

Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre la conducta violenta

The family medicine specialists' learning needs about violent behavior

Víctor Tadeo Pérez Martínez, Tatiana de la Vega Pazitková

Policlínico Docente "Ana Betancourt". ICBP "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las necesidades de aprendizaje resultan de contrastar un desempeño ideal o propuesto con el real, bien sea para un individuo o un grupo determinado. Constituyen el punto de partida para la búsqueda de una solución pedagógica, a fin de contribuir a la transformación cualitativa de los servicios de salud, y su oportuna identificación una trascendental herramienta de la educación permanente.

Objetivo: identificar las necesidades de aprendizaje de los médicos que laboran en los Equipos de Atención Primaria de Salud, del municipio Playa, sobre la conducta violenta.

Métodos: como método empírico se aplicó un cuestionario con carácter anónimo, en forma de examen escrito, a 22 especialistas de Medicina General Integral, seleccionados al azar, que laboran en tres policlínicas del extremo Este, del municipio Playa.

Resultados: se puntualizaron las deficiencias e insuficiencias de los conocimientos y habilidades profesionales sobre el fenómeno de la violencia, fundamental, en lo que respecta a su dimensión cognitiva y su manifestación en niños, mujeres y ancianos.

Conclusiones: a pesar de que el fenómeno de la violencia constituye, en el primer nivel de atención, uno de los Programas priorizados, en lo que a Salud Mental se refiere, la mayoría de los especialistas no lo identifican como es debido, por lo que persiste como un comportamiento infradiagnosticado, cuyo riesgo es, en lo habitual, poco explorado y su evaluación adolece, en ocasiones, de elementos de

obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta su calidad y su adecuado seguimiento.

Palabras clave: necesidades de aprendizaje; violencia.

ABSTRACT

Introduction: The learning needs result from contrasting an ideal or proposed performance with the real, either for an individual or a particular group. They constitute the starting point for seeking a pedagogical solution, in order to contribute to the qualitative transformation of health services, and their timely identification constitutes a transcendental tool of lifelong education.

Objective: To identify the needs of learning on violent behavior of the physicians who work in the primary health care teams of Playa Municipality.

Methods: As an empirical method, a questionnaire was conducted, with an anonymously character and as a written examination, on 22 family medicine specialists randomly chosen and who work in three polyclinics of the East end of Playa municipality.

Results: The deficiencies and inadequacies of professional knowledge and skills on the phenomenon of violence were pointed out, fundamentally with regard to their cognitive dimension and their manifestation in children, women and the elderly.

Conclusions: Although the phenomenon of violence constitutes, in primary health care, one of the priority programs, as far as it is about mental health, most specialists do not identify it correctly. It persists as an underdiagnosed behavior, whose risk is sometimes scarcely explored and its evaluation often suffers from elements of obligatory inquiry and knowledge, which affects its quality and its adequate update.

Key words: learning needs; violence.

INTRODUCCIÓN

En el sector de la salud la identificación de necesidades de aprendizaje cobra mayor importancia, desde el primer nivel hasta el terciario, y la necesidad de búsqueda de nuevas vías de capacitación del personal, constituye una de las bases primordiales para la prestación de servicios de salud que resulten apropiados para enfrentar las necesidades de la población.¹

Las necesidades de aprendizaje se definen como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el Sistema de Salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento. Por su forma de manifestarse se clasifican en manifiestas y encubiertas, mientras que por el alcance de las mismas pueden ser: organizacionales, ocupacionales, individuales, normativas, sentidas, expresas y comparadas.²

Las técnicas que se emplean para elaborar la identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) son muy variadas en dependencia de la oportunidad, la complejidad y el perfil de la investigación, entre ellas se encuentran la encuesta, la entrevista, la observación, las discusiones de grupo, los cuestionarios, entre otras.^{1,2}

Por otra parte, ante un desempeño insatisfactorio, es importante determinar en qué medida ello es atribuible a un problema cognitivo, y ello puede determinarse, con la realización de exámenes o pruebas escritas, sobre todo cuando se trata de grupos grandes.^{1,2}

Se considera que, por lo general, se habla de violencia en aquellos casos que es visible, y se asocia al acto violento, al abuso y la lesión física. Se tienen registros de la violencia cuando tiene tales connotaciones, pero son mínimos los registros de la violencia que se produce en la cotidianidad del hogar o, de una relación de pareja.³ En el caso de la mujer, en su mayoría, no reconoce la situación que vive como violencia y, por tanto, no la registra como tal, no es consciente de que la vive.⁴ La violencia psicológica de género, como forma encubierta de agresión y coerción, por lo poco observable y comprobable de sus secuelas, y, por tanto, su difícil detección, es cada vez más utilizada.⁵ Cuba no escapa a esta realidad (victimización femenina), aun cuando el proyecto social contribuya de forma decisivo a detener muchos de los factores que determinan el ejercicio de la violencia contra la mujer.^{4,5} Igual, se han propiciado modificaciones sustanciales en torno al lugar y el papel de la familia como célula fundamental de la sociedad, pero sin lograr, hasta hoy, la reestructuración radical de los rasgos patriarcales presentes en la identidad nacional y en los agentes socializadores más importantes, como la familia.⁶ Con el triunfo revolucionario, también se abolió la forma general de maltrato infantil y estamos en condiciones de minimizar la forma particular, de este fenómeno social complejo, de proyección universal, cuya incidencia puede resultar baja por errores que todavía persisten en su denuncia y /o diagnóstico y cuya solución depende del conocimiento que se tenga de cada síndrome, de la conciencia que se haga al respecto y del apoyo social que se les brinde a las familias en crisis, así como del trabajo preventivo desplegado por los equipos de salud en cada comunidad, en interrelación con las restantes organizaciones, para lograr la reducción sustancial de la posibilidad de recurrencia y muerte por abusos y negligencias.⁷

Al examinar el más reciente Análisis Integral de la Situación de Salud (AISS) emitido por algunas policlínicas, pertenecientes al municipio capitalino de Playa, se constató un subregistro para el comportamiento violento, es decir, es evidente el infradiagnóstico del llamado síndrome de violencia familiar, puesto que el número de casos estimados está muy por debajo de la casuística real. Paradójicamente, se apreció un aumento del por ciento correspondiente a familias catalogadas como disfuncionales. En dichos núcleos aparecen de manera recurrente situaciones violentas.

Por otra parte, el especialista que labora en el Equipo Básico de Salud, en ocasiones, descuida el pesquisaje, registro y seguimiento adecuado de los pacientes que sufren violencia e ignoran, o no reconocen, los principales signos de alarma. En las Historias de Salud Familiar, en lo habitual sólo se registra el diagnóstico de violencia que coincide con el perfil más burdo y evidente de dicho comportamiento, el llamado maltrato físico y no se registran a pacientes que sufren perfiles o modalidades aparente menos severas, como el abuso financiero, por negligencia y el maltrato psicológico, sobre los cuales deberán recaer el peso de las acciones preventivas, por constituir, en lo fundamental este último, una forma solapada de agresión o coerción.

La exploración del estado mental de las personas víctimas de la violencia tampoco constituye una práctica sistemática, por parte de los Equipos Básicos de Salud.

Al evaluar, de forma concurrente o retrospectiva, el ingreso en el hogar de los pacientes que han sufrido la violencia, se ha detectado que la atención diaria y ambulatoria que se le brinda, al paciente y su familia, con frecuencia, carece de la calidad científico-técnica exigida, lo que genera la insatisfacción de familiares y, en ocasiones, de la propia víctima. Por todo lo expuesto se asegura que, en la práctica, se exhibe un insuficiente desempeño en la atención continua, periódica y personalizada de las víctimas de la violencia, cuando los especialistas deben utilizar procedimientos que les garanticen abordar problemáticas de salud con un enfoque de riesgo, familiar e inter y transdisciplinario, en especial en segmentos poblacionales tan vulnerables como los niños y adolescente, las mujeres y los ancianos.

Interrogante científica: ¿Cuáles son las necesidades de aprendizaje sobre conducta violenta de los especialistas de Medicina General Integral?

La presente investigación tiene como objetivo identificar las necesidades de aprendizaje de los especialistas de Medicina General Integral, del municipio Playa, sobre la conducta violenta.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y de corte transversal, durante el segundo semestre del año 2015.

El universo estuvo constituido por el total de especialistas de Medicina General Integral que laboraron en los Consultorios Médicos de Familia de las tres policlínicas implicadas en la investigación y que fueron escogidas por conveniencia de los autores. Se confeccionó un listado con los especialistas ya referidos, a los que se les asignó un número consecutivo, seleccionándose al azar a 22 médicos.

Como método empírico se escogió el cuestionario (anexo), diseñado por el autor, siguiendo la experiencia de investigaciones anteriores, validado previamente por especialistas del Centro Comunitario de Salud Mental, del municipio Playa y aplicado, a la manera de un examen o prueba escrita, por personal calificado, con carácter anónimo y previo consentimiento informado. Su estructura constó de siete interrogantes. Las cuatro primeras se diseñaron como preguntas estructuradas tipo test objetivo, con respuestas alternativas de selección múltiple y de igualamiento, centradas, únicamente, en la exploración de la preparación cognitiva, de los especialistas, sobre el fenómeno de la violencia, desde la perspectiva clínica-epidemiológica, haciendo énfasis en los factores psicológicos, grupos de riesgo, entre otros aspectos. Las tres últimas son de respuestas breves o restringidas. Todas las preguntas se elaboraron de forma organizada y sistematizada, para lograr la información necesaria. Este instrumento no tiene la intención de explorar el comportamiento violento desde la dimensión procedimental y axiológica, solo la dimensión cognitiva del fenómeno.

Para el procesamiento de la información obtenida se utilizó el método de la estadística descriptiva y los resultados se presentaron en tablas numeradas de forma consecutiva, en correspondencia con las preguntas en él formuladas, con

números absolutos y porcentajes y se contrastaron con los elementos aportados por la bibliografía consultada, acerca de la temática.

RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1, la totalidad de los especialistas no señaló, en su respuesta a la pregunta No 1, el inciso d, hecho que resultó desacertado. El 50 % (n= 11) señaló de forma errónea el inciso b y la restante mitad, marcó de manera indebida el inciso c, pues ambos funcionan como distractores. Si bien fue correcto que todos excluyeran los incisos a, e.

Tabla 1. Conocimiento de los especialistas sobre los caracteres básicos que definen la violencia

Definiciones	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	No.	%	No.	%
a. Fenómeno complejo que abarca múltiples facetas relacionadas con un conjunto de factores que se repiten en forma cíclica de generación, en generación.	22	100	0	0
b. Uso de la fuerza física o coacción moral de un sujeto o grupo en contra de otro individuo, grupo o en contra de sí mismo.	11	50	11	50
c. Acción, omisión o conducta directa o indirecta mediante la cual se infringe sufrimiento físico, sexual o mental.	11	50	11	50
d. Acción que se ejerce deliberadamente, de manera intencional, con el uso de una fuerza o intimidación sobre la naturaleza, los seres humanos o ambos.	0	0	22	100
e. Es más que una conducta, una emoción, una respuesta simple, es una forma de actuar, de pensar o de sentir.	22	100	0	0

La totalidad mencionó acertadamente a los grupos de riesgo, al señalar, en su respuesta al inciso 1,1 a niños, mujeres y ancianos como los más vulnerables a cualquier forma de manifestarse la violencia, en la sociedad. El 100 % logró completar correctamente las tres razones exigidas en el inciso 1,2, señalándose la falta de madurez física, mental e intelectual de niños y niñas; la marcada dependencia funcional, económica y emocional que muestran las féminas y las personas en edades extremas de la vida; la disminución de la capacidad de tomar decisiones y de su facultad defensiva como los principales motivos que sustentan la mayor probabilidad de ser víctimas de la violencia.

Como se observa en la tabla 2, la gran mayoría reconoce de forma acertada las formas particulares de violencia, en lo fundamental el maltrato (100 %) y la negligencia (90,9 %), en menor medida el secuestro (27,3 %) y la esclavitud (13,6 %). Sin embargo, se evidencia pobre reconocimiento de las formas generales de violencia (ecológica y violencia de Estado) con excepción de la doméstica, señalada correctamente por más de la mitad de la muestra (81,8 %).

Tabla 2. Conocimiento de los especialistas sobre las formas de violencia

Formas de violencia	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	No.	%	No.	%
Abusos o maltratos	22	100	0	0
Negligencia	20	90,9	2	9,1
Doméstica	18	81,8	4	18,2
Esclavitud	3	13,6	19	86,4
Secuestros	6	27,3	16	72,7
De Estado	1	4,5	21	95,4
Ecológica	2	9	20	91,0

Como se observa en la tabla 3, la totalidad de los especialistas respondió, de forma correcta, esta interrogante (inciso 2,1), destacándose la violencia infantil (100 %), la insuficiencia médico sanitaria (86,4 %) y educativa (77,3 %) como las expresiones más señaladas de la forma general de maltrato infantil.

Tabla 3. Conocimiento de los especialistas sobre la forma general de maltrato infantil

Formas general de maltrato infantil	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	No.	%	No.	%
Violencia infantil	22	100	0	0
Insuficiencia médico-sanitaria	19	86,4	3	13,6
Insuficiencia educativa	17	77,3	5	22,7
Pobreza	2	9	20	91,0
Deterioro del medio ambiente	1	4,5	21	95,4

Con relación al inciso 2,2, se constató que el 100 % de los especialistas tiene dominio de los diferentes síndromes que constituyen la forma particular de maltrato infantil y sus características más notorias, pues no se detectaron enlaces fallidos. Todos los posibles se ejecutaron de manera correcta.

La totalidad de los especialistas respondió el inciso 2,3 de forma acertada, al señalar de forma adecuada las cinco causas de maltrato infantil exigidas. Resultó notorio, que, en todas las respuestas, se hizo alusión solo a las causas medio ambientales del fenómeno, entre ellas se destacaron los problemas de la pareja (n= 21) (95,4 %), los conflictos ocasionados por el nacimiento de hijos no

deseados (n= 16) (72,7 %) y la desintegración familiar (n= 14) (63,6 %). En menor medida se señalaron causas asociadas a las condiciones de vida como las carencias monetarias o bajos ingresos económicos (n= 10) (45,4 %), el hacinamiento (n= 9) (40,9 %) y las viviendas con condiciones estructurales inadecuadas (n= 8) (36,3 %).

La totalidad de los especialistas respondió el inciso 2,4 de manera correcta, al señalar de forma acertada las cuatro actitudes paternas exigidas. Se mencionaron como responsables del daño, transitorio o permanente, de la psiquis del menor las actitudes de rechazo (n= 22) (100 %), el autoritarismo (n= 22) (100 %) el exceso de crítica (n= 18) (81,8 %) y la sobreprotección (n= 13) (59,1 %). En menor medida, las inconsistencias en el proceso de crianza y formación (n= 5) (22,7 %).

Fue notorio que el total de los especialistas limitó las secuelas o consecuencias del maltrato infantil, en las diferentes etapas de la vida, a la esfera volitiva o de la conducta propiamente dicha, alegaron de forma acertada, en sus respuestas al inciso 2,5, solo los comportamientos reprobables entre los que se destacan, en orden de frecuencia, la conducta retraída o agresiva (n= 22) (100 %), desajustes conductuales en la escuela con bajo rendimiento intelectual o académico (n= 20) (90,9 %), los patrones anormales de interacción social (n= 18) (81,8 %) y las conductas antisociales (n= 15) (68,2 %). Se dejó de señalar de forma desacertada el comportamiento auto lesivo con riesgo suicida.

La pregunta No. 3 explora la habilidad de los especialistas para detectar, en su comunidad, precoz, signos de alerta de violencia de género. Se evidenció que la totalidad (n = 22) excluyó, en sus respuestas, a los incisos a, f, g, los cuales funcionan como distractores, lo que traduce plena habilidad para reconocer dichas condiciones de riesgo.

Como se observa en la tabla 4, la totalidad (n= 22) de los especialistas respondió de manera acerada la pregunta No. 4, pero de forma incompleta, pues todos (100 %) dejaron de mencionar el maltrato financiero.

Tabla 4. Conocimiento de los especialistas sobre los perfiles clínicos de maltrato en el anciano

Formas general de maltrato infantil	Respuestas correctas		Respuestas incorrectas	
	No.	%	No.	%
Maltrato físico	22	100	0	0
Maltrato psicológico o emocional	22	100	0	0
Maltrato por negligencia o desatención	22	100	0	0
Maltrato financiero	0	0	22	100

Entre las otras limitaciones o dificultades expuestas por el personal de salud, que representaron el 22,7 %, se señalaron la escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica, la falta de privacidad e intimidad en las consultas y la carencia de conocimiento y coordinación entre los diferentes factores para enfrentar esta problemática (tabla 5).

Tabla 5. Dificultades del personal de salud para identificar la violencia

Dificultades o limitaciones	No.	%
Deficiente formación en temas relacionados con la violencia.	19	86,3
Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones.	14	63,6
Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)	11	50
Temor a empeorar la situación, a dañar la seguridad de la víctima.	9	40,9
Sobrecarga asistencial.	9	40,9
Otras.	5	22,7

DISCUSIÓN

Se han realizado algunos estudios sobre la violencia en el ámbito mundial, pero su abordaje y aporte mayor ha sido desde el punto de vista conceptual.⁴⁻⁶ Sin embargo, no se puede hablar de un consenso en el concepto de violencia, pues existen tantos conceptos como autores han estudiado el tema.⁶ La violencia es toda acción que se ejerce con el uso de una fuerza o intimidación (coacción moral) sobre la naturaleza, los seres humanos o ambos, provocando daño irreparable a la calidad de vida del hombre y un deterioro del desarrollo sostenible a la naturaleza.⁸ Entre los caracteres básicos que la definen se incluye que la fuerza empleada debe poseer la suficiente intensidad y frecuencia como para causar un efecto nocivo o daño de naturaleza biológica, psicológica o social e infligir un sufrimiento, dolor, lesión, pérdida o violación de los derechos humanos. El comportamiento violento es destructivo y tiene carácter intencional o no accidental, pauta indispensable para establecer el diagnóstico.⁸⁻⁹ Presupone una relación de poder a favor del perpetrador o agresor sobre su víctima e independiente del contexto donde se produzca, por lo general, se considera un delito, es ilegal.⁹ En el estudio, se constató que la totalidad de los especialistas no señaló, en su respuesta a la pregunta No 1, el inciso d, hecho que traduce un desconocimiento de los caracteres básicos que definen la conducta violenta, lo que incide de forma negativa en su diagnóstico temprano.

En el Screening for family violence¹⁰ se plantea que, para que se considere violencia, la frecuencia de ocurrencia del "hecho" debe ser, al menos, de seis veces en el año. En este sentido, los resultados muestran que la totalidad de los especialistas desconocen la frecuencia establecida para considerar un acto violento, en el ámbito intrafamiliar o doméstico.

En cualquier tipo de violencia, por lo general, los niños, las mujeres y los ancianos son los más vulnerables, ello obedece a un conjunto de razones que fueron mencionadas de forma acertada por los especialistas en esta investigación, y a las que se deben añadir, en la tercera edad, la mayor fragilidad de estas personas. En la denominación de anciano frágil se plantea: "Personas que por condiciones biológicas, psicológicas, sociales y funcionales están en riesgo de desarrollar un estado de necesidad". Algunas estadísticas reflejan que entre el 10 y el 20 % de los

individuos mayores de 60 años pueden considerarse frágiles, y este porcentaje alcanza a más del 50 % en el grupo poblacional mayor de 85 años: "los viejos más viejos" ("oldestold").¹¹

En la investigación resultó notorio que el total de especialistas no mencionara a la drogadicción, epidemia que azota al mundo actual y que amenaza intensificarse en el presente milenio, como expresión de la forma general de maltrato infantil, junto a la pobreza, el analfabetismo y la insuficiencia educacional, la violencia, la insuficiencia médico-sanitaria y el deterioro ecológico y del medio ambiente. El consumo de alcohol y otras drogas que alteran la conciencia, la personalidad y la conducta e influyen en el estado físico y emocional de las personas, es capaz de promover y /o potenciar cualquier tipo de comportamiento violento como los homicidios, el suicidio, la inestabilidad familiar, etc.¹² No menos importante resulta la introducción de estas drogas y de las armas de fuego en los centros de enseñanza. Cuando los programas de estudio no están dirigidos a satisfacer las exigencias de desarrollo de los adolescentes y adultos jóvenes, se convierten en fuente de frustración de las grandes mayorías, que no encuentran cómo organizar sus vidas y tienen que recurrir a métodos violentos. Por otra parte, la inseguridad y el comportamiento ambivalente e impulsivo de los adolescentes los hace más fácilmente vulnerables para ejercer la violencia.¹³

En el presente estudio, el total de los profesionales, solo hicieron alusión a las causas medio ambientales de maltrato infantil, destacándose los problemas económicos o carencias monetarias, el desempleo, bajo nivel educacional y cultural, hacinamiento, vivienda inadecuada, las dificultades o conflictos en la pareja, la desintegración familiar, los conflictos ocasionados por el nacimiento de hijos no deseados, la orfandad, la prostitución, la farmacodependencia y el alcoholismo, entre otros. Es necesario recordar que el maltrato infantil es un problema polifacético y multicausal, en el que también intervienen factores ligados al niño, a su familia, en especial sus progenitores, además del medio social en el cual se desenvuelven.^{1,7,14} Se desconocieron, por la totalidad de especialistas, las causas de maltrato inherentes al menor como son limitaciones físicas, daños neurológicos, malformaciones, retraso mental, enfermedad mental o psíquica, niños inquietos, problemáticos, con conductas inadecuadas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, así como las características de los padres. La literatura médica consultada⁶ refiere que la mayor parte de los padres que abusan de sus hijos, han sufrido también la misma situación por parte de sus progenitores. Algunas investigaciones^{6,7} afirman que este tipo de padres presenta una personalidad infantil mientras que otros refieren que éstos esperan, de forma poco realista, que sus necesidades psicológicas sean cubiertas por sus hijos y que al no ver cumplidas sus expectativas sufren un gran estrés y se vuelven violentos en las relaciones con sus hijos. A pesar de este enfoque psicopatológico, pocos padres de este tipo pueden ser considerados verdaderos sociópatas o psicóticos, dado que en otras facetas de la vida funcionan sin distorsiones sociales y psicológicas. Otras causas de maltrato infantil inherentes a los padres o tutores son su incapacidad para enfrentar los problemas, inmadurez emocional, disminución de la autoestima, falta de expectativas, inseguridad extrema y la carencia de orientación o educación sobre la responsabilidad de la paternidad. El maltrato entre padres y los resentimientos por una infancia traumática, entre otros factores conducen al maltrato físico y psicológico.⁷

Tampoco se señaló el exceso de ansiedad de los progenitores, ni el perfeccionismo como frecuentes actitudes de los padres capaces de dañar, de forma transitoria o permanente, la psiquis de los menores. Un niño pequeño no puede comprender la necesidad exagerada de orden y perfección. A menudo, reacciona con mal dormir, pérdida del apetito, nerviosismo e inquietud.¹³ Por otra parte, algunos padres tratan al hijo como un ser inferior y a menudo lo ridiculiza y humilla. El orgullo del niño se

lastima y pierde la estimación de sí mismo. Se siente inferior a sus compañeros, infeliz e insatisfecho. Puede reaccionar con hiperactividad, nerviosismo, retraimiento, volverse indebidamente dócil y tímido o reaccionar agresiva y desafiantemente.^{6,14}

En la investigación los especialistas se refirieron solo a las secuelas del maltrato infantil en la esfera volitiva o conductual de la persona, destacándose como principales consecuencias, en las diferentes etapas de la vida, la conducta habitual indecisa e inquieta, los patrones anormales de interacción social, la conducta retraída o agresiva, desajustes conductuales en la escuela con bajo rendimiento intelectual o académico, el comportamiento autoagresivo con riesgo suicida y las conductas antisociales. La literatura médica consultada ^{6,14} refiere que el maltrato infantil provoca marcada dependencia de los padres, desprecio a la autoridad dentro y fuera del hogar. Los niños y algunos adolescentes responden con miedo, timidez y cobardía, se muestran infelices o insatisfechos y mienten con frecuencia, rechazan o evaden la escuela. Fue notorio que no se hizo alusión a la repercusión del maltrato en la esfera afectiva de la víctima, en la que produce importantes secuelas como la baja autoestima, la depresión, ataques de pánico, desorden de estrés postraumático y abuso o dependencia de alcohol y narcóticos, entre otras consecuencias nefastas.¹⁴

Resultó también muy notorio que la totalidad de los especialistas no señalaron el maltrato financiero como uno de los perfiles clínicos de violencia ejercida frecuente contra los ancianos, lo que traduce que solo conocen tres de los cuatro perfiles clínicos reconocidos. El abuso económico, como también se le conoce, se da cuando se usan los recursos del senescente en beneficio del cuidador, cuando es víctima de chantaje financiero, si sufre de la apropiación de sus propiedades, o de la coerción para firmar documentos legales como pudieran ser testamentos y propiedades. El maltrato económico/financiero está presente cuando los recursos financieros del adulto mayor no son manejados por este y son empleados sin su consentimiento, o también por no darle la ayuda económica que necesita el anciano y que puede depender de familiares, amigos allegados o de la propia sociedad.¹⁵

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de que la atención al fenómeno de la violencia constituye, en el primer nivel de atención, uno de los programas priorizados, en lo que a Salud Mental se refiere, la mayoría de los especialistas no lo identifican debidamente, por lo que persiste como un comportamiento infradiagnosticado, cuyo riesgo es, habitual, poco explorado y su evaluación adolece, en ocasiones, de elementos de obligatoria indagación y conocimiento, lo que afecta su calidad y su adecuado seguimiento.

RECOMENDACIONES

Elaborar una propuesta de intervención educativa, a manera de curso de superación, sobre la conducta violenta, en el primer nivel de atención, como herramienta para suplir, de forma modesta, el déficit en los conocimientos y habilidades de los médicos que integran los Equipos Básicos de Salud, del municipio Playa.

APOYO FINANCIERO

Colectivo de profesores y Comité Científico del Policlínico docente "Ana Betancourt" del municipio Playa.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

ANEXO

Estimado colega:

El presente cuestionario tiene el propósito de identificar sus necesidades de aprendizaje sobre el fenómeno de la violencia, explorando su preparación cognitiva acerca de la temática.

1. Marque con una X el concepto que mejor exprese los caracteres básicos del fenómeno de la violencia.

La violencia es:

a. _____ El fenómeno complejo que abarca múltiples facetas relacionadas con un conjunto de factores que se repiten en forma cíclica de generación, en generación porque sus causas y consecuencias lejos de decrecer aparecen con formas nuevas, más agresivas y encubiertas.

b. _____ El uso de la fuerza física o coacción moral de un sujeto o grupo en contra de otro individuo, grupo o en contra de sí mismo, generándose como resultado la destrucción o daño del sujeto o la limitación o negación de los derechos de la persona o grupo devenido víctima que se propicia por la existencia de grandes desigualdades por los derechos de los hombres.

c. _____ La acción, omisión o conducta directa o indirecta mediante la cual se infringe sufrimiento físico, sexual o mental.

d. _____ Toda acción que se ejerce a propósito, de manera intencional, con el uso de una fuerza o intimidación sobre la naturaleza, los seres humanos o ambos, provocándose daño irreparable a la calidad de vida del hombre y un deterioro del desarrollo sostenible a la naturaleza.

e. _____ La violencia es más que una conducta, una emoción, una respuesta simple, es una forma de actuar, de pensar o de sentir.

1.1- Para qué en el ámbito o contexto intrafamiliar se considere violencia, la frecuencia de ocurrencia del "hecho" debe ser, al menos, de:

_____ Una vez en el año.

_____ Tres veces en el año.

_____ Seis veces en el año.

_____ Nueve veces en el año.

_____ Diez o más veces en el año.

1.2- Mencione los grupos poblaciones que son más vulnerables a cualquier manifestación o forma de violencia en la sociedad.

a. _____

b. _____

c. _____

1.3.-Expresar, de manera breve, tres razones o motivos que sustenten la mayor probabilidad o riesgo, de dichos grupos, de sufrir cualquier tipo de violencia.

a. _____

b. _____

c. _____

1.4- Mencione las formas de violencia que usted conoce.

2. El maltrato infantil, en su forma general, es la consecuencia más inmediata de la insuficiencia de los Estados y sus Gobiernos, cuyas estructuras socioeconómicas permiten las enormes desigualdades entre los diferentes grupos poblacionales:

2.1. Mencione tres de sus expresiones principales.

a. _____

b. _____

c. _____

2.2- La forma particular de maltrato infantil responde a dificultades que surgen en el seno del núcleo familiar. Enlace la columna A con la columna B, según corresponda

COLUMNA A COLUMNA B

Formas particulares de expresión Características

Síndrome del niño golpeado. ____ Deterioro progresivo, corporal y emocional del niño por insuficiencia de los padres para proporcionarles o prever las necesidades básicas para la vida y no controlar su atención de manera adecuada.

Síndrome de privación social. ____ Es más frecuente en las hembras y su incidencia es mayor en el hogar.

Síndrome de abuso sexual. ____ Agresión corporal que recibe un menor de un adulto, producida por una parte del cuerpo, un objeto o líquido manipulado.

Síndrome de Munchauseu. ____ Considerado fundamentalmente en la modalidad de "turismo sexual" de menores.

Explotación laboral. ____ El maltratador agrede a sus hijos a través de una persona interpuesta, casi siempre el médico. Maltrato por poder.

2.3. Mencione 5 causas de maltrato infantil.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

2.4. Mencione, de manera breve, cuatro actitudes paternas que puedan generar daño, transitorio o permanente, en la psiquis de un niño (maltrato psicológico infantil).

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

2.5. Mencione al menos cuatro secuelas del maltrato infantil en las diferentes etapas de la vida (niñez, adolescencia y adultez)

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

3. Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

_____ El consumo de alcohol, de drogas ilegales, los trastornos de personalidad y otras afecciones psiquiátricas se relacionan con la violencia, tanto en las víctimas como en los victimarios.

_____ La mayor cantidad de hogares con violencia intrafamiliar presenta tres o más miembros con afectación de su salud mental.

_____ Los síntomas de trastornos de adaptación y trastornos neuróticos se presentan con mayor frecuencia en las familias violentas.

_____ Los padres maltratadores casi siempre tienen como disparador del maltrato fundamentalmente asuntos de economía familiar y diferencias de criterios generacionales.

_____ Los niños que presencian actos de violencia en el hogar suelen padecer muchos de los síntomas que sufren los niños que han sido maltratados física y sexualmente.

_____ En los casos de negligencia y maltrato al adulto mayor y al niño, el victimario por lo habitual es el cuidador y/o la madre.

4. Marca con una X las condiciones de riesgo o signos de alerta de violencia de género en tu comunidad (selección múltiple).

a _____ Inconsistencia en el proceso de crianza y educación.

b _____ Subestimación de la capacidad de la mujer.

c _____ Centralización del poder económico.

d _____ Reiterada imposición de criterios por parte del hombre.

e _____ Alcoholismo.

f _____ Exceso de autoridad paterna.

g _____ Bajo nivel educacional y cultural.

h _____ Discusiones reiteradas entre las parejas.

i _____ Infidelidad.

j _____ Utilizar a los hijos para castigarse mutuamente.

5. Mencione los perfiles clínicos de maltrato en el anciano que usted conoce.

a. _____

b. _____

c. _____

6. Mencione, cinco medidas o acciones de prevención del comportamiento violento, en cualquiera de sus manifestaciones.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

7. Mencione, cinco dificultades o limitaciones, del personal de salud, para identificar de la violencia.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

Gracias por su cooperación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Martínez V, Alfonso Montero OA. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre los trastornos del espectro autista. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2013;29(2):2-3.
2. Pérez V, Nolla N, Alerm A. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre síndrome demencial. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2010;26(1):2-3.
3. Díaz López R. Propuesta de prácticas para la atención a la violencia intrafamiliar como problema social y de salud. En: *Familia, Género y violencia doméstica. Diversas Experiencias de investigación social.* La Habana: Instituto Cubano Investigación Cultural Juan Marínelo; 2012. p. 247-69.
4. Perojo Páez VM. La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015;31(4):8
5. *López Angulo L, Rodríguez Benítez C, González Brito M, Valladares González A.* Aproximación al estudio de la violencia en la relación de pareja en mujeres con infecciones de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015;31(4):4-6

6. Díaz Tenorio M. Violencia en las familias: desafíos para la sociedad cubana. En: Violencia familiar en Cuba. La Habana: Publicaciones Acuario; 2011.
7. Rodríguez O. Salud Mental Infanto-juvenil. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 233-50.
8. Díaz Lemus M, Fornaris Díaz E, Segredo Pérez AM. Violencia intrafamiliar en estudiantes de primer año de la Escú.
9. Gil López O. *Situación* de la violencia doméstica en la mujer, en la población del policlínico "Julio Antonio Mella" Rev Cubana Med Gen Integr. 2011;27(4):2-3.
10. Krug EG. Clinical preventive services screening for family violence. Guide to clinical preventive services. Second Edition; 2000.
11. Martínez Querol C, Pérez Martínez V, Roselló Leyva A, Brito Rodríguez G, Gil Banzant M. Fragilidad: un reto a la atención geriátrica en la APS. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2):2.
12. Pérez V, Alfonso OA. Caracterización biopsicosocial del consumo de drogas que afectan la conciencia y la personalidad en el policlínico docente Ana Betancourt. Rev Cubana Med Gen Integr. 2014;30(1):3.
13. Pérez Martínez V. Necesidades de aprendizaje del especialista de Medicina General Integral sobre la drogodependencia. Rev Cubana Educación Médica Superior. 2012;26(2):2-3.
14. Martínez M. Cuando el camino no se ve. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2005. p. 39-56.
15. Martínez C, Pérez V, Cardona Y, Inclán L. Maltrato en los ancianos: un reto a la atención primara de salud geriátrica Rev Cubana Med Gen Integr. 2005;21(1-2):2.

Recibido: 26 de abril de 2016.
Aprobado: 29 de mayo de 2016.

Victor Tadeo Pérez Martínez. Policlínico Docente "Ana Betancourt". ICBP "Victoria de Girón". La Habana, Cuba.
Correo electrónico: victorperez@infomed.sld.cu