervención propiamente dicha, dirigida a prestadores de servicios del Sector.

El universo de trabajo estuvo conformado por los 347 médicos de ambos sexos y enfermeras(os) del municipio "Julio Antonio Mella" de la provincia de Santiago de Cuba durante el 2007. Para medir el nivel de conocimientos del personal de salud se efectuó una entrevista diseñada, la cual se aplicó antes y después de la intervención, con vista a elevar el nivel de conocimientos sobre el tema.

Se aplicó el test de Mc Nemar para la validación estadística y efectividad.

Los datos fueron recogidos por el investigador principal para minimizar los sesgos. Se utilizó el sistema SPSS, versión 15.0, para el análisis estadístico; y como medidas de resumen estadístico, las frecuencias absoluta y relativa (porcentaje). Dadas las características del estudio y el hecho de utilizar un universo de personas, se trabajó con intervalos de confianza para la validación de los resultados.

Resultados

Según categoría ocupacional de los trabajadores de la salud del municipio, 235 conformaban el personal de enfermería (67,7 %) y los 112 restantes eran médicos de ambos sexos (32,3 %).

En la **tabla 1** se resumen las conductas que según los prestadores de asistencia sanitaria, deben ser adoptadas en la atención a mujeres víctimas de violencia.

Tabla 1. *Conducta seguida ante una mujer víctima de violencia*

Formas evaluación de las familias	Frecuencia absoluta (médicos) n1 = 112	Frecuencia relativa % (médicos)	Frecuencia absoluta (enfermería) n2 = 235	Frecuencia relativa % (enfermería)	Total (FA) N = 347	%
Certificado médico	96	85,7	0	0,0	96	28,4
Notificación a la Policía Nacional Revolucionaria	4	3,6	2	0,8	6	1,7
Consejería	12	10,7	49	20,8	61	18,1
Total	112	100,0	51	21,7	163	48,4

Nota: Los porcentajes se calcularon a partir de las subpoblaciones (n1 y n2) correspondientes; los de la columna Total, sobre la base de N.

Fue evidente que a los galenos correspondió el protagonismo, toda vez que son estos los únicos que pueden emitir certificados médicos por lesión. De los 112 médicos y médicas entrevistados, solamente 96 (85,7 %) refirieron que la emisión de certificado por lesión debía ser contemplada. Las enfermeras, al no poder realizar dicho procedimiento legal, no identificaron este procedimiento.

Las orientaciones brindadas a la mujer, tanto por el personal médico como de enfermería se muestran en la **tabla 2**.

Tabla 2. *Orientaciones brindadas a la mujer*

Orientaciones	Frecuencia absoluta (médicos)	Frecuencia relativa % (médicos)	Frecuencia absoluta (enfermería)	Frecuencia relativa % (enfermería)	Total	%
Acudir a un abogado	10	8,9	24	10,2	34	9,8
Acudir a la PNR *	4	3,6	2	0,9	6	1,7
Acudir a la FMC **	6	5,4	17	7,2	23	6,6
Resolver el problema en el hogar	92	82,1	192	81,7	284	81,9
Total	112	100,0	235	100,0	347	100,0

* Policía Nacional Revolucionaria

** Federación de Mujeres Cubanas

Del total de médicos y enfermeras encuestados, 92 (82,1 %) de los primeros y 192 (81,7 %) de las segundas consideraron que los problemas de violencia debían ser abordados en el seno de la familia.

En la **tabla 3** se relacionan los factores que identificaron los médicos y enfermeras de la familia como facilitadores de la violencia intrafamiliar.

Tabla 3. Factores identificados como facilitadores de la violencia intrafamiliar

Factores identificados	Frecuencia absoluta (médicos) n1 = 112	Frecuencia relativa % (médicos)	Frecuencia absoluta (enfermería) n2 = 235	Frecuencia relativa % (enfermería)	Total N= 347	%
Consumo de bebidas alcohólicas	98	87,5	187	79,6	285	73,64
Celos	67	59,8	169	71,9	236	60,9
Bajo per cápita familiar	15	13,4	27	11,5	42	10,8
Familias numerosas	19	16,9	25	10,6	44	11,3
Infidelidad	107	95,5	228	97,0	335	86,5
Bajo nivel educacional	86	76,8	43	18,3	129	33,3
Sin vínculo laboral	22	19,6	37	15,7	59	15,2

Nota: Se consideraron múltiples respuestas para la variable "factores identificados como facilitadores de la violencia intrafamiliar", por lo cual no se totalizaron para las frecuencias absolutas y relativas.

A partir del análisis de esa tabla se evidenció que el mayor número de respuestas correspondió a la infidelidad como factor predisponente de la violencia, identificada por 95,5 y 97,0 % de médicos y enfermeras, respectivamente

En la **tabla 4** se resumen los resultados obtenidos por los prestadores de servicios en general, donde fueron corregidas y homogeneizadas en casos pertinentes, las respuestas emitidas por médicos y enfermeras del nivel primario de atención.

Tabla 4. Resumen del nivel de conocimientos del personal de la atención primaria de salud antes y después de la intervención

Perfiles	Antes de la intervención		Después de la intervención		% de desconocimiento Ajustados (antes de la intervención)	% de variación nivel de conocimientos (después)
	Adecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado		
Perfil A	49	298	340	7	85,9 DE: 1,19	97,6 DE: 2,23
Perfil B	347	0	347	0	0 DE: 0	0 DE: 0
Perfil C	115	232	341	6	66,8 DE: 1,78	97,4 DE: 2,96
Perfil D	321	26	347	0	7,5 DE: 1,89	100 DE: 1,94

P = 0,023 para test de Mc Nemar

DE: Desviación estándar

Se impone comentar que si bien el nivel de desconocimiento general identificado en la atención primaria de salud (APS) respecto a los conocimientos generales sobre violencia intrafamiliar, corroborado por 85,9 % para una desviación estándar de 1,19, luego de la intervención educativa llevada a cabo, el porcentaje de variación resultó evidente: 97,6, con una desviación estándar ubicada en 2,23. El perfil C resultó ser otro de los elementos en el cual se pusieron de relieve mayores problemas.

Puede plantearse que 66,8 % de los encuestados mostraron un nivel de desconocimiento sobre el acápite señalado, para una desviación estándar ubicada en 1,78. Luego de la intervención llevada a cabo, el porcentaje de variación evidenció un cambio importante: 97,4 %, para una desviación de 2,96.

Para el Perfil D, referente a los factores facilitadores, no hubo muchos cambios evidentes, puesto que al inicio se estimó el nivel de desconocimiento en 7,5 %. Luego de la intervención educativa, todas las respuestas fueron acertadas; razón por la cual el porcentaje de variación estuvo comprendido en 100, con una desviación estándar de 1,94.

Discusión

El predominio de las enfermeras en el Sector hace que resulte imprescindible su preparación para la atención a casos de violencia intrafamiliar, sobre todo tomando en cuenta que el desarrollo de la labor de terreno en los momentos actuales tiene un peso fundamental en el personal de enfermería y por la dedicación que tradicionalmente ha mostrado este personal ante situaciones de marcada trascendencia social, sin obviar la también necesaria instrucción de los médicos generales integrales en la atención a las víctimas.

El apoyo del personal sanitario deviene entonces una necesidad para la mujer que ha sido víctima de maltrato o agresión. Es el médico o la enfermera quien brinda los primeros auxilios a una persona víctima de violencia, cuando ha sido golpeada, por ejemplo, o cuando ha recibido otros traumatismos a consecuencia de actos violentos; sin embargo, la agresión cuyas consecuencias transcurren de forma silente (plano psicológico), debe ser también motivo de atención en el nivel primario de asistencia a través de las visitas de terreno, donde es posible identificar, evaluar y hasta intervenir, cuando se identifican hostilidades en el medio familiar.

La mayoría de los médicos y enfermeras de esta casuística estimaron que los asuntos relacionados con la violencia en el hogar debían ser tratados y analizados en el seno de la familia, como también encontró Orozco⁶ en su estudio.

Asimismo, la violencia intrafamiliar parece ser considerada aún como un problema propio de la familia, particularmente del perpetrador (a) y de la víctima, sin que sea incumbencia de las autoridades sanitarias o de otros sectores sociales importantes, lo cual coincide con la bibliografía consultada, donde se refleja que la violencia debería estar ya desterrada en una sociedad civilizada, pero lamentablemente sigue actuando entre nosotros.^{7 - 10}

Debiera ser más discutida la violencia intrafamiliar por el personal de la APS, tanto por los médicos como por las enfermeras de la familia. Las posibles causales, la ruta crítica a seguir ante una mujer violentada, las consecuencias que pudiera traer para su salud e incluso para el seno familiar en su conjunto, son elementos poco abordados, estudiados y conocidos.

Muchos de los autores que se han dedicado al estudio de este fenómeno social, considerado como "in crescendo" a escalas nacional e internacional, exponen disímiles factores facilitadores de la violencia intrafamiliar, los cuales van desde los psicológicos y sociales hasta culturales y económicos.⁸

No solamente aspectos culturales relacionados con la influencia del medio o de comportamientos como los patrones heredados o aprehendidos, el consumo de bebidas alcohólicas u otras sustancias modificadoras de la conducta como las drogas duras o medicamentos, las deformaciones del género, entre otros muchos factores sociales y psicológicos, influyen o actúan como factores facilitadores para el desarrollo de conductas violentas dentro del hogar, ya no únicamente contra la mujer, sino también contra uno o varios miembros de la familia.

La importancia del conocimiento de los factores facilitadores radica en que si no son identificados de forma oportuna, pues lógicamente la agudización de relaciones "tensas" dentro del hogar o la explosión o mezcla de otros elementos, pudiera desencadenar actos violentos dentro de la casa; esto coincide con lo referido por la Organización Mundial de la Salud en el programa de prevención de la violencia, lo cual en nuestra búsqueda nos resultó de capital importancia para comparar nuestros datos.^{11 - 13}

Es sabido que la violencia, al resultar un fenómeno de difícil aceptación, tolerancia y de consecuencias desagradables para la mujer, suele generalmente ser poco "hablado" o comentado por las víctimas; por lo demás, en no pocas ocasiones, los médicos o enfermeras de la familia, o ambos, no suelen preguntar a las personas si han recibido o reciben en el hogar maltrato o violencia, quizás por la percepción errónea de que este problema es más familiar que "social".

A manera de conclusiones puede decirse que a pesar de que el desconocimiento sobre la violencia intrafamiliar por parte de los médicos y enfermeras de la atención primaria de salud no fue

tan acentuado, sí constituye este un elemento de marcada importancia, toda vez que imposibilita la identificación temprana de signos o síntomas de violencia, a la vez que trunca los nexos necesarios para la atención integral y el seguimiento de las mujeres violentadas dentro del seno familiar. Después de la intervención realizada se obtuvieron resultados satisfactorios, que apuntan hacia un mejor tratamiento del fenómeno como problema social de gran trascendencia.

Referencias bibliográficas

1. González Arenas E. La violencia. <<http://www.Monografias.com/trabajo15/violencia-mal-social.shtml>> [consulta: 28 enero 2008].
2. Fournier M, Ríos R de los, Orpinas P. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente la violencia. Rev Panam Salud Pública 2004;5(4/5): 188-92.
3. La violencia. Un problema de salud pública que se agrava en la región. Bol Epidemiol OPS 2004; 11 (2): 11-6.
4. Velazco Gamboa E. Violencia intrafamiliar: mal social, mal universal. <<http://www.Monografias.com/trabajo15/violencia-mal-social.shtml>> [consulta: 28 enero 2008].
5. Vara Horna A. Mitos y verdades sobre la violencia familiar: Hacia una delimitación teórica conceptual basada en evidencias. Lima: ADM, 2006.
6. Orozco González MI, Valdés García LE, Fuentes Sánchez N, García Gutiérrez J, Palú Orozco A. Ruta crítica y percepción de la violencia intrafamiliar contra la mujer en el Consejo Popular "Los Maceo" [artículo en línea]. MEDISAN 2003;7(4). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san02403.htm> [consulta: 28 enero 2008].
7. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra: OMS, 2001. <http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1.pdf> [consulta: 28 enero 2008].
8. Campbell J. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med 2004, 162:1157- 63.
9. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: OMS: Ginebra, 1996. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf> [consulta: 28 enero 2008].
10. Krug EG, Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS, 2004.
11. Organización Mundial de la Salud. Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes. Ginebra, OMS, 2004.
12. Holder Y, Injury surveillance guidelines. Atlanta, GA, Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Ginebra: OMS, 2004.
13. División para el Adelanto de la Mujer (DAW). Violence against women: a statistical overview, challenges and gaps in data collection and methodology and approaches for overcoming them. Reunión de grupo de expertos, DAW, CEE y la OMS. Ginebra. <www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat> [consulta: 28 enero].

Dr. Juan Guillermo del Valle Llagostera. Policlínico "Ezequiel Miranda Díaz", municipio "Julio Antonio Mella", Santiago de Cuba

Dirección electrónica: llagostera@medired.scu.sld.cu

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna y de II Grado en Medicina General Integral Policlínico "Ezequiel Miranda Díaz"

² Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Máster en Infectología. Instructor Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología

³ Especialista de de II Grado en Medicina General Integral. Doctora en Ciencias Médicas Instituto Superior de Ciencias Médicas

⁴ Especialista de II Grado en Epidemiología. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología

⁵ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Gastroenterología Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso"

Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario del municipio "Julio Antonio Mella" sobre violencia intrafamiliar contra la mujer

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Valle Llagostera JG del, Palú Orozco A, Plasencia Asorey C, Orozco González MI, Álvarez Guerra OM. Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario del municipio "Julio Antonio Mella" sobre violencia intrafamiliar contra la mujer [artículo en línea]. MEDISAN 2008;12(2). <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san02208.htm>[consulta: fecha de acceso].