

Lucía Aguilar García

**Competencia profesional del personal de salud en la atención de
las víctimas de violencia**

2016

Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería



**Competencia profesional del personal de
salud en la atención de las víctimas de
violencia**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
la Maestría en Ciencias de Enfermería

Presenta

Lic. en Enf. Lucía Aguilar García

Querétaro, Qro. Abril de 2016

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Enfermería

Maestría en Ciencias en Enfermería

**COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA
ATENCIÓN DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestra en Ciencias en Enfermería

Presenta:

Lic. en Enf. Lucía Aguilar García

Dirigido por:

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón
Dra. Gloria Solano Solano

Sinodales

Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón

Presidente

Dra. Gloria Solano Solano

Secretario

Dra. Beatriz Garza González

Vocal

M.C. Rogelio Rivelino Pérez García

Suplente

M.C. Gabriela Peza Cruz

Suplente

MCE. María Guadalupe Perea Ortiz

Director de la Facultad

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña

Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Abril, 2016

México

Resumen

Objetivo: Identificar la competencia profesional del personal de salud de un hospital de segundo nivel de atención en Tulancingo, Hidalgo, con respecto a prevención, detección y atención a víctimas de violencia. **Metodología:** Diseño transversal correlacional, con una muestra de 81 profesionales de la salud. Se utilizó el cuestionario “Competencia profesional del personal de salud en atención de las personas víctimas de violencia” de Méndez y Cols. del 2003, adaptado para el estudio. Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva e inferencial (Correlación de Pearson). El estudio garantizó a los participantes la confidencialidad y anonimato de la información. **Resultados:** El 69% de participantes es del sexo femenino, con edad promedio de 36.9 años (DE+ 10.7), 46.9% son del área de enfermería, 40.7% médicos y 16.4% otras áreas de la salud. En relación con el grado de conocimiento del tema, el 91% identifica la definición de violencia, 95% refieren que se puede presentar en cualquier sector social, económico y educativo y 96.3% refiere que la violencia intrafamiliar puede ocasionar hasta la muerte de la víctima. Con respecto a las leyes que protegen contra la violencia, 72.85% de los participantes conocen su existencia pero 70.4% manifiesta que no le corresponde intervenir en casos de violencia y el 75.3% refieren no estar interesados en intervenir. El nivel de competencia global fue del 83%. Se encontró una correlación positiva ($p < .05$) entre estado civil y las dimensiones, conocimiento, actitud e identificación de casos. **Conclusiones.** Se observa conocimiento del personal de salud sobre los conceptos de violencia, no así de la normativa para la protección de las víctimas, al expresar que no les corresponde intervenir en estos casos. Es necesario establecer protocolos asistenciales basados en la NOM.-046-SSA2-2005, para garantizar su aplicación en los centros de atención en salud.

Palabras Clave: Competencia profesional, NOM.-046-SSA2-2005, Violencia contra la mujer, Profesional en salud.

Summary

Objective: To identify the professional competence of the health staff in a second level attention hospital in Tulancingo, Hidalgo, concerning prevention, detection and attention to victims of violence. **Methods:** Correlational, cross-sectional design, with a sample consisting in 81 healthcare professionals. The survey "Professional competence of healthcare professionals in the care to victims of violence" by Méndez et al. 2003, adapted for the study was used. For data analysis descriptive inferential statistics was applied (Pearson Correlation). The study granted confidentiality of data and anonymity for those participating. **Results:** 69% of participants are female, with an average age of 36.9 years (SD+ 10.7), 46.9% belong to nursing area, 40.7% doctors and 16.4% from other health areas. Concerning the degree of knowledge on the matter, 91% identify the definition of violence, 95% refer this phenomenon may appear in any social, economic and educational sector and 96.3% state that domestic violence may result even in death of the victim. Concerning laws protecting against violence, 72.85% of the participants know their existence but 70.4% argue it is not their job to take part in cases of violence and 75.3% say they are not interested in taking part. Global competence level was 83%. Results showed a positive correlation ($p < .05$) between marital status and the level, knowledge, attitude and identification of cases. **Conclusions.** Results show knowledge in the healthcare staff related to the concept of violence, but not concerning the victims' protection regulations, when arguing it is not their job to take part in these cases. Establishing assisting protocols based on NOM.-046-SSA2-2005, aiming at granting their application in healthcare centers.

Palabras Clave: Professional competence, NOM.-046-SSA2-2005, Violence against women, Healthcare professional

Dedicatorias

Esta tesis es el final de una hermosa aventura que termina después de mucho tiempo de esfuerzo y estudio y de gratificantes discusiones. Representa un gran crecimiento en mi forma de ver la vida y la enfermería.

A mi familia, con quienes he vivido años maravillosos de entusiasmo, amor y apoyo. De vida cotidiana pero también de discusiones y crítica formadora.

A mis hijas: gracias por escucharme y compartir conmigo momentos de inquietud e intranquilidad, por inspirarme en lo personal y en lo intelectual.

A mi hermano, gracias por la lección de vida que nos dejaste antes de tu partida

A mis hermanas, gracias por todo lo que han sido en mi vida

A mi madre que es una guerrera en la vida y mi ejemplo a seguir

A mi esposo que ha estado presente cuando lo he necesitado.

A mis compañeras y amigas Pau y Raque que siempre me apoyaron y motivaron

A mi amiga Martha Beatriz quien con sus críticas formadoras me ha hecho una mejor persona y Enfermera.

Agradecimientos.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Querétaro quienes hicieron posible a través de su apoyo el llegar a esta etapa académica.

A las autoridades del Hospital General de Tulancingo Hidalgo. Por las facilidades brindadas para la realización de este estudio

A la Dra. Ma. Alejandra Hernández Castañón, directora de tesis, mi mayor agradecimiento ya que con entusiasmo y dedicación no dudo en darnos siempre su apoyo para iniciar y concluir este ciclo de nuestra vida y quien ha compartido generosamente sus conocimientos y experiencia dedicando tiempo y esfuerzo para la conclusión exitosa de este trabajo.

A la Dra. Gloria solano Solano por su apoyo constante, por sus comentarios y enmiendas siempre pertinentes y acertadas.

Índice

	Página
Resumen.....	2
Dedicatorias	5
Agradecimientos.	6
Índice	7
Índice de Gráficas	10
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Antecedentes.....	11
1.2 Planteamiento del problema.	13
1.3 Objetivos.	15
1.4 Hipótesis.	15
1.5 Justificación.	16
El personal profesional de salud debe adquirir el grado de competencia óptimo que permita proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas con este problema6:	16
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	18
2.1 Violencia.	18
2.2 Normativa.	19
2.3. Competencias profesionales.	23
2.4 Estudios relacionados.	26
3. METODOLOGÍA.....	29
3.1 Tipo y diseño de estudio.	29
3.2 Universo y población de estudio.	29
3.3 Tipo de muestreo.	30
3.4 Criterios de inclusión.	30
3.5 Criterios de exclusión.	30
3.6 Criterios de eliminación.	31
3.7 Variables.	31
3.8 Instrumento de recolección de datos.	31
3.9 Recolección de datos.	32

3.10 Análisis estadístico.	33
3.11 Ética de estudio.	33
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
4.1 Análisis descriptivo.	36
Características socio demográficas.	36
4.2 Nivel de Instrucción y Conocimiento.	41
Referencias bibliográficas	56

Índice de Tablas

Tabla	Página
3.1 Fórmula para población finita y conocida.....	29
3.2 Frecuencia por profesion.....	30
4 1 Frecuencia por Género.....	36
4 2 Frecuencia por Estado Civil.....	36
4 3 Frecuencia por Grupo de Edad	37
4 4 Frecuencia de Lugar de residencia.....	37
4 5 Residencia por localidad	38
4 6 Nivel de Instrucción y Conocimiento.....	42
4 7 Dimensión III. Actitud afectiva, cognitiva y conductual.	44
4 8 Medidas de tendencia central, Nivel de actitud afectiva, cognitiva y conductual.	45
4 9 interés para identificar casos	47
4 10 Continuación... Frecuencia y porcentaje del nivel de interés para identificar casos.	48
4 11 Medidas de tendencia central, Nivel de interés para identificar casos.	49
4 12 Correlación Competencia profesional y variables socio demográficas.....	51

Índice de Gráficas

Grafica	Página
4.1 Profesión del personal encuestado.....	39
4.2 Tiene otro trabajo	40
4.3 Nivel de competencia	50

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La violencia en sus distintas formas y manifestaciones produce efectos sobre la salud de la población, que incluyen daños a la salud mental, complicaciones en la salud física, y lesiones que incluso pueden llevar a la muerte.¹

Las consecuencias de la violencia junto con las enfermedades crónicas y accidentes, son los problemas de mayor relevancia en el perfil epidemiológico del país. Las manifestaciones de violencia suelen recibir gran atención de los medios de comunicación, las autoridades y la sociedad en general cuando se encuentran relacionados con hechos delictivos, conflictos políticos o manifestaciones sociales; no sucede así cuando se trata de formas de violencia que ocurren en el ámbito privado como la violencia familiar, sexual o contra las mujeres, con frecuencia quienes viven estas modalidades de violencia están expuestos a un ambiente hostil y amenazante incluso para su vida en el lugar donde debieran sentirse más seguros y protegidos.²

La violencia que se ejerce en el contexto familiar, afecta principalmente a mujeres, personas con alguna discapacidad, adultos mayores y niños(as), éstos últimos suelen tener mayor sub registro, ya que dependen de los adultos para acceder a la atención o denunciar quienes la ejercen, en la mayor parte de los casos son los hombres.³

Según datos citados por Azaola⁴, en el informe Nacional sobre violencia y Salud, se reporta que las lesiones tanto accidentales como intencionales constituyen la primera causa de muerte entre los niños de 1 a 14 años de edad. La violencia es también un riesgo presente en la vida de las y los adultos mayores; lo anterior debido a que el aumento en la esperanza de vida se acompaña de enfermedades crónicas, que reducen sus capacidades físicas e incluso intelectuales, lo que contribuye a la pérdida de autonomía⁵.

El personal de salud asocia la violencia física con la presencia de lesiones, sin embargo, los empujones, jalones, bofetadas, pellizcos y en general el castigo corporal, son formas de violencia física que pueden o no producir lesiones visibles en las personas afectadas. Por otra parte las humillaciones, burlas, menosprecios insultos, la manipulación o chantaje, la presión o amenazas son parte de la violencia psicológica, que generalmente atentan contra la estima de la persona y su concepto de valía⁶.

Como ya se ha mencionado, para el personal de salud puede ser más sencillo identificar la violencia física, no obstante también existen signos y síntomas que le permiten sospechar que una persona está viviendo en situación de violencia psicológica o sexual, entre estos se encuentra la consulta frecuente por parte de las y los usuarios sin motivo aparente o por el mismo padecimiento, infecciones de transmisión sexual repetitivas, retrasos en el desarrollo infantil, cefaleas crónicas, insomnios, gastritis crónica, colon irritable, problemas de conducta, abandono del tratamiento, entre otros muchos signos y síntomas que se definen como indicadores de maltrato⁴.

La presencia de estos signos o síntomas no establece el diagnóstico de violencia por sí misma, pero debe inducir al personal de salud a iniciar actividades de detección de un probable caso de violencia y si este se confirma, brindar información sobre las alternativas en materia de atención. Los casos de violencia, requieren una atención integral, que incluye las áreas médica, de psicología, trabajo social y enfermería, por lo cual es importante conocer la percepción que este grupo de prestadores de servicios de salud tiene ante la violencia familiar, sus conocimientos sobre el marco legal y social, así como la forma en que abordan estas situaciones de violencia.

1.2 Planteamiento del problema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷, estima que alrededor de un millón y medio de personas, mueren al año a causa de la violencia. Se estima que para el año 2020, ésta llegará a ser una de las primeras 15 causas de enfermedad y muerte.

Más de 1.6 millones de personas pierden la vida cada año como resultado de la violencia auto infligida, interpersonal o colectiva. En conjunto la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo para la población de 15 a 44 años de edad, en la actualidad es un problema de Salud Pública debido a que genera alta mortalidad y morbilidad evitable, requiere alta inversión médica, afecta a la víctima, su familia y al ambiente social, repercute en el desarrollo de comunidades y países y perturba la cotidianidad de la comunidad⁷.

Actualmente la violencia se ha convertido en uno de los problemas fundamentales de salud pública. Con relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la violencia como *“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en un grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”*⁷

En México se han realizado dos relevantes encuestas nacionales sobre violencia contra las mujeres en 2003 y 2006. Los resultados de la encuesta del 2003 permitieron documentar por primera vez la magnitud del problema en el país, la prevalencia de violencia de pareja actual reportada en esa ocasión fue de 21.5%, mientras que el 67% ha vivido violencia en la vida. Para la segunda encuesta realizada en 2006, los resultados mostraron prevalencias más altas principalmente de violencia psicológica y física, resultando en una prevalencia de violencia de pareja actual del 33.3 %³.

En el Estado de Hidalgo, en 2007, se realizó una encuesta por el INEGI en la cual se encontró que el 19.84% de la población sufrió victimización cercana, es decir, algún familiar o amigo tuvo algún tipo de violencia. Los resultados indican que más de la mitad de los distritos judiciales, están por encima de la media de victimización cercana y en algunos casos el promedio es muy elevado como es el municipio de Tulancingo.

La encuesta realizada arrojó los siguientes resultados: de cada 100 mujeres de 15 años y más, 59 han padecido algún incidente de violencia ya sea en su relación de pareja, o en los espacios comunitario, laboral, familiar o escolar. La violencia más frecuente fue ejercida por el actual o último esposo o compañero, declarada por 42.6% de las mujeres; le sigue la violencia en la comunidad padecida por 24.9% de las mujeres; la violencia en el trabajo representó 27.2% en las mujeres asalariadas; la familiar 15.2% y la escolar 14.4%⁸.

En el programa Estatal de Salud de Hidalgo 2005-2011 ⁸, se afirma que la salud pública es una prioridad nacional por sus repercusiones políticas y sociales, es expresión de bienestar, de seguridad y de paz, por lo que todos los ciudadanos y en especial los involucrados en el área de la salud, deben conocer y aplicar la normatividad, para lograr que ésta expresión sea una realidad.

La Norma Oficial Mexicana 046 SSA2-2005 Violencia familiar, Sexual y contra las mujeres, criterios para la prevención y atención⁶, menciona que el profesional de salud tiene como reto coadyuvar a la prevención, detección, atención, disminución y erradicación de la violencia familiar y sexual, sin embargo, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología, donde el objetivo fue identificar los conocimientos y actitudes sobre la violencia de género, así como las barreras personales e institucionales existentes en el personal de enfermería; los resultados refieren que de 136 enfermeras encuestadas, el conocimiento sobre la violencia de género fue nulo o bajo en el 92.6% y 7.4% fue considerado como medio. Con ello se concluyó que se requiere sensibilizar y capacitar al personal

para identificar y referir a los casos con violencia de género, además de implementar programas de salud mental para las enfermeras que sean autoras o víctimas de violencia⁹.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la competencia profesional del personal de salud del Hospital General de Tulancingo en la atención de las personas víctimas de violencia?

1.3 Objetivos.

Objetivo General

Establecer la competencia profesional del personal del área de la salud del hospital de segundo nivel de atención de Tulancingo, Hidalgo, sobre la violencia doméstica y su relación con variables socio demográficas, académicas y laborales.

Objetivos específicos:

- Caracterizar al personal de salud participante en el estudio.
- Identificar el nivel de conocimiento del personal de salud del Hospital General de Tulancingo, sobre la NOM-046-SSA2-2005.
- Identificar la participación del personal de salud en el seguimiento de los posibles casos de violencia que se presentan en su ámbito laboral.
- Conocer la actitud del personal de salud ante las personas víctimas de violencia atendidas en el Hospital.

1.4 Hipótesis.

Ha.

La competencia de los profesionales del área de la salud de un hospital de segundo nivel de atención en los casos de violencia doméstica es mayor entre el personal médico respecto a otro profesionales de la salud.

Ho.

No existe diferencia en el nivel de competencia del profesional de la salud de un hospital de segundo nivel de atención en relación con los casos de violencia doméstica.

1.5 Justificación.

Estudios realizados a nivel mundial, en América Latina y en México, han demostrado que la violencia familiar es una amenaza contra la salud y el bienestar de la familia, a pesar de que esta problemática ha sido reconocida como un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como un problema de salud pública ha sido insuficiente. Aún en países desarrollados existen pocos estudios sobre la carga que la violencia representa para los sistemas de salud, por esta situación es necesario que el personal de salud comprenda la importancia de su intervención, en el proceso de prevención, detección, atención y seguimiento de los problemas originados en la violencia familiar¹⁰.

En México, se ha elaborado la Norma Oficial Mexicana para la prevención, detección y atención de la violencia (NOM- 046-SSA2-2005¹³), la cual deben conocer los prestadores de servicios de salud, para coadyuvar en la prevención, detección y atención de este problema social y de salud pública, no obstante como ya se ha mencionado, aun el personal de salud no está sensibilizado sobre la aplicación de esta norma, lo que ocasiona que las situaciones de violencia sean tratadas como un problema social y no de salud mental y física.

El personal profesional de salud debe adquirir el grado de competencia óptimo que permita proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas con este problema⁶.

En el Hospital General de Tulancingo de la Secretaría de Salud, como en otros Hospitales de la República Mexicana, se proporciona cuidados a todas las personas que lo solicitan, incluyendo personas que han sido víctimas de algún tipo de violencia, por lo que es de importancia la evaluación de la atención que se

otorga es de acuerdo con la normatividad establecida y las competencias profesionales requeridas para este tipo de problemas de salud.

La presente investigación contó con la autorización de los directivos del Hospital General de Tulancingo, e identificó en el personal de salud sus competencias profesionales como son conocimientos, actitud, aptitud cognitiva y disposición para identificar casos de violencia doméstica, de ahí que esta información pueda ser útil para generar propuestas de capacitación y actualización en esta problemática de salud, lo cual garantice la sensibilización del personal de salud, lo que coadyuvará en una mejor atención del o la usuario(a) de los servicios de salud que se encuentren inmersos en situaciones de violencia.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Violencia.

En 1996, la 49ª. Asamblea Mundial de la Salud adoptó la resolución WHA49.25, en la que se declara que la violencia es un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo. En esta resolución, la asamblea hizo resaltar las graves consecuencias de la violencia tanto a corto como a largo plazo, para los individuos, las familias, las comunidades y los países y recalco los efectos perjudiciales de la violencia en los servicios de atención de salud, por lo que la asamblea. Pidió a los Estados miembros que consideraran urgentemente el problema de la violencia dentro de sus propias fronteras y se solicitó establecer actividades de salud pública para abordar el problema a través de la OMS.

Este primer informe de la OMS, sobre la violencia y la salud es una parte importante de la respuesta de la OMS a la resolución WHA49.25. Se dirige principalmente a los investigadores y profesionales. Entre estos últimos figuran los trabajadores de la salud, los asistentes sociales, los que intervienen en el establecimiento y ejecución de los programas y servicios de prevención los educadores y la policía⁹.

En la resolución WHA49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud, se declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que la OMS elaboró una tipología para los diferentes tipos de violencia y los vínculos entre ellos¹¹.

Una clasificación de la violencia la divide en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- **La violencia auto infligida:** comprende el comportamiento suicida y las autolesiones.
- **La violencia interpersonal:** impuesta por otro individuo o un número pequeño de individuos, es la violencia que se produce sobre todo entre los

miembros de la familia o de la pareja, y que por lo general, aunque no siempre, sucede en el hogar

- **La violencia colectiva:** infligida por grupos más grandes, como el Estado, contingentes políticos organizados, organizaciones terroristas etc.

En el primer grupo se incluyen formas de violencia como el maltrato de los menores, la violencia contra la pareja y el maltrato de las personas mayores, el segundo abarca la violencia juvenil, los actos fortuitos de violencia, la violación o ataque sexual por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo prisiones y hogares de ancianos. La violencia colectiva; se subdivide en violencia social, violencia política, y violencia económica, incluye, por ejemplo los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas ^{9,11}.

La violencia es uno de los problemas sociales más agudos que padecen millones de mujeres en todo el mundo, desde finales de la década de los setenta, las mujeres se organizaron en agrupaciones para llamar la atención de la sociedad y del estado, sobre éste fenómeno, y mediante diversas estrategias expresaron que esta violencia, no era un asunto “íntimo”, sino síntoma de la desigualdad, poder e inequidad entre las mujeres y los hombres. En respuesta a este clamor, los gobiernos se han comprometido a través de diversos instrumentos jurídicos internacionales, a impulsar programas y políticas públicas, dirigidas a prevenir, atender y sancionar la violencia hacia las mujeres¹¹.

2.2 Normativa.

Las actividades de la OMS en el área de la violencia contra la mujer, fueron iniciadas por WHD en 1995. La iniciativa se centra en la función del sector sanitario en la prevención de la violencia contra la mujer y el tratamiento de sus consecuencias. Las áreas prioritarias actuales son la violencia contra la mujer en las familias y la violencia sexual.

A mediados de 1996, se estableció el Grupo Especial de la OMS sobre Violencia y Salud para coordinar las actividades sobre la violencia que realizan los diversos programas de la OMS, incluida WHD.^{10, 12}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) trabaja en 16 países miembros para combatir la violencia contra la mujer en el hogar. La OPS presenta estrategias de prevención y apoyo que puedan abordar eficazmente este problema social complejo. A nivel local procura crear redes comunitarias coordinadas en las que el sistema de salud, el sistema jurídico, las iglesias, y otros grupos comunitarios se reúnen con regularidad para diseñar y brindar una respuesta coordinada a la violencia en el hogar. A nivel nacional, procura promover la adopción de leyes y políticas orientadas a fortalecer la capacidad institucional de responder eficazmente a la violencia en el hogar¹³.

Derivado de la normatividad que emite tanto la OMS como la OPS; en México se firman diversos acuerdos y compromisos internacionales que protegen los derechos humanos de grupos específicos como:

- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, suscrita en 1979 ante la ONU y ratificada por el senado de la república en 1981.
- Convención Interamericana para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belem Do Pará) que fue ratificada en el año de 1998.
- En concordancia con dichos acuerdos y compromisos, en el año 1999 entra en vigor al NOM-190-SSAI-1999, prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención Médica de la Violencia Familiar.
- En el año 2005, esta Norma es revisada y se cambia el número por el NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- En febrero de 2007 se publicó en el Diario Oficial de la Federación y entró en vigor la Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de

violencia en todo el territorio nacional y que señala la responsabilidad de cada nivel de gobierno en la prevención y atención de la violencia, incluyendo en su artículo 46 lo correspondiente a la Secretaría de Salud¹⁴.

Esta Ley General de Acceso a las mujeres a una vida libre de violencia¹⁵, fue reformada el 20 de enero de 2009 y en ella se establecen los lineamientos jurídicos y administrativos con que el Estado intervendrá en todos sus niveles de gobierno, para garantizar y proteger los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia.

Por ello es importante referir cómo está tipificada la violencia familiar en México:

- **Violencia Psicológica:** que es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, el aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Violencia Física.** Cualquier acto que inflige daño no accidental, usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones, ya sean internas, externas o ambas. **Violencia patrimonial:** cualquier acto u omisión que afecte la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales, o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.
- **Violencia sexual:** cualquier acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima y que, por tanto, atenta contra su libertad, dignidad e integridad física. Es una expresión de abuso de poder que implica la supremacía masculina sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como un objeto¹⁶.

- **Violencia económica:** Toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.
- **Violencia patrimonial:** Aquella acción u omisión que con ilegitimidad manifiesta daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, distracción, ocultamiento o retención de bienes, instrumentos de trabajo, documentos o recursos económicos, destinada a coaccionar la autodeterminación de otra persona.

Así mismo, la violencia intrafamiliar es un problema social de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población, especialmente mujeres, niños, niñas, ancianas y ancianos. Pero esta violencia tiene una direccionalidad clara: en la mayoría de los casos la violencia es ejercida por hombres contra mujeres y niñas. La forma más endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso de las mujeres por el compañero íntimo. Según estudios realizados en América Latina y otros países, entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres informan haber sido abusadas por sus parejas. De hecho en el 92% de los casos de violencia entre cónyuges, esa violencia es ejercida por el hombre contra la mujer⁹.

De acuerdo con lo anterior, la Secretaría de Salud⁵ define a la violencia familiar como todo acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico.

Este tipo de violencia incluye la violencia sexual en la que se induce o se obliga a otro(a) a realizar prácticas sexuales no deseadas, de la misma forma puede existir

maltrato económico al despojar o impedir el acceso a los bienes materiales o patrimonio familiar a los integrantes del grupo familia y violencia física directa o coacción mediante amenazas de dañar a familiares, amenazas con armas u objetos o bien amenazas de represalias en la escuela o el trabajo⁵

2.3. Competencias profesionales.

Según Cetina¹⁷, la competencia se refiere a las funciones, tareas y roles de un profesional para desarrollar adecuada e idóneamente su puesto de trabajo, que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación, en este sentido, las competencias se tipifican como:

Competencia técnica.- Aquel que domina como experto las tareas y contenidos de su ámbito de trabajo, y los conocimientos y destrezas necesarios.

Competencia metodológica.- Es saber reaccionar aplicando un procedimiento adecuado a las tareas encomendadas y a las irregularidades que se presenten, es encontrar de forma independiente vías de solución y transferir adecuadamente las experiencias adquiridas a otros problemas de trabajo.

Competencia social.- Saber colaborar con otras personas de forma comunicativa y constructiva y mostrar un comportamiento orientado al grupo y un entendimiento interpersonal.

Competencia participativa.- Se refiere a saber participar en la organización de su puesto de trabajo y también de su entorno de trabajo, ser capaz de organizar y decidir y estar dispuesto a aceptar responsabilidades.

Aplicación en enfermería. Normas Tuning

El proyecto Tuning busca la movilización de los profesionales y estudiantes a través de la construcción de competencias genéricas y específicas que debe tener los profesionales del área de la salud, especialmente de enfermería.

Competencias Genéricas: Capacidad de abstracción, análisis y síntesis, capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica, capacidad para organizar y planificar el tiempo, conocimiento sobre el área de estudios y la profesión, responsabilidad social y compromiso ciudadano, capacidad de comunicación oral y escrita, capacidad de comunicación en un segundo idioma, habilidad en el uso de tecnologías de la información y la comunicación, capacidad de Investigación, capacidad de aprender y actualizarse permanentemente, habilidades para buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas, capacidad crítica y autocrítica, capacidad para actuar en nuevas situaciones, capacidad creativa, capacidad para identificar, plantear y resolver problemas, capacidad para tomar decisiones, capacidad de trabajo en equipo, habilidades interpersonales, capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes, compromiso en la preservación del medio ambiente, compromiso con su medio sociocultural, valoración y respeto por la diversidad y multiculturalidad, habilidad para trabajar en contextos internacionales, habilidad para trabajar en forma autónoma¹⁸.

Competencias Específicas de Enfermería: Capacidad para aplicar los conocimientos en el cuidado holístico de la persona, familia y comunidad considerando las diversas fases del ciclo de vida en los procesos de salud – enfermedad; Habilidad para aplicar la metodología del proceso de enfermería y teorías de la disciplina que organiza la intervención, garantizando la relación de ayuda; documentar y comunicar de forma amplia y completa la información a la persona, familia y comunidad para proveer continuidad y seguridad en el cuidado; utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para la toma de decisiones asertivas y la gestión de los recursos para el cuidado de la salud. Respeto por la cultura y los derechos humanos en las intervenciones de

enfermería en el campo de la salud; Habilidad para interactuar en equipos interdisciplinarios y multisectoriales, con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud prioritarias, emergentes y especiales.

Capacidad para diseñar y gestionar proyectos de investigación relacionados con el cuidado de enfermería y la salud; Habilidad para resolver los problemas de salud utilizando la investigación en la práctica de enfermería; participar activamente en el desarrollo de las políticas de salud, respetando la diversidad cultural; planificar, organizar, ejecutar y evaluar actividades de promoción, prevención y recuperación de la enfermedad, con criterios de calidad; trabajar dentro del contexto de los códigos éticos, normativos y legales de la profesión; diseñar, ejecutar, y evaluar programas de educación en salud formales y no formales que responden a las necesidades del contexto.

Capacidad para participar en equipos multidisciplinarios y transdisciplinarios en la formulación de proyectos educativos; Habilidad y capacidad para promover el proceso de aprendizaje permanente con personas, grupos y comunidad en la promoción del autocuidado y estilos de vida saludable en relación con su medio ambiente; Conocimiento y capacidad para aplicar la tecnología y la informática en investigaciones de enfermería y salud; Conocimiento de las distintas funciones, responsabilidades y papeles que debe desempeñar el profesional de enfermería; aplicar en la práctica los principios de seguridad e higiene en el cuidado de enfermería; Conocimiento y habilidad para utilizar los instrumentos inherentes a los procedimientos del cuidado humano.

Capacidad para participar activamente en los comités de ética de la práctica de la enfermería y bioética; defender la dignidad de la persona y el derecho a la vida en el cuidado interdisciplinario de la salud; administrar en forma segura fármacos y otras terapias con el fin de proporcionar cuidado de enfermería de calidad; reconocer, respetar y apoyar las necesidades espirituales de las personas; participar y concertar en organismos colegiados de nivel local, regional, nacional e

internacionales que promueven el desarrollo de la profesión; establecer y mantener la relación de ayuda con las personas familia, comunidad, frente a diferentes cuidados requeridos con mayor énfasis en situaciones críticas y en la fase terminal de la vida. Capacidad de promover y realizar acciones tendientes a estimular la participación social y desarrollo comunitario en el área de su competencia en salud; Demuestra solidaridad ante las situaciones de desastres, catástrofes, y epidemias; gestionar de forma autónoma nuevos servicios de enfermería¹⁹.

2.4 Estudios relacionados.

Herrera y Colaboradores en el año 2006 realizaron un estudio en las ciudades de Quintana Roo, Coahuila y Distrito Federal, de México que son entidades de alta prevalencia de violencia doméstica, denominado “Entre la Negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres”, que tuvo como objetivo conocer los significados y prácticas respecto a la violencia doméstica entre prestadores de servicios de salud para mejorar la atención.

Se aplicaron 60 entrevistas a profundidad a prestadores de servicios públicos de salud y a informantes clave, los resultados fueron: que los prestadores de servicios fueron clasificados por su grado de adhesión a cuatro tipos de discursos sobre violencia que orientan su práctica cotidiana y que están relacionados con sus valores de género y sus posiciones sociales. La mayoría manifestó disposición a atender el problema. Conclusiones: La atención de la violencia doméstica es insuficiente en los servicios de salud, pero esto parece deberse más a que el discurso tolerante de la violencia predominó entre los tomadores de decisiones, que a las actitudes de los propios prestadores de servicios; éstos demostraron mayor conciencia de los derechos de las mujeres²⁰.

Coll-Vinent Blanca y colaboradores²¹ en el Hospital Clínico de Barcelona España en el año 2006 efectuaron un estudio de tipo descriptivo denominado “El personal

Sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud” el objetivo de estudio fue evaluar la opinión del personal sanitario del hospital frente al fenómeno de la violencia doméstica. Material y Métodos: se hizo un estudio descriptivo de prevalencia, utilizando un cuestionario diseñado ex profeso para tal fin. Se preguntó a 321 profesionales seleccionados aleatoriamente, acerca de la violencia doméstica y su relación con la salud.

Resultados: Respondieron 287 profesionales, la mayoría de encuestados (87.1%) considero que era un problema importante, pero no lo consideraban un problema de salud. El 60% considero que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general valoraron como muy baja su preparación, para atender a este tipo de paciente. El personal de enfermería fue más sensible al problema y se consideró más preparado que el personal médico. Conclusiones: Los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema²¹.

Mendoza Flores y colaboradores²² en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes en México realizaron un estudio denominado “Conocimientos y Actitudes del Personal de Enfermería sobre la violencia de género”. El Objetivo fue 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 con el fin de identificar necesidades de capacitación del personal. El material y métodos utilizados fueron: un estudio transversal, observacional y analítico. La población seleccionada fue 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 se realizó en forma 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 post secundaria 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 violencia²².

3. METODOLOGÍA

A continuación se describe el procedimiento seguido en la investigación, desde la fase del diseño de estudio, la selección del instrumento, conteniendo el material utilizado para la concreción del estudio hasta llegar a los resultados.

3.1 Tipo y diseño de estudio.

Diseño: Se diseñó un estudio observacional de corte transversal ya que sólo se consideran las mediciones realizadas en el momento de la encuesta y finalmente se analizan los datos con una correlación lineal a partir del coeficiente r de Pearson, para indagar la competencia profesional en la atención de personas víctimas de violencia y establecer si conforme aumenta la competencia profesional del personal de salud, también mejora la atención hacia las personas víctimas de violencia.

3.2 Universo y población de estudio.

Del total del personal de salud que labora en el Hospital General de Tulancingo, se integraron al estudio aquellos que se encontraban adscritos a los servicios de urgencias y consulta externa, se cuenta con 100 profesionistas que tienen el primer contacto con los usuarios. El tamaño de muestra se calculó para la población finita y conocida²³(Anexo No. 1).

$$n = \frac{N z^2 pq}{d^2(N - 1) + z^2 pq} \quad n = 81$$

Tabla 3.1 Fórmula para población finita y conocida

Dónde:

n = Tamaño de muestra

N = Población total de pacientes

d^2 = coeficiente de confiabilidad x error estándar

3.3 Tipo de muestreo.

El tamaño de muestra (n=81), se distribuyó proporcionalmente de acuerdo con el número de profesionales de la salud adscritos a los servicios de urgencias y consulta externa: Odontólogo: 1; Enfermera: 26; Médico: 33; Nutriólogo: 7; Psicólogo: 2; Secretaria: 1; Técnico en Enfermería: 5; Técnico en Trabajo Social: 2; Trabajador Social:

Tabla3.2 Frecuencia por Profesión		
Profesión	Fx	%
Dentista	1	1
Enfermera	26	32
Médico	33	41
Nutriólogo	7	9
Psicólogo	2	2
Secretaria	1	1
Tec. Enfermería	5	6
Tec. Trab Social	2	2
Trabajo Social	6	7
TOTAL	83	100%
Fuente: Personal de salud encuestado ²⁴ .		

3.4 Criterios de inclusión.

- Personal de salud que labora en el Hospital General de Tulancingo en el servicio de consulta externa y urgencias, Médicos(as), Enfermeras(os), trabajadoras(es) sociales y Psicólogos(as).
- Personal que acepto participar voluntariamente en la investigación.

3.5 Criterios de exclusión.

- Se excluyó al personal de salud que labora en otros servicios diferentes a los propuestos.
- Personal de salud que no desee participar en la investigación.
- Trabajadores del Hospital con categoría diferente a las mencionadas en los criterios de inclusión.

3.6 Criterios de eliminación.

Personal de salud que decidió no concluir el cuestionario o que haya respondido el cuestionario pero que expreso que ya no deseaba participar en el estudio.

3.7 Variables

Variables dependientes: competencia profesional (actitud afectiva y cognitiva).

Variables independientes: datos socio-demográficos edad, sexo, estado civil.nivel máximo de estudios, categoría, turno laboral, conocimiento de la normatividad sobre violencia, antigüedad laboral.

3.8 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento fue una encuesta con un método de evaluación sumaria, escala tipo Likert; a través de la cual se conoció la opinión del personal de salud que labora en los servicios de urgencias y consulta externa del Hospital General de Tulancingo respecto a la atención que se proporciona a las personas que son víctimas de violencia, así como el conocimiento, habilidad o destreza y actitud que presenta este personal, tomando como referencia la normatividad con que se cuenta para la atención de las personas víctimas de violencia.

El cuestionario se elaboró con afirmaciones, donde el encuestado identificó tres opciones de respuesta que fueron: de acuerdo, parcialmente de acuerdo y en desacuerdo, así como la opinión de los encuestados acerca de la violencia y lo que se refiere a la atención que otorgaron a los usuarios víctimas de algún tipo de violencia, así como el conocimiento de la NOM-046-SSA2-2005y su capacitación en la temática de violencia y del manejo de la norma.

Se utilizó como base el cuestionario denominado “Violencia contra la mujer por parte de su pareja”, desarrollado inicialmente por Méndez-Hernández y Colaboradores²⁵ (anexo 2), el cual fue modificado para identificar la competencia profesional del personal de salud en la atención de las personas víctimas de violencia.

El cuestionario se divide en cuatro secciones: 1) información socio demográfica, 2) nivel de instrucción y conocimiento del personal de salud sobre violencia; 3) actitud afectiva, cognitiva y conductual del personal sobre el tema, y finalmente 4) factores institucionales y de la práctica profesional que el personal de salud percibe como barreras para identificar y canalizar casos de mujeres maltratadas que acuden a consulta.

3.9 Recolección de datos.

Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que conduzca a reunir la información necesaria para cubrir los objetivos propuestos en el estudio.

En la primera fase de la investigación se registró el proyecto ante la Universidad Autónoma de Querétaro y se solicitó la autorización de la Dirección de la institución de salud para realizar el trabajo de campo de la presente investigación (Anexo 3) y del área de enseñanza e Investigación del propio hospital.

La recolección se realizó en el Hospital General de Tulancingo, previa invitación al personal de la institución para participar en la investigación, y firmando antes un formato de consentimiento informado (Anexo 4). Se trató de una aplicación grupal por parte de la investigadora y con el apoyo de enfermeras pasantes en servicio social que fueron capacitadas previamente; los cuestionarios se aplicaron al personal que labora en el área de Salud: Médicos, Psicólogos, Enfermeras, Secretaria, Odontólogo y Trabajador Social.

El proyecto de investigación fue realizado en un periodo de dos meses con el propósito de que las preguntas fueran respondidas de manera razonada y con veracidad. Se recolectaron los datos en los cuatro turnos, en el horario en que el personal manifestó tener menos carga de trabajo.

3.10 Análisis estadístico.

Analizar significa establecer categorías, ordenar, manipular y resumir los datos. En esta etapa es donde se procede a racionalizar los datos colectados a fin de explicar e interpretar las posibles relaciones que expresan las variables que se estudiaron.

Tomando en cuenta que la estadística es la ciencia que trata de la recolección, clasificación y presentación de los hechos sujetos a una apreciación numérica como base a la explicación, descripción y comparación de los fenómenos. El plan de análisis estadístico para esta investigación se realizó como a continuación se detalla.

Se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 21. Una vez concluidas las etapas de recolección, depuración, ordenamiento de datos, se realizó un análisis estadístico, estimando medias y proporciones para ver la distribución de las variables de interés y describir las características generales. Además de aplicar una correlación de Pearson para demostrar la hipótesis²⁶.

3.11 Ética de estudio.

El reglamento de la Ley General de Salud²⁷ en materia de investigación para la salud, en el título quinto, capítulo único, artículos 96, 100 y 102, explica que es de suma importancia que al realizar una investigación se dé información clara y completa sobre los siguientes aspectos: justificación, objetivos, procedimientos, beneficios, riesgos, así como la libertad de retirar el consentimiento informado en cualquier momento y dejar de participar en el estudio y que los participantes deberán firmar una hoja de consentimiento informado.

Toda investigación en que participan seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos que son: El respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia²⁸.

El respeto a las personas incorpora al menos otros dos principios éticos fundamentales: la autonomía, que exige que a las personas que estén en condiciones de deliberar acerca de sus metas personales se les respete su capacidad de autodeterminación. Y la protección de las personas cuya autonomía esta menoscabada o disminuida, para aquellos que sean dependientes o vulnerables se les proteja contra daños o abuso.

La búsqueda del bien.- es la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y de reducir al mínimo la posibilidad de daños e injusticias. Este principio da origen a normas que exigen que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la investigación este bien concebida y que los investigadores sean competentes para llevar a cabo la investigación y para garantizar el bien de los que participan en ella.

La no maleficencia.- (no hagas daño) ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica y protege contra daños evitables a los participantes en la investigación. *La justicia.*- exige que los casos considerados similares se traten de manera similar, y que los casos considerados diferentes se traten de tal forma que se reconozca la diferencia.

Los estudios deben planificarse de modos de obtener conocimientos que beneficien al grupo de personas del cual sean representativos los participantes. Estos principios se pueden aplicar tanto de manera individual, como colectiva. Se tomó en cuenta la honestidad, la privacidad, la confidencialidad la no coerción, el consentimiento escrito, garantizar el anonimato y la buena intención del investigador, el derecho a conocer los hallazgos, no se estudiaran personas que no den su consentimiento, nadie excepto el investigador y asociados tendrán

acceso a la información, al utilizar los datos el investigador se asegurara que nadie identifique o relacione la información con el participante²⁹.El investigador no puede fabricar datos del estudio para obtener los hallazgos que desea, por ello requiere el apoyo de las autoridades de las Instituciones²⁷.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el presente capítulo se describen los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario, captura de los mismos y emisión de resultados que permitieron identificar la competencia profesional del personal de salud en la atención de las personas víctimas de violencia, en el Hospital General de Tulancingo.

Los participantes en la muestra del estudio fueron seleccionados toda vez que cumplieron con los criterios de inclusión; finalmente se obtuvieron resultados confiables de 81 encuestas, número que se contempló inicialmente; por lo que al respecto se cumplió con el cometido de evitar un error de selección y de esta manera se cumple con la muestra del 95% de confiabilidad con un límite de aceptación del 1.95 con un error aceptable 0.05, mismo que es la diferencia máxima entre la media muestral y la media de la población que se está dispuesto a aceptar con un nivel de confianza que se ha definido.

Lo anterior se calculó utilizando una hoja de Excel donde se plasmaron los datos, calculando el tamaño de muestra aceptable para el estudio en 81 encuestas, sin embargo, se aplicaron 97 cuestionarios considerando un 10% de reposición para mejorar la factibilidad de las encuestas. Finalmente, se eliminaron 16 cuestionarios por no encontrarse con los requisitos previamente establecidos.

4.1 Análisis descriptivo.

Características socio demográficas.

Del total de participantes en el estudio (81), 69% corresponden al género femenino y el 31% al masculino, tal como se observa en la tabla.4.1

Tabla 4.1 Frecuencia por Género		
Sexo	Fx	%
Femenino	56	69
Masculino	25	31
Total	81	100%

Fuente: Cédula de identificación

De igual forma, con respecto al estado civil del personal de salud encuestado, el 48% se encuentran casados, seguidos de un 38% con estado civil soltero y 10% en unión libre.

Tabla 4.2 Frecuencia por Estado Civil		
Categoría	Fx	%
Soltero	31	38
Casado	39	48
Divorciado	2	2
Viudo	1	1
Unión Libre	8	10
TOTAL	81	100%

Fuente: Cédula de identificación

Con respecto a la edad del personal de salud encuestado (Tabla 4.3), se identificó que del grupo de profesionales de la salud que participaron en este estudio, el son adultos jóvenes con edad entre 31 a 40 años (39%) y entre 21 a 30 años (32%).

Tabla 4.3 Frecuencia por Grupo de Edad

Intervalo	Fx	%
20-24	7	9
25-29	14	17
30-34	16	20
35-39	20	25
40-44	8	10
45-49	3	4
50-54	5	6
55-59	5	6
60-64	2	2
65-69	1	1
TOTAL	81	100%

Fuente: Cedula de identificación

Igualmente se identificó que del grupo de encuestados, el 92.5% residen en el Estado de Hidalgo, principalmente en Tulancingo (42 encuestados) y Pachuca (16 participantes), mientras que el 7.5% restante se divide proporcionalmente entre encuestados que residen en D.F., Estado de México y Estado de Puebla (Tabla 4.4).

Tabla 4.4 Frecuencia de Lugar de residencia

Residencia	Fx	%
D.F.	2	2.5
Edo. Mex.	2	2.5
Hidalgo	75	92.5
Puebla	2	2.5
TOTAL	81	100%

Fuente: cedula de identificación

Así mismo, de los lugares de Hidalgo más frecuentes de residencia de los encuestados (Tabla 4.5), se observó que el 52% viven en Tulancingo, mientras que 20% provienen de Pachuca, y en correspondencia de residencia en porcentajes posteriores, el personal de salud radica en Cuauhteppec, Santiago, Acatlán, así como también Acaxochitlán y Singuilucan.

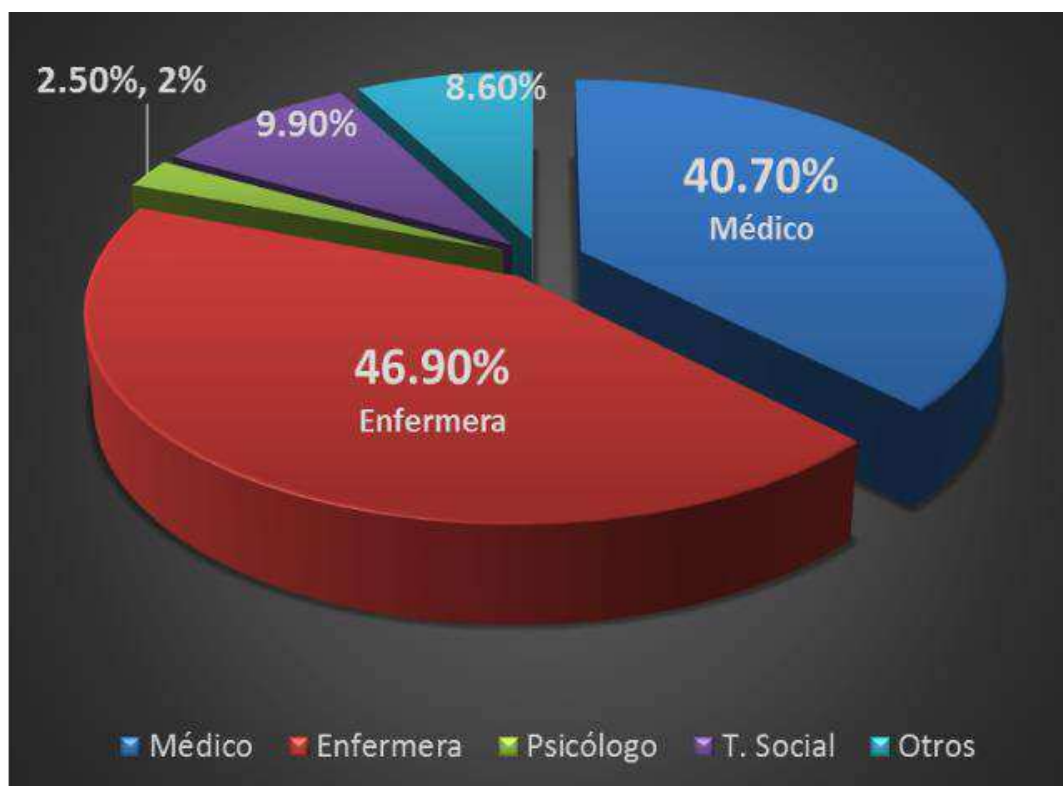
Tabla 4.5 Residencia por localidad

Localidad	Fx	%
Acatlán	3	4
Acaxochitlán	2	2
Cuautepec	5	6
Pachuca	16	20
Santiago	3	4
Singuilucan	2	2
Tlaxcoapa	1	1
Tulancingo	42	52
Tulantepec	1	1
Otros estados	6	7
TOTAL	81	100%

Fuente: Personal Cedula de identificación

Ahora bien, con respecto a la profesión del personal encuestado: se determinó que el 40.7% es Médico; el 46.9% es enfermera; el 2.5 Psicólogos; 9.9% Trabajador Social y el 8.6% otros (Odontólogo, Técnico, Secretaria), tal como se observa en la gráfica 4.1

Gráfica 4.1 Profesión del personal encuestado.



Fuente: Datos a partir del cuestionario

Y acerca de la pregunta “Tiene otro trabajo”, del personal de salud que participó en la encuesta (n=81), el 29.6% contestó que “Sí” y el 70.4% que “No”, como se muestra en la gráfica 4.2.

Gráfica 4.2 Tiene otro trabajo



Fuente: Datos a partir del cuestionario

En el mismo sentido, de los datos encontrados al momento de aplicar la encuesta, se observan en particular tres elementos que serán de gran utilidad para realizar el análisis e identificar el nivel de competencia profesional del personal de salud ante una situación de víctima de violencia:

1. Nivel de instrucción y conocimiento.
2. Actitud afectiva, cognitiva y conductual.
3. Interés para identificar casos.

4.2 Nivel de Instrucción y Conocimiento.

Se observa que el 65% de los encuestados han recibido información sobre violencia, el 74% ha leído la definición y el 95% considera que la violencia puede ocurrir en cualquier sector social, económico y educativo, sin embargo el 58% desconoce las causas que originan ésta y el 47% está de acuerdo en que la violencia se genera por haber presenciado situaciones de este tipo, o que el nivel socioeconómico y la falta de empleo la originan. El 35% concuerda con que la violencia ocurre por falta de oportunidades; por lo que se concluye que aun cuando el personal manifiesta conocimiento, en realidad no están actualizados en lo que se refiere a este tema (Tabla 4.6).

En la misma tabla se observa que en los ítems 7, 8, 9 y 10, el 77% ha identificado casos de violencia de la cual el 59% ha sido de tipo físico y el 64% psicológico y sexual, si embargo, hay ambigüedad en cuanto a si conocen que existen protocolos para el manejo de casos en la unidad hospitalaria. El 52% está de acuerdo en que en el Estado de Hidalgo no existen leyes que protejan de la violencia, mientras que el 73% identifica que en México si existen estas leyes y por último un 62% afirma conocer instituciones a donde referir los casos.

Por lo anterior, los participantes en el estudio conocen a donde referir casos pero ignoran que en estado existen leyes que protegen a las víctimas de violencia.

Herrera y Colaboradores en el año 2006 realizaron un estudio en las ciudades de Quintana Roo, Coahuila y Distrito Federal, de México que son entidades de alta prevalencia de violencia doméstica, denominado “Entre la Negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres”, que tuvo como objetivo conocer los significados y prácticas respecto a la violencia doméstica entre prestadores de servicios de salud para mejorar la atención.

La mayoría manifestó disposición a atender el problema. Concluyendo que la atención de la violencia doméstica es insuficiente en los servicios de salud³⁰.

Esto nos indica que es importante elaborar protocolos unificados y basados en la norma 046, que mejoren la competencia de los profesionales de salud en la prevención, atención y seguimiento de las víctimas de violencia

Tabla 4.6 Nivel de Instrucción y Conocimiento.

Reactivo	Estadísticos	En	Parcialmente	De acuerdo	TOTAL
		desacuerdo	de acuerdo		
1. Durante mi formación profesional he recibido conocimientos sobre violencia	Fx	4	24	53	81
	%	5	30	65	100%
2. He leído y escuchado la definición de violencia	Fx	2	5	74	81
	%	2	6	91	100%
3. La violencia puede ocurrir en cualquier sector social, económico y/o educativo	Fx	0	4	77	81
	%	0	5	95	100%
4. Las causas que originan la violencia son haber presenciado durante la infancia situaciones de violencia, nivel socioeconómico bajo y falta de empleo	Fx	26	39	16	81
	%	32	48	20	100%
5. No sabe las causas que originan la violencia	Fx	12	22	47	81
	%	15	27	58	100%
6. La violencia ocurre por la diferencia de oportunidades entre los individuos de una sociedad	Fx	20	26	35	81
	%	25	32	43	100%
7. En mi ejercicio laboral he identificado casos de violencia	Fx	3	16	62	81
	%	4	20	77	100%
8. Los casos de violencia que he identificado son de tipo físico (golpes, moretones, heridas)	Fx	11	22	48	81
	%	14	27	59	100%
9. He identificado casos de violencia Psicológica y sexual	Fx	12	17	52	81
	%	15	21	64	100%
10. En el hospital no existen protocolos y/o procedimientos de rutina para el manejo de casos de personas víctimas de violencia	Fx	29	31	21	81
	%	36	38	26	100%
11. En México existen leyes que protegen a las personas que sufren violencia	Fx	1	21	59	81
	%	1	26	73	100%
12. En el estado de Hidalgo no existen leyes que protegen a las personas que sufren violencia	Fx	9	30	42	81
	%	11	37	52	100%
13. Conozco instituciones donde referir a las personas víctimas de violencia	Fx	9	22	50	81
	%	11	27	62	100%

Fuente: Personal de salud encuestado

4.3 Actitud afectiva, cognitiva y conductual

En la tabla 4.7 se observa que en relación con la actitud afectiva, cognitiva y conductual del personal encuestado, hay imprecisión, en las respuestas de los ítems 1 y 2, ya que un 52% manifiesta que puede ser que la falta de privacidad sea el motivo que obstaculiza detectar los casos de violencia, y un 42% está parcialmente de acuerdo en que la falta de conocimiento es la causa de no detectar casos. Un 43% de los encuestados opina que la participación del personal de salud está legitimada para poder canalizar adecuadamente los casos detectados, y un 44% dice que la violencia tiene un carácter privado lo que impide la detección de estos casos. Un 52% considera que no es incómodo identificar casos de violencia, sin embargo un 72% considera que no le corresponde intervenir y un 62% manifiesta que en esta situación solo son espectadores. Al 83% les interesa ayudar a las víctimas de violencia, y el 70% manifiesta no estar interesados en identificar casos, por lo que se concluye que existe un nivel bajo de actitud cognitiva y conductual en la atención de las víctimas de violencia

Al comparar los datos anteriores con los resultados del estudio de Mendoza Flores y cols.²⁶ en el año 2006, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología “Isidro Espinoza de los Reyes”⁸ en la ciudad de México, se encontró que las barreras institucionales y personales para la identificación de los casos de Violencia de Género (VG), fueron de 74.3%. Por lo que estos autores, sugieren sensibilizar a los trabajadores del área de la salud.

De igual forma, Coll-Vinent Blanca y col.²⁰ en el Hospital Clínico de Barcelona España en el año 2006 efectuaron un estudio de tipo descriptivo denominado “El personal Sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud”; donde encontraron que de 287 profesionales, la mayoría de encuestados (87.1%) considero que era un problema importante, pero no lo consideraban un problema de salud. El 60% consideró que podía tener un papel relevante en la detección de esta situación. En general valoraron como muy baja su preparación para atender a

este tipo de paciente. El personal de enfermería fue más sensible al problema y se consideró más preparado que el personal médico.

Tabla 4.7 Dimensión III. Actitud afectiva, cognitiva y conductual.

Reactivo	Estadísticos	En	Parcialmente	De acuerdo	TOTAL
		desacuerdo	de acuerdo		
1. La falta de privacidad en los servicios es lo que obstaculiza que el personal detectemos los casos de violencia	Fx	18	42	21	81
	%	22	52	26	100%
2. Los casos de violencia no se detectan por falta de conocimientos sobre este tema	Fx	23	34	24	81
	%	28	42	30	100%
3. Un factor institucional que dificulta que los casos de violencia se canalicen de manera adecuada, es por que no se ha legitimado la participación del personal de salud desde el punto de vista legal e institucional	Fx	35	31	15	81
	%	43	38	19	100%
4. El carácter privado de la violencia dificulta la detención de casos de personas violentadas	Fx	13	32	36	81
	%	16	40	44	100%
5. Es incomodo identificar los casos de violencia	Fx	42	25	14	81
	%	52	31	17	100%
6. No me corresponde intervenir en los casos de personas que son victimas de violencia	Fx	6	18	57	81
	%	7	22	70	100%
7. En caso de violencia solo soy espectador(a)	Fx	9	19	53	81
	%	11	23	65	100%
8. No estoy interesado (a) en identificar casos de violencia	Fx	6	18	57	81
	%	7	22	70	100%
9. Me interesa hacer algo que ayude a las personas victimas de violencia	Fx	1	13	67	81
	%	1	16	83	100%

Fuente: personal de salud encuestado

Estadísticamente se encontró que la desviación estándar y la varianza se encuentran dentro del rango establecido de la curva normal, es decir se encuentran entre el -1 al 1 y que la moda es de 3 de acuerdo. (Cuadro 4.8)

Tabla 4.8 Medidas de tendencia central, Nivel de actitud afectiva, cognitiva y conductual.

Variables	No me corresponde intervenir en los casos de personas que son víctimas de violencia	No estoy interesado (a) en identificar casos de violencia	Me interesa hacer algo que ayude a las personas víctimas de violencia
Media	2.63	2.65	2.81
Mediana	3.00	3.00	3.00
Moda	3	3	3
Desviación típica	0.621	0.655	0.422
Varianza	0.386	0.429	0.178

Fuente: Datos a partir del cuestionario

4.4. Interés para identificar casos

En la parte de Nivel **de interés para identificar casos** son 38 ítems, con escala lickert y respuesta De acuerdo (3), Parcialmente de acuerdo (2) y En Desacuerdo (1), con estos se tiene un rango de respuesta de 38 a 114 puntos.

En esta sección llama la atención que en los ítems 1,2, 3, 4, 6, 7, 8, y 10, de la Tabla 4.10, el personal dice estar interesado en identificar casos de violencia pero en la pregunta 12, un 69% considera que no es necesario formar profesionales de salud capacitados en identificar y tratar la violencia, ya que existen otros problemas de salud de mayor prioridad y sólo el 60% dice que le gustaría dedicar tiempo para capacitarse sobre este tema.

Al respecto, cabe resaltar la información de los siguientes reactivos:

Reactivo 23. La violencia intrafamiliar en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de la víctima.

Se observa que el 96.3% del personal encuestado asegura que “la violencia intrafamiliar en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de la víctima”; el 3.5% dice estar parcialmente de acuerdo y totalmente desacuerdo el 1.2% el razonamiento de esta acción en ocasiones se da por el grado de lesiones físicas en que las víctimas pueden presentar en una revisión médica. Gráficamente se ve de la siguiente forma:

El 96% de los 81 encuestados están en de acuerdo, esto se puede interpretar en la gravedad en que se presentan casos de violencia en el Hospital General de Tulancingo.

Reactivo 34. Una persona que es maltratada puede llegar a suicidarse.

Se observa que el 92.6% del personal encuestado asegura que “una persona que es maltratada puede llegar a suicidarse”; el 3.7% dice estar parcialmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo el 3.7%, por lo que el razonamiento de esta acción se interpreta por el grado de depresión en el que entran y por la codependencia que se presenta con el agresor, sin embargo, también por las lesiones físicas que presentan y que no pueden ocultar ante la sociedad. Gráficamente se ve de la siguiente forma:

El 92% de los 81 encuestados están en de acuerdo, esto se puede interpretar en la gravedad en que se presentan casos de violencia en el Hospital General de Tulancingo y que pueden llegar al suicidio en caso de realizar una adecuada canalización a los servicios adecuados para su seguimiento y tratamiento.

Reactivo 21. Casos de personas violentadas.

Se observa que el 85.2% del personal encuestado asegura que “sería útil que el personal de salud contara con protocolos de detección de casos de personas violentadas.”; el 12.3% dice estar parcialmente de acuerdo y totalmente desacuerdo el 2.5% el razonamiento de esta acción se interpreta debido a que en ocasiones no se cuentan con instrumentos administrativos que indiquen que hacer ante estas situaciones y en ocasiones no se les da un adecuado seguimiento.

El 85% de los encuestados están de acuerdo, esto se puede interpretar en que no se cuentan con instrumentos administrativos para realizar una adecuada detección y referencia de los casos de violencia a otro servicio y así dar un seguimiento puntual a los pacientes que ingresan por esta causa.

Con base en los datos anteriores, se observa que aun cuando el personal manifiesta interés por identificar casos y capacitarse, en realidad considera que hay otros temas de salud a los que debe darse mayor prioridad.

Tabla 4.9 interés para identificar casos

Pregunta	En desacuerdo	%	Parcialmente de acuerdo	%	De acuerdo	%	Suma de %
1.Preguntar a una (o) usuaria (o) durante su estancia en los servicios de salud si es agredida (o) por su pareja puede ofenderla (o) o incomodarla (o)	13	16.05	32	39.51	36	44.44	100.00
2. La violencia intrafamiliar es un problema muy íntimo, sin embargo el personal de salud podría hacer preguntas sobre aspectos de la vida marital	7	8.64	22	27.16	52	64.20	100.00
3. Detectar casos de violencia no es tan relevante como el detectar enfermedades	10	12.35	20	24.69	51	62.96	100.00
4. El detectar casos de violencia debería ser una más de las labores del equipo de salud	0	0.00	15	18.52	66	81.48	100.00
5.Si un profesional de salud ayuda y/u orienta a una víctima de abuso, existe la posibilidad de que la persona agresora tome represalias contra este profesional	16	19.75	36	44.44	29	35.80	100.00
6. Para que el personal de salud realicemos preguntas sobre violencia de manera rutinaria, deberían incluirse en las hojas de ingreso preguntas sobre este tema	2	2.47	29	35.80	50	61.73	100.00
7. Considero que sería útil el registrar los casos de personas violentadas durante mis actividades	2	2.47	22	27.16	57	70.37	100.00
8.El personal de salud es quien debe iniciar con las (o) pacientes la conversación respecto a la violencia	3	3.70	29	35.80	49	60.49	100.00
9. Cuando estoy en contacto con una víctima de violencia solo platico con ellas	20	24.69	41	50.62	20	24.69	100.00
10. A las personas que son víctimas de violencia las canalizo a una institución especializada.	13	16.05	20	24.69	48	59.26	100.00
11.La persona maltratada debe dar la pauta para que el personal de salud pueda preguntarle acerca de su problema de violencia	39	48.15	31	38.27	11	13.58	100.00
12.Formar profesionales de salud capacitados en violencia no es necesario ya que existen otros problemas de mayor prioridad	11	13.58	14	17.28	56	69.14	100.00
13.La violencia intrafamiliar me parece un tema muy interesante, como para dedicarle tiempo en capacitarme	3	3.70	29	35.80	49	60.49	100.00
14. Para que el personal de salud identifique y registre los casos de violencia, no es necesario que se reglamenten políticas institucionales	31	38.27	27	33.33	23	28.40	100.00
15. canalizar los casos de personas víctimas de violencia debería de ser labor del personal de salud	4	4.94	32	39.51	45	55.56	100.00
16. considero poco relevante que el profesional de salud ya formados nos capacitemos en el tema de violencia	14	17.28	17	20.99	50	61.73	100.00
17. El caso de una persona violentada, es un problema que rebasa los alcances del profesional de salud	20	24.69	29	35.80	32	39.51	100.00
18. Los casos de violencia son un problema poco relevante en los servicios de salud, por lo tanto me parece poco trascendente la capacitación en dicho tema	5	6.17	15	18.52	61	75.31	100.00
19. El personal de salud podría ser el profesional mas adecuado para canalizar las mujeres maltratadas hacia las instituciones especializadas en manejar estos casos	2	2.47	30	37.04	49	60.49	100.00
20. Canalizar los casos de personas maltratadas no debería ser la labor del personal de salud.	9	11.11	19	23.46	53	65.43	100.00
21. Los casos de personas violentadas son un problema que se observa frecuentemente en la práctica hospitalaria	4	4.94	33	40.74	44	54.32	100.00
22. La violencia que se ejerce sobre una persona repercute de manera muy importante sobre su salud.	0	0.00	10	12.35	71	87.65	100.00

Pregunta	En desacuerdo	%	Parcialmente de acuerdo	%	De acuerdo	%	Suma de %
23. La violencia intrafamiliar en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de la víctima	1	1.23	2	2.47	78	96.30	100.00
24. Los casos de personas violentadas no solo corresponden al sector legal, sino también al sector salud	1	1.23	12	14.81	68	83.95	100.00
25. Sería útil que el personal de salud contara con protocolos de detección de casos de personas violentadas	2	2.47	10	12.35	69	85.19	100.00
26. Los casos de violencia sexual son un problema que se observa frecuentemente en la práctica profesional	6	7.41	40	49.38	35	43.21	100.00
27. Preguntar a un (a) paciente durante su estancia en los servicios de salud si es agredida (o) por su pareja, puede poner en riesgo la relación profesional de salud	11	13.58	30	37.04	40	49.38	100.00
28. Debería ser reglamentado que el personal de salud identifique y registre los casos de personas víctimas de violencia	5	6.17	27	33.33	49	60.49	100.00
29. Los casos de personas violentadas son difíciles de identificar en los servicios de salud	11	13.58	44	54.32	26	32.10	100.00
30. Considero que sería útil registrar los casos de violencia durante mi turno	2	2.47	27	33.33	52	64.20	100.00
31. Instruir al personal de salud en formación sobre el tema de violencia no es tan necesario como instruirlos (as) en el manejo intrahospitalario de los pacientes	12	14.81	23	28.40	46	56.79	100.00
32. Es necesario que en escuelas de Ciencias de la Salud se impartan cursos sobre el manejo de la violencia.	1	1.23	13	16.05	67	82.72	100.00
33. Las consecuencias de la violencia generalmente no va más allá de contusiones y hematomas	17	20.99	9	11.11	55	67.90	100.00
34. Una persona que es maltratada puede llegar a suicidarse	3	3.70	3	3.70	75	92.59	100.00
35. Los casos de personas que sufren violencia psicológica/verbal, son un problema frecuente en los servicios de salud.	9	11.11	18	22.22	54	66.67	100.00
36. No es necesario que se imparta instrucción sobre violencia durante la formación profesional, ya que la violencia no es un problema de salud.	4	4.94	12	14.81	65	80.25	100.00
37. Si en un futuro inmediato se impartiera un curso o capacitación sobre violencia me interesaría participar.	5	6.17	11	13.58	65	80.25	100.00
38. El maltrato a las personas no es un problema serio, sino que se trata de incidentes aislados y sin consecuencias importantes	4	4.94	7	8.64	70	86.42	100.00

Fuente: Personal de salud encuestado

Estadísticamente se encontró que la moda es “3. De Acuerdo” y la desviación estándar y la varianza se encuentra dentro del rango establecido de la curva normal, es decir, se encuentran entre el -1 al 1. (Tabla 4.12)

Tabla 4.11 Medidas de tendencia central, Nivel de interés para identificar casos.

Variables	El maltrato a las personas no es un problema serio, sino que se trata	Una persona que es maltratada puede llegar a suicidarse	Sería útil que el personal de salud contara con protocolos de detención de casos de	Los casos de personas violentadas no solo corresponden al sector legal, sino también al sector salud	La violencia intrafamiliar en grados extremos puede ocasionar hasta la	La violencia que se ejerce sobre una persona repercute de manera muy importante
Media	2.81	2.89	2.83	2.83	2.95	2.88
Mediana	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	
Moda	3	3	3	3	3	
Desviación típica	.503	.418	.441	.412	.269	
Varianza	.253	.175	.195	.170	.073	

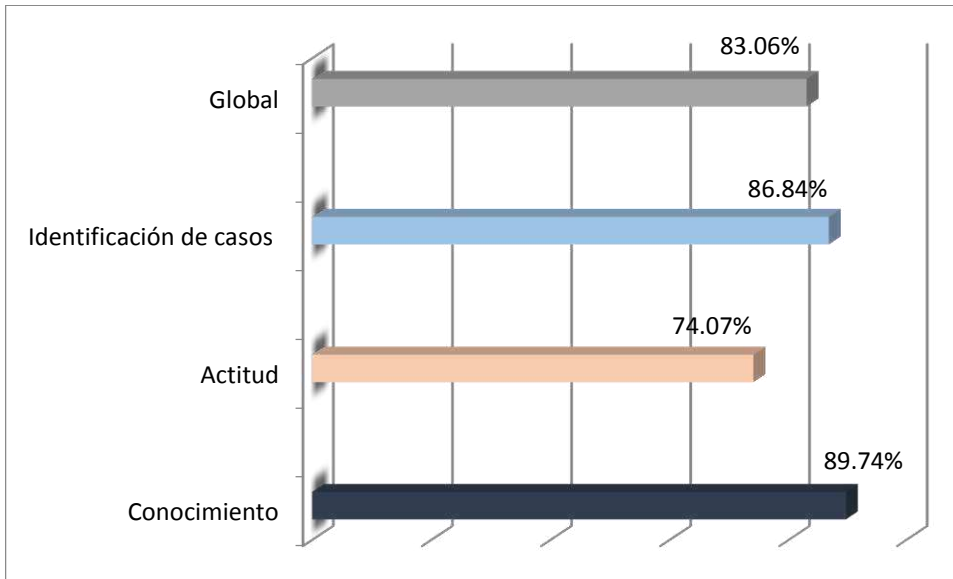
Fuente: Personal de salud encuestado

En la gráfica 4.3 se observa el nivel de competencia del personal de salud (según dimensión y global) para la atención de víctimas de violencia, de lo que se desprende que la mayor área de oportunidad es en lo relacionado con la actitud hacia la atención de estos pacientes (74.07), sin embargo, también se tendrá que reforzar los aspectos prácticos para la identificación de casos (86.8%)

Entre las perspectivas del estudio de Coll-Vinent y colaboradores²⁰, ellos concluyen que los profesionales de la salud están sensibilizados frente al problema de la violencia de género, pero no lo consideran un problema de salud y aducen falta de preparación para abordar este tema.

Al revisar la literatura general y compararlo con los resultados de la presente investigación se observan similitudes en los resultados de ambos casos (Coll-Vinent), ya que los profesionales de salud identifican la violencia como un

problema social y no como una cuestión de salud, y aunque están sensibilizados mencionan no estar preparados para proporcionar atención porque no cuentan con protocolos médicos o como se observó en este estudio, manifiestan que no les corresponde intervenir.



Gráfica 4.3. Nivel de Competencia según dimensión y global del personal de salud para la atención de víctimas

En la tabla 4.14, se observa que las variables socio demográficas no guardaron correlación estadísticamente significativa con la competencia profesional para el manejo de casos de violencia doméstica, excepto la variable sexo ($r=.222$ $p=.046$) Por otra parte, se presenta la correlación entre la variable Competencia profesional y sus dimensiones conocimiento ($r=.628$ $p=.000$), actitud ($r=.291$ $p=.008$) e identificación de caso ($r=.928$ $p=.000$); así como entre la competencia y la identificación de casos ($r=.352$ $p=.001$).

Tabla 4.12 Correlación Competencia profesional y variables socio demográficas

		Conocimiento	Actitud	Identificación de casos
Edad del encuestado	Correlación de Pearson	-,125	-,103	-,048
	Sig. (bilateral)	,267	,359	,668
	N	81	81	81
Turno	Correlación de Pearson	-,002	-,032	-,005
	Sig. (bilateral)	,983	,775	,963
	N	81	81	81
Otro empleo	Correlación de Pearson	,097	,018	,024
	Sig. (bilateral)	,390	,875	,829
	N	81	81	81
Sexo	Correlación de Pearson	,143	-,092	-,017
	Sig. (bilateral)	,201	,416	,883
	N	81	81	81
Estado Civil	Correlación de Pearson	-,012	,208	,220*
	Sig. (bilateral)	,913	,063	,048
	N	81	81	81
Profesión	Correlación de Pearson	-,103	,063	,076
	Sig. (bilateral)	,367	,581	,505
	N	79	79	79
Conocimiento	Correlación de Pearson	1	,134	,352**
	Sig. (bilateral)		,234	,001
	N	81	81	81
Actitud	Correlación de Pearson	,134		,088
	Sig. (bilateral)	,234		,435
	N	81	81	81
Identificación de casos	Correlación de Pearson	,352**	,088	1
	Sig. (bilateral)	,001	,435	
	N	81	81	81
Competencia profesional	Correlación de Pearson	,628**	,291**	,928**
	Sig. (bilateral)	,000	,008	,000
	N	81	81	81

Con los datos anteriores, se acepta la hipótesis nula

“No existe diferencia en el nivel de competencia del profesional médico en comparación con otros profesionales de la salud, para identificar y atender casos de violencia doméstica.

CONCLUSIONES

Las encuestas de este estudio fueron aplicadas a personal de salud de primer contacto con pacientes; como son médicos, enfermeras y otros profesionales, (trabajadoras sociales, nutriólogos, fisioterapeutas), se observa que un mayor porcentaje fue del sexo femenino de profesión enfermeras. Y que no existe diferencia en el nivel de competencia en la atención de las víctimas de violencia entre los profesionales médicos en comparación con otros profesionales de la salud.

En relación con el grado de conocimiento sobre el tema, la definición de violencia es identificada por la mayoría de los participantes, los que refieren se puede presentar en cualquier sector social, económico y educativo.

Con respecto al conocimiento sobre las leyes que protegen contra la violencia, se observa que existe identificación de los conceptos, no así de la normativa para la protección de víctimas (NOM-046-SSA2-2005,), lo que expresa bajos niveles de participación al indicar que no les corresponde intervenir en estos casos. Por este motivo, inferimos que la actitud y participación del personal en la detección y atención de las víctimas de violencia tienen áreas de oportunidad a ser consideradas.

A partir de los datos anteriores, se observa que es necesario revisar o establecer protocolos para los trabajadores del área de la salud, que permitan determinar el tratamiento adecuado de pacientes que sufren de violencia, así como realizar capacitación al personal médico y paramédico con la finalidad de que estos pacientes cuenten con la atención médica, psicológica y de seguimiento en coordinación con estancias gubernamentales como el Instituto Hidalguense de las Mujeres e instancias Municipales.

Derivado del análisis por dimensiones, es importante reforzar el conocimiento en quienes lo tienen y coadyuvar en la capacitación continua de todo el personal para conocer los datos e implementar medidas en la pronta detección de maltrato, ya que como se observó en este estudio y otros referidos, se tiene que a mayor conocimiento mejor identificación de casos, y por ende, atención oportuna y de calidad.

También debe de considerar dentro de estos procesos de capacitación, la sensibilización del personal en especial, cuando de violencia psicológica se trate, ya que derivado de los componentes culturales en relación con la subordinación de la mujer, no se identifican aspectos como infidelidad, humillaciones, así como afectación a los bienes materiales y económicos de la mujer, como situaciones que deterioran la calidad de vida de la víctima de violencia.

De igual forma, sería conveniente que dentro de las actividades de capacitación continua sobre violencia de género, se trataran temas jurídicos, ya que el personal de salud puede incurrir en actos de negligencia en la atención de los usuarios, por el desconocimiento de los diferentes tipos de violencia y su responsabilidad profesional en la atención de estos casos. Conocer la actitud del personal de salud ante las personas víctimas de violencia atendidas en el Hospital.

La atención de la violencia en los servicios de salud, no es solamente una situación propia de los prestadores directos de los servicios de atención, también es de suma importancia la sensibilización y el involucramiento de los tomadores de decisiones, que coadyuven en ambientes y condiciones favorables para la atención de calidad y con perspectiva de género en los casos de violencia que se presenten en cada una de las instituciones de salud.

En este orden de ideas, sería conveniente presentar una propuesta de revisión de la NOM-046-SSA2-2005, ya que su denominación “Violencia familiar, sexual y

contra las mujeres, criterios para la prevención y atención”, se han visto rebasados con las nuevas formas de conformación de la familia, así como la violencia no solo a mujeres, sino contra de niños, adultos mayores y parejas del mismo sexo. Además, de adecuarse a la Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

Referencias bibliográficas

-
- ¹Atrián, M., Ávila, L., Valdez, R., Franco, A., Del Río, A. *Informe preliminar de la encuesta Nacional Sobre violencia contra las mujeres 2006*. Género y Salud en cifras, Boletín FacMed UNAM, México: 2007, Vol 5 (3):65-73.
- ²Del Río-Zolezzi, A., Santaella-Solíz, A. *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México: 2009.
- ³Del Río-Zolezzi, A., Santaella-Solíz, A. *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual. Manual operativo*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. México: 2009.
- ⁴Azaola, E. *Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad, en Secretaria de Salud*. Informe Nacional sobre Violencia y Salud, SSA. México: 2006.
- ⁵Gutiérrez, LM. *Violencia y abuso contra las personas mayores, en Secretaria de Salud*. Informe Nacional sobre violencia y Salud, SSA. México: 2006.
- ⁶NOM-046-SSA2-2005. *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Diario Oficial de la Federación (DOF), 1era sección, México: 2009.
- ⁷OMS. *Antología sobre prevención de violencia y lesiones*. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza: 2002.
- ⁸Vargas-González, P. *Hidalgo. La memoria contra el olvido. Violencia social y de género*. Academia Hidalguense de Educación y Derechos Humanos A.C., México: 2009.
- ⁹Mendoza-Flores, ME., Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., Reyes-Zapata, H. *Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género*. RevPerinatolReprodHum, México: 2006; 20 (4): 69-79.

-
- ¹⁰Mendoza-Flores, ME., Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., Reyes-Zapata, H. *Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género*. Rev Perinatol Reprod Hum, México: 2006; 20 (4): 69-79.
- ¹¹Organización Panamericana de la Salud. *Documento interno "Red de atención y prevención de la violencia familiar". Experiencia Mizque.-Cochabamba*. Bolivia: 1997.
- ¹²ONU. *Resolución 48/104 de la Asamblea General del 19 de diciembre de 1993. Declaración sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer*. Naciones Unidas, Nueva York: 1994.
- ¹³NOM-046SSA2-2005. *Conoce la Norma*. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, para la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México: 2009.
- ¹⁴Tobón, S. *Formación basada en competencias. Pensamiento complejo*. Ediciones Ecoe, Bogotá: 2008.
- ¹⁵Racic, J. Los derechos de las niñas y los niños: un tema que nos lleva a reflexionar. Informe SIPIAV, Uruguay: 2007.
- ¹⁶DOF-20-01-2009. *Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*. Gobierno Federal – Instituto Nacional de las Mujeres. México: 2007.
- ¹⁷Cetina, E. *Tuning América Latina: una experiencia en ciernes*. UNESCO. Francia: 2005. Pág. 2.
- ¹⁸Beneitone, P., Esquetini, C., González-J., Marty-Maletá, M., Siufi, G., Wagenaar, R., *Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Proyecto ALFA Tuning América Latina*. España: 2007.
- ¹⁹UEALC. *Proyecto ALFA América Latina. IV Reunión de seguimiento del Espacio Común de Enseñanza Superior, Unión Europea América Latina y el Caribe (UEALC)*. Italia: 2003.
- ²⁰Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., Franco, A. *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. Rev Salud Pública, México: 2006.

-
- ²¹Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farrás, U., Rodríguez, D., Milla, J., Santina, M. *El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud*. Gaceta Sanitaria, España: 2008; 22 (1): 7-10.
- ²²Mendoza-Flores, ME., De Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., Reyes-Zapata, H. *Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género*. Rev Perinatol Reprod Hum, México: 2006; 20(4): 69-79.
- ²³Alvira-Martín, F. *Perspectiva cualitativa-perspectiva cuantitativa en la metodología sociológica*. Memorias de la Cátedra de Sociología. Rev Reis, España: 2009.
- ²⁴Aguilar-García, L. *Aplicación de encuestas en personal de salud del Hospital de Tulancingo*. Hidalgo, México: 2014.
- ²⁵Méndez-Hernández, P., Valdez-Santiago, R., Viniegra-Velázquez, L., Rivera-Rivera, I., Salmerón-Castro, J. *Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos*. Rev Salud Pública, México: 2003; 45:472-482.
- ²⁶Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., Baptista-Lucio, P. *Metodología de la investigación*. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 4ª ed. México: 2010.
- ²⁷LGS. *Título Quinto, Investigación para la Salud*. Capítulo Único, Artículos 96, 100 y 102. DOF 04-06-2014. Ley General de la Salud, México: 2014.
- ²⁸Asociación Médica Mundial. *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Centro de Documentación de Bioética, Universidad de Navarra. España: 2013.
- ²⁹Hernández-Les, JA. *Ética de la investigación comparada: una propuesta metodológica*. Rev Universidad Complutense de Madrid. España: 2005.
- ³⁰Herrera, C., Rajsbaum, A., Agoff, C., Franco, A. *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. Rev Salud Pública, México: 2006.

Anexos

Anexo1

Tabla 5.1. Abreviatura y significado

Abreviatura	Significado
HGO	Hidalgo
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
NOM	Norma Oficial Mexicana
OMS	Organización Mundial de la Salud.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SSA	Secretaría de Salud Federal

Anexo No. 3 Instrumento de recolección de datos.

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA**

COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCION DE LAS PERSONAS VICTIMAS DE VIOLENCIA, EN EL HOSPITAL GENERAL DE TULANCINGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE HIDALGO.

- El objetivo de la presente encuesta es conocer la opinión del personal de salud, respecto al manejo que en los servicios se proporciona a las personas víctimas de violencia.
- Las respuestas que usted nos proporcione no serán catalogadas como correctas o incorrectas, ya que solo nos interesa saber cuál es su punto de vista respecto a este tema.
- Es de suma importancia que usted conteste con sinceridad, ya que su opinión será útil para mejorar la atención que se brinda a las personas víctimas de violencia.
- La información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial y empleada con fines estadísticos exclusivamente.

INSTRUCCIONES

1. Lea cuidadosamente cada una de las preguntas
2. Conteste con lápiz o pluma
3. En la primera sección conteste escribiendo lo que se le solicita
4. A partir de la segunda sección, tache o palomee la respuesta que le parezca adecuada
5. Solo marque una sola respuesta para cada pregunta.

DEFINICION DE “VIOLENCIA FAMILIAR”

Todo acto u omisión única y repetitiva, cometida por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho independientemente del espacio físico.

FOLIO

--	--	--	--

SECCION I IDENTIFICACION PERSONAL

1. Edad _____ 2. Sexo _____ 3. Estado Civil _____
4. ¿En qué lugar ha vivido la mayor parte de su vida?
Localidad o municipio _____ Estado _____ País _____
5. Profesión: _____ Especialidad _____
6. Horario laboral: _____
7. Tiene otro trabajo: _____ Institución donde tiene otro trabajo _____

SECCION II
NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y CONOCIMIENTO

A partir de este reactivo se le presentara un afirmación específica, la cual contestara marcando con una X en la casilla que usted considere corresponde a su respuesta.

REACTIVOS	ESCALA DE VALORACION		
	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. Durante mi formación profesional he recibido conocimientos sobre violencia			
2. He leído y escuchado la definición de violencia			
3. La violencia puede ocurrir en cualquier sector social, económico y/o educativo			
4. Las causas que originan la violencia son haber presenciado durante la infancia situaciones de violencia, nivel socioeconómico bajo y falta de empleo			
5. No se sabe las causas que originan la violencia			
6. La violencia ocurre por la diferencia de oportunidades entre los individuos de una sociedad			
7. En mi ejercicio laboral he identificado casos de violencia			
8. Los casos de violencia que he identificado son de tipo físico (golpes, moretones, heridas)			
9. He identificado casos de violencia Psicológica y sexual			
10. En el hospital no existen protocolos y/o procedimientos de rutina para el manejo de casos de personas víctimas de violencia			

11.En México existen leyes que protegen a las personas que sufren violencia			
12.En el Estado de Hidalgo no existen leyes que protegen a las personas que sufren violencia			
13. En el sector salud la Norma 046 es para la identificación y manejo de las personas víctimas de violencia.			
14. Conozco instituciones donde referir a las personas víctimas de violencia			

SECCION III
ACTITUD AFECTIVA COGNITIVA Y CONDUCTUAL

REACTIVOS	ESCALA DE VALORACIÓN		
	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1.La falta de privacidad en los servicios es lo que obstaculiza que el personal detectemos los casos de violencia			
2. Los casos de violencia no se detectan por falta de conocimiento sobre este tema			
3. un factor institucional que dificulta que los casos de violencia se canalicen de manera adecuada, es porque no se ha legitimado la participación del personal de salud desde el punto de vista legal e institucional			
4. El carácter privado de la violencia dificulta la detección de casos de personas violentadas			
5. Es incomodo identificar los casos de violencia			
6. No me corresponde intervenir en los casos de personas que son víctimas de violencia			
7.En casos de violencia solo soy espectador(a)			
8.No estoy interesado (a) en identificar casos de violencia			
9. Me interesa hacer algo que ayude a las personas víctimas de violencia			

**SECCION IV
INTERES PARA IDENTIFICAR CASOS**

REACTIVOS	ESCALA DE VALORACIÓN		
	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
1. Preguntar a una (o) usuaria (o) durante su estancia en los servicios de salud si es agredida (o) por su pareja puede ofenderla (o) o incomodarla (o)			
2. La violencia intrafamiliar es un problema muy íntimo, sin embargo el personal de salud podría hacer preguntas sobre aspectos de la vida marital			
3. Detectar casos de violencia no es tan relevante como el detectar enfermedades			
4. El detectar casos de violencia debería ser una más de las labores del equipo de salud			
5. Si un profesional de salud ayuda y/u orienta a una víctima de abuso, existe la posibilidad de que la persona agresora tome represalias contra este profesional			
6. Para que el personal de salud realicemos preguntas sobre violencia de manera rutinaria, deberían incluirse en las hojas de ingreso preguntas sobre este tema			
7. Considero que sería útil el registrar los casos de personas violentadas durante mis actividades			
8. El personal de salud es quien debe iniciar con las (o) pacientes la conversación respecto a la violencia			
9. Cuando estoy en contacto con una víctima de violencia solo platico con ellas			

10. A las personas que son víctimas de violencia las canalizo a una institución especializada.			
11. La persona maltratada debe dar la pauta para que el personal de salud pueda preguntarle acerca de su problema de violencia			
12. Formar profesionales de salud capacitados en violencia no es necesario ya que existen otros problemas de mayor prioridad			
13. La violencia intrafamiliar me parece un tema muy interesante, como para dedicarle tiempo en capacitarme.			
REACTIVOS	ESCALA DE VALORACIÓN		
15. canalizar los casos de personas víctimas de violencia debería de ser labor del personal de salud	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO
16. considero poco relevante que el profesional de salud ya formados nos capacitemos en el tema de violencia			
17. El caso de una persona violentada, es un problema que rebasa los alcances del profesional de salud			
18. Los casos de violencia son un problema poco relevante en los servicios de salud, por lo tanto me parece poco trascendente la capacitación en dicho tema			
19. El personal de salud podría ser el profesional más adecuado para canalizar las mujeres maltratadas hacia las instituciones especializadas en manejar estos casos			

20. Canalizar los casos de personas maltratadas no debería ser la labor del personal de salud.			
21. Los casos de personas violentadas son un problema que se observa frecuentemente en la práctica hospitalaria			
22. La violencia que se ejerce sobre una persona repercute de manera muy importante sobre su salud.			
23. La violencia intrafamiliar en grados extremos puede ocasionar hasta la muerte de la víctima			
24. Los casos de personas violentadas no solo corresponden al sector legal, sino también al sector salud			
25. Sería útil que el personal de salud contara con protocolos de detección de casos de personas violentadas			
26. Los casos de violencia sexual son un problema que se observa frecuentemente en la práctica profesional			
27. Preguntar a un (a) paciente durante su estancia en los servicios de salud si es agredida (o) por su pareja, puede poner en riesgo la relación profesional de salud			
28. Debería ser reglamentado que el personal de salud identifique y registre los casos de personas víctimas de violencia			
REACTIVOS	ESCALA DE VALORACIÓN		
30. Considero que sería útil registrar los casos de violencia durante mi turno	DE ACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	EN DESACUERDO

31. Instruir al personal de salud en formación sobre el tema de violencia no es tan necesario como instruirlos(os) en el manejo intrahospitalario de los pacientes			
32. Es necesario que en escuelas de Ciencias de la salud se impartan cursos sobre el manejo de la violencia.			
33. Las consecuencias de la violencia generalmente no va más allá de contusiones y hematomas			
34. Una persona que es maltratada puede llegar a suicidarse			
35. Los casos de personas que sufren violencia psicológica/verbal, son un problema frecuente en los servicios de salud.			
36. No es necesario que se imparta instrucción sobre violencia durante la formación profesional, ya que la violencia no es un problema de salud.			
37. Si en un futuro inmediato se impartiera un curso o capacitación sobre violencia me interesaría participar.			
38. El maltrato a las personas no es un problema serio, sino que se trata de incidentes aislados y sin consecuencias importantes			

Anexo No. 4 Consentimiento Informado

FOLIO _____

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVESTIGACIÓN: Competencia profesional del personal de salud en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 046.

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación cuyo objetivo es conocer la opinión del personal de salud respecto al manejo que en los servicios se proporciona a las personas víctimas de violencia. Esta investigación es realizada por la estudiante de Maestría en ciencias de Enfermería Lucía Aguilar García, que labora en ésta institución.

El propósito de esta investigación es identificar si el personal de salud tiene conocimiento sobre la aplicación de la norma oficial Mexicana 046

Usted fue seleccionado para participar en ésta investigación porque forma parte de los profesionistas que están en primer contacto con las personas que son víctimas de violencia, se espera que en este estudio participen en forma voluntaria los profesionales de salud que laboran en el servicio de urgencias y consulta externa.

Si acepta participar en esta investigación se le solicitara, que lea con detalle el cuestionario y conteste en forma veraz las preguntas que se le realizaran.

El participar en este estudio le tomará aproximadamente media hora.

La identidad del participante será protegida, ya que no escribirá su nombre en el cuestionario y solo será leído por el investigador con el fin de obtener datos estadísticos. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente el investigador tendrá acceso a los datos que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho de abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad, también tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor hágasela a la persona que le está presentando este documento.

Su forma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento

Nombre del participante	Firma	Fecha
_____	_____	_____

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante, le he explicado los riesgos y beneficios del estudio

Nombre del investigador o persona Designada	Firma	Fecha
_____	_____	_____

Anexo No. 5 Operacionalización de variables.

VARIABLE DEPENDIENTE

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Indicador
Competencias Profesionales	Se refiere a las funciones y roles de un profesional para desarrollar adecuadamente su trabajo ⁽¹⁷⁾	Saber y conocer Saber hacer	Sumatoria de los ítems del cuestionario	Excelente Bueno Regular
Actitud: afectiva, cognitiva y conductual	La actitud consiste en 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 ¹⁷	Cognitivo Afectivo conductual	Sumatoria de ítems del cuestionario	Excelente Bueno Regular

Conocimiento de la normatividad para la atención de las víctimas de violencia	Proceso mental donde se adquieren ideas, conceptos y principios, conjunto de información que se adquiere como resultado de recibir capacitación.	Conceptos Principios información	Sumatoria de ítems del cuestionario	Excelente Bueno Regular
Edad	Tiempo que ha vivido una persona ¹⁷	Número de años cumplidos	Continua	Años
Profesión	Especialidad a que se dedica el trabajador	Actividad que realiza el profesionista	Nominal discreta	médico, Enfermera, trabajador social, psicólogo
Antigüedad laboral	Tiempo transcurrido desde su ingreso a la institución a la fecha	Tiempo expresado por el entrevistado en años y meses	continua	Años y meses
Categoría	Puesto que ocupa en la organización	El expresado por el entrevistado	Nominal discreta	Nombre de la categoría
Estado civil	Situación conyugal del trabajador	El expresado por el entrevistado	Nominal	Soltero Casado Divorciado otro

Anexo No. 6 Oficio de Autorización de aplicación de cuestionario

 SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO	 Hospital General Tulancingo	 HIDALGO	 ESTADO DE HIDALGO	<table border="0" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15%;">Dependencia:</td><td>Secretaría de Salud</td></tr><tr><td>U. Administrativa:</td><td>Hospital General Tulancingo</td></tr><tr><td></td><td>Lázaro Cárdenas No. 200 Col. Centro</td></tr><tr><td></td><td>C.P. 42600</td></tr><tr><td>Área Generadora:</td><td>DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA</td></tr><tr><td>No. de Oficio:</td><td>2113</td></tr></table>	Dependencia:	Secretaría de Salud	U. Administrativa:	Hospital General Tulancingo		Lázaro Cárdenas No. 200 Col. Centro		C.P. 42600	Área Generadora:	DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA	No. de Oficio:	2113
Dependencia:	Secretaría de Salud															
U. Administrativa:	Hospital General Tulancingo															
	Lázaro Cárdenas No. 200 Col. Centro															
	C.P. 42600															
Área Generadora:	DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA															
No. de Oficio:	2113															

ASUNTO: Aplicación de encuestas.

En esta Semana Santa actúa responsablemente, usa el cinturón de seguridad y respeta señales de tránsito

TULANCINGO DE BRAVO, HIDALGO A 26 DE ABRIL DEL 2013

L.E. LUCIA AGUILAR GARCÍA
P R E S E N T E

EN ATENCIÓN A SU OFICIO DE FECHA 5 DE ABRIL DEL 2013, DONDE SOLICITA AUTORIZACIÓN PARA APLICAR ENCUESTAS DIRIGIDAS A PERSONAL MÉDICO, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL; EN TORNADO A SU PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, EL CUAL LLEVA POR NOMBRE "COMPETENCIA PROFESIONAL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA", LE INFORMO QUE HA SIDO AUTORIZADO, POR LO QUE SOLICITO INFORME AL TÉRMINO DEL MISMO.

SIN OTRO PARTICULAR, LE ENVÍO UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE



DR. DAVID ROLDÁN RAMOS BALLESTEROS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN

* 26 ABR 2013 *

ESTAFETA
Correspondencia de salida

c.c.p. Archivo
c.c.p. Minutario
DRRB/LGO*

LÁZARO CÁRDENAS NO. 200 TEL. 01 775 11 201 55 FAX 01 775 11 201 55		COL CENTRO 01 775 75 30050 hgtulancingo@hotmail.com
--	---	---