

Violencia intrafamiliar en un área de salud

Annia Duany Navarro¹ y Vivian Ravelo Pérez²

La violencia es una enfermedad tan antigua como el hombre mismo, sus manifestaciones a nivel social se recogen a diario bajo múltiples explicaciones y justificaciones. Mueren miles de personas diariamente y otras muchas más son víctimas de sus secuelas, que marcan sus vidas para siempre.

Referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad.^{1,2} Identificarla y nombrarla resulta complicado, a tal punto que muchos hechos conocidos no se identifican ni se relacionan con ella. Por ejemplo, 1) el asesinato de Abel por su hermano Caín sustentado por la envidia;³ 2) la conquista de la mujer mediante el garrote por el hombre primitivo, acto que indica agresividad y sometimiento; 3) la conocida "ley del pulgar", vigente en E.U. hasta mediados del siglo XIX, que permitía que los hombres golpearan a sus esposas siempre y cuando el palo que utilizasen no fuese más ancho que su dedo pulgar. Luego, en 1860 se describe el síndrome del niño golpeado para referirse a niños que habían muerto por dicha causa.⁴

Todo lo expresado hasta aquí es violencia doméstica o intrafamiliar, ya que se ejerce a cualquier miembro de la familia por otros. La VIF tiene formas solapadas de manifestarse, bajo la justificación de que lo que sucede en el marco familiar es privado,⁵ y que cada familia impone sus reglas de respeto y de relación entre sus miembros, por lo que bajo ese tapiz existe un número importante de víctimas.

La violencia fue reconocida como problema de salud a finales de los años 70 del siglo pasado, tomándose mayor interés para su estudio en la última década,⁶ debido al número creciente de víctimas que provoca, a su asociación con accidentes, suicidios, homicidios, lesiones, a la gran incapacidad que muchas veces genera, y a los años potencialmente perdidos por sus víctimas.⁷ Los niños, las mujeres y los ancianos son los mayores grupos de riesgo, según se evidencia en un número importante de investigaciones.⁸⁻¹¹

En Cuba las doctoras *Ortiz y Morales*¹² estudiaron VIF percibidas por mujeres de edad mediana, y encontraron que el 55 % la percibió de tipo psicológico. Por su parte, *Almenares Aleaga* y otros¹³ reportaron VIF en el 12 % de su muestra.

En el municipio Cerro los miembros del Consejo Popular Cerro no reportan la VIF como uno de los problemas de salud, razón que originó la interrogante siguiente: ¿no existe, o no es evidente la VIF en dicha zona? Para darle respuesta a esta interrogante se hizo esta investigación, cuyo objetivo fue explorar la presencia de VIF y describir su frecuencia, tipos, identificar las víctimas y victimarios, así

como precisar la posible influencia que el funcionamiento familiar y la presencia de personas con afecciones psiquiátricas tiene sobre la VIF.

Métodos

Se realizó el estudio exploratorio, descriptivo y transversal en los consultorios del Médico de Familia (CMF) del Consejo Popular Cerro. La muestra estuvo constituida por 150 familias seleccionadas mediante muestreo sistemático aleatorio con posterioridad a la selección de los CMF.

El estudio se hizo en el domicilio del encuestado por la autora de la investigación. Para explorar la presencia de VIF se desarrolló una entrevista semiestructurada mediante cuestionario validado por *Muñiz* en 1997, para ser aplicado tanto al familiar como al médico.¹⁴ La entrevista permitió definir el tipo de violencia (física, psicológica o sexual) ejercida sobre quién y por quién, su frecuencia en los últimos 12 meses, la presencia de afecciones psiquiátricas, consumo de drogas y/o medicamentos por el victimario, así como también la conducta seguida ante la violencia (denuncia, atención médica, etc.). El funcionamiento familiar (FF/SIL) se exploró mediante cuestionario auto administrado, con lo que se calificaron las familias como funcionales, moderadamente funcionales, disfuncionales y severamente disfuncionales¹⁵ (anexos 1 y 2).

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta en el ámbito familiar fueron: entrevistas al primer miembro de la historia de salud familiar, que estuviese constituida por más de 1 miembro, dotado de capacidad psíquica y física para responder al interrogatorio, y la voluntariedad para participar en el estudio. En el caso del médico se tuvo en cuenta que su permanencia en el área fuera mayor de 5 años. Los resultados se expresan en tablas simples y de contingencia, mostrando valores absolutos y porcentajes de las categorías de interés. Para precisar la asociación entre la percepción del familiar y del Médico de Familia sobre la VIF, y entre el tipo de violencia y el tipo de familia, se empleó Chi cuadrado, con un valor $p < 0,05$ para la significación estadística.

Resultados

Se detectó VIF en 36 familias (24 %). Hubo concordancia ($p > 0,05$) entre el criterio del familiar y el del médico en 21/36 familias. En la tabla 1 se muestran las principales características del familiar entrevistado según la presencia de violencia. El familiar identificó la violencia psicológica como la más frecuente, mientras que para el médico fue la física. Ninguno reconoció la presencia de la violencia sexual. Como otros tipos de violencia, ambos (médico y familiar) reportaron 2 casos de maltrato y negligencia contra el adulto mayor, y 2 casos donde la víctima resultó ser el propio entrevistado.

TABLA 1. Características sociales y demográficas del familiar entrevistado

Características	Grupo sin violencia	Grupo con violencia	Total
	n (%)	n (%)	n (%)

Según sexo			
Femenino	92 (80,7)*	30 (83,3) *	122 (81,3) *
Masculino	22 (19,3)	06 (16,7)	28 (18,7)
Grupos de edades (en años)			
Menor de 24	05 (4,4)		05 (3,3)
De 25 a 39	29 (25,4)	10 (27,8)	39 (26,0)
De 40 a 59	39 (34,2)	13 (36,1)	52 (34,7)
De más de 60	41 (36,0) *	13 (36,1) *	54 (36,0) *
Funcionamiento familiar			
Funcional	85 (74,6) *	07 (20,7)	92 (62,2) *
Moderadamente funcional	27 (23,7)	18 (53,0) *	45 (30,4)
Disfuncional	02 (1,7)	07 (20,6)	09 (6,1)
Severamente disfuncional	00 (0,0)	02 (5,9)	02 (1,3)

Fuente: Cuestionario.

* $p < 0,05$ (sig)

TABLA 2. Frecuencia y tipos de violencia según criterio del entrevistado

Tipo de violencia	Familiar	Médico
	n (%)	n (%)
Psicológica	17 (58,6)	11 (39,3)
Física	5 (17,2)	13 (46,4)
Otros	7 (24,2)	4 (14,3)

Fuente: Cuestionario.

En cuanto a la identificación de las víctimas y victimarios, ambos entrevistados coincidieron en reportar a las mujeres entre las primeras y a los hombres entre los segundos. La distribución de los roles de las víctimas fue la siguiente:

- I. esposas (n = 10 por el familiar y 14 por el médico)
- II. madres (n = 7 por ambos)
- III. hijas (n = 5 por el familiar y 6 por el médico)
- IV. otras (n = 3 ambos)

Los roles según el victimario fueron:

- I. esposos (n = 11 por ambos)
- II. hijos (n = 6 por el familiar y 7 por el médico)
- III. hermanos (4 y 3 respectivamente)
- IV. padre (n = 3 y 1 según familiar y médico) y el familiar reportó otros miembros en número de 3.

En el 90 % de las familias se identificó que las manifestaciones de violencia se produjeron con una frecuencia mayor de 10 veces en el último año. Como se muestra en la tabla 3 se encontró asociación entre VIF y el consumo de alcohol, aunque hubo divergencia entre el criterio del familiar y del médico en relación con el tipo de violencia que el alcoholismo provocó en la familia.

TABLA 3. Frecuencia de afecciones biológicas en relación con el tipo de VIF según criterio del familiar y el médico

Afección	Violencia intrafamiliar (%)			
	Psicológica		Física	
	Familiar	Médico	Familiar	Médico
Alcohol	35,5*	9,1	60	53,8*
Enfermos psiquiátricos	11,8	27,3	0	15,4
Drogas	0	0	0	7,7
Más de una afección	0	0	20	0
Sin afección	52,9	63,6	20	23,1

Fuente: Cuestionario.

* $p < 0,05$

Según los resultados del FF/SIL, la mayoría de las familias donde hubo VIF eran moderadamente funcionales (56,2 %) y disfuncionales (31,3 %). Según criterio del médico del área, la VIF de tipo psicológica fue más frecuente en las familias moderadamente funcionales, mientras que la VIF física ocurrió en las severamente disfuncionales según criterio de ambos entrevistados ($p > 0,05$ para la concordancia entre ambos entrevistados).

Al estudiarse la conducta seguida ante la violencia, se supo que hubo denuncia en 2 casos, 1 de maltrato infantil (por el médico) y otro de violencia extrema (por ambos entrevistados). En cuanto a recibir o solicitar atención médica, el facultativo reportó 14 casos, aunque es de destacar que ninguna víctima asoció sus síntomas con la violencia.

Discusión

La familia constituye el concepto fundamental de la vida social, por ser un hecho universal del que toda persona ha sido testigo de una u otra manera, cualquiera que sea su edad, sexo, raza o procedencia social.¹⁶ La familia es un sistema constituido a su vez por otros subsistemas (sus miembros), cada uno con una forma particular de funcionar y relacionarse, pero que entre todos deben tener un engranaje de funcionamiento que permita mantener la salud de sus integrantes y de la suya propia como sistema, para poder interactuar con la comunidad (sistema mayor al que pertenece). Por estas razones una familia en la que se evidencia violencia entre cualquiera de sus miembros se puede catalogar como una familia enferma.

Según los resultados de esta investigación se encontró VIF en el 24 % de las familias seleccionadas, frecuencia mayor que la reportada por *Aleaga*,¹³ diferencias que pudieran estar relacionadas con las características geográficas y socioculturales de cada grupo. Sin embargo, lo más importante de este resultado es que la población del área no considera la violencia como un problema de salud, y está presente con una frecuencia no despreciable, lo que sugiere que los familiares, a pesar de identificarla, no tienen conciencia de esta como una enfermedad; y por otra parte, el facultativo reconoce el problema y presta atención a la víctima, pero no lo hace de forma integral, pues no ejerce ninguna acción con el agresor.

En la mayoría de los casos, tanto el familiar como el facultativo, coincidieron en reportar la presencia de VIF, así como el tipo de violencia. La discordancia en la identificación de casos pudiera ser explicado porque la familia oculta la violencia, o porque formas sutiles de violencia como son "los silencios", la privación de saludos y la no comunicación entre otros, son de difícil identificación por un tercero.¹⁷⁻²⁰

Los atributos culturales que asigna la sociedad en función del sexo, es decir, el género, explica las diferencias entre las acciones y las relaciones entre hombres y mujeres,²¹ por lo que a partir de este supuesto es posible entender por qué los primeros son proclives a ser los victimarios y las segundas a ser las víctimas. Nuestros resultados confirman esta hipótesis, pues si bien la Revolución cambió en panorama social de la mujer cubana, la mentalidad no se cambia en un día ni por la existencia de leyes.

Son múltiples los elementos relacionados con la violencia, entre los que se puede citar el consumo de alcohol, de drogas ilegales, la presencia de trastornos de personalidad u otras afecciones psiquiátricas, tanto en las víctimas como en los victimarios.²²⁻²⁴ Nuestros resultados coinciden, en parte, toda vez que el consumo de alcohol se asoció con la presencia de VIF.

En el *Screening for family violence*²⁵ se plantea que para que se considere violencia la frecuencia de ocurrencia del "hecho" debe ser, al menos, de 6 veces en el año. En este sentido, nuestros resultados muestran que en el 90 % de las familias donde hubo VIF, la frecuencia del acto violento fue mayor que la referida.

La violencia se puede clasificar de diferentes formas según tipo (física, psicológica y sexual), grupo étnico y sexo. La VIF incluye todos los tipos, aunque la forma psicológica o emocional es la principal fuente de deterioro de cualquier ser humano, ya que acompaña a los otros tipos, originando "heridas" que no cicatrizan nunca, pues en ocasiones provocan afecciones que duran toda la vida. Tanto en la

literatura revisada, como en nuestra investigación y experiencia previa (Duany A. Maltrato infantil en niños con retraso mental. Trabajo de Terminación de Residencia. Medicina General Integral. Facultad "Comandante Manuel Fajardo". Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana) en los casos de negligencia y maltrato al adulto mayor y al niño, el victimario habitualmente es el cuidador y/o la madre (Balbín A, García V, Betancourt C, Lázara N. Pesquisaje de maltrato infantil en niños de 1er. grado, curso 95-96 de la localidad de Cojimar. Resumen IV Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología, I Congreso Nacional de Infectología y I Reunión de la Asociación Iberoamericana de Epidemiología, 1996:12). El no haber encontrado abuso sexual en nuestro estudio no significa que realmente no exista, toda vez que por su connotación social y personal no siempre se reconoce o denuncia por la víctima ni por el victimario.^{26,27}

En relación con la VIF y el funcionamiento familiar, si bien no es posible comparar nuestros resultados con lo reportado con otras investigaciones porque la metodología para evaluar este factor no es homogénea, consideramos importante señalar la presencia de violencia en familias disfuncionales, y nos preguntamos ¿qué es lo primero, la violencia o la disfunción familiar?

En conclusión, a pesar del criterio de la comunidad en el área de salud examinada, existe VIF según criterio del Médico de Familia y del familiar entrevistado, la que está dirigida fundamentalmente a las mujeres y como victimarios los hombres, y se comprobó que la de tipo psicológica fue la más frecuente. Resultaría pues necesario identificar las razones por las que en dicha área no se reconoce la violencia como problema.

Anexo 1

Ministerio de Salud Pública
Hospital Docente "Salvador Allende"
Violencia intrafamiliar
Encuesta para el familiar

Número de orden: _____

Consultorio: _____

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ (1. femenino y 2. masculino)
2. Cantidad de personas en el núcleo familiar: _____
3. Tipo de familia: _____ (1: nuclear 2: extensa 3: ampliada)
4. Alguna vez ud. ha sufrido: (1: Sí _____ 2: No _____)
5. Ofensas frecuentes: _____ golpes: _____ humillaciones: _____ abuso personal: _____ amenazas: _____ abuso sexual: _____ otra forma de maltrato: _____ ¿cuál? _____
¿por quién? _____
6. Algún otro miembro de la familia? (1: Sí _____ 2: No _____)
Madre _____ padre _____ hijos _____ esposo _____ esposa _____ hermanas _____ hermanos _____
otros _____ quiénes _____

7. Durante el último año cuántas veces ocurrió esta situación: _____
8. La persona que causó este daño está bajo el efecto de: (1: Sí _____ 2: No _____)
Alcohol _____ drogas _____ medicamentos _____ ¿es un enfermo mental? _____
9. ¿Hubo denuncia? (1: Sí _____ 2: _____ No)
10. ¿Recibió atención médica? (1: Sí _____ 2: _____ No)
11. ¿Ejerce ud. violencia, maltrato o daño sobre algún miembro de la familia? (1: Si _____ 2: _____ No).

Anexo 2

1. ¿ Considera ud. que en el núcleo familiar (tal) existe violencia _____? (1. __ Sí 2. __ No).
2. ¿ Qué manifestaciones de violencia se dan en esa familia? (1. __ Sí 2. __ No).
Golpes frecuentes _____ humillaciones _____ amenazas _____ abuso personal _____ abuso sexual _____ otros _____ ¿ cuáles? _____
3. ¿ Quién o quiénes ejercen la violencia? (1. __ Sí 2. __ No). Padre _____ madre _____ hermana _____ hermano _____ esposo _____ esposa _____ hija(s) _____ hijo (s) _____
4. ¿ Quién es la víctima? (1. __ Sí 2. __ No). Padre _____ madre _____ hermana _____ hermano _____ esposo _____ esposa _____ hija(s) _____ hijo (s) _____
5. ¿ Hubo denuncia? _____ (1. __ Sí 2. __ No).
6. ¿ Recibió atención médica? _____ (1. __ Sí 2. __ No). De las lesiones _____ (1. __ Sí 2. __ No).
Atención psicológica _____ (1. __ Sí 2. __ No).
7. ¿ Dónde? (1. __ Sí 2. __ No). CMF _____ Casa _____ Policlínico _____ Hospital _____
8. La persona que ejerce la violencia consume (1. __ Sí 2. __ No). Alcohol _____ drogas _____ medicamentos _____ ¿ es un enfermo mental? _____

Referencias bibliográficas

1. Manrique Solano R. Familia y sociedad. Su papel en la atención primaria. En: Vázquez JL, ed. Psiquiatría en la atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica; 1998. p. 495-508.

2. Boletín OP, 1993;114(6):555-9.
3. Génesis cuatro. Dios habla hoy. 2 ed. México, DF: Sociedades Bíblicas Unidas; 1987. p. 3-4.
4. Kempe C, Silverman F, Steele B, Silver H. The battered child syndrome. JAMA 1962;181:17-24.
5. Corsi J. Violencia intrafamiliar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. México: Paidós; 1995.
6. Anteproyecto del plan de acción del sector salud frente a la violencia MINSAP, 1995:1-20.
7. Prado R. La psiquiatría ética y derechos humanos. Rev Hosp. Psiquiatr Habana 1999;40(3):252-6.
8. Coker AL, Smith PH, Mc Keown RE, Ruiz MU. Frequency and correlates of intimate partner violence by physical, sexual and psychological battery. Am J Public Health 2000;90:553-9.
9. Rodge S, Hongen HP, Pulsen K. Homicide by sharp force in two Scandinavian capitals. Forensics Sci Int 2000;109(2):135-45.
10. Zegara M. Redes locales frente a la violencia local. Washington DC: OPS; 1999.
11. Ridhardson J. Identifying domestic violence: a cross sectional study on primary care. BMJ 2001;324(7332):274-8.
12. Muñoz MC, Jiménez Y, Ferrer D. Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por los niños. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(2):126-31.
13. Ortiz MT, Morales I. La violencia doméstica es percibida por mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):503-8.
14. Almenares M. Comportamiento de la violencia intrafamiliar en una zona de Jaimanitas. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(3):285-92.
15. Paz F de, Cotarelo S, Fernández L. Asunto privado? Juventud Rebelde, 1998; mayo 31, p. 8.
16. Álvarez R. Salud Familiar. En: Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 64-73.
17. Anderson A, Bushman BJ. The effects of media violence in society. Science 2002;295 (5574):2377-82.
18. Douglas AR. Report anxieties concerning parenting in woman sexually abused as children. Child Abuse Negl 2000;24(3):425-34.
19. Jones DP. Refocusing child protective services. Child Abuse Negl 2000;24(3):373-4.
20. Bardi M, Borgogni Tardi SMA. Survey on paren child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. N Child Abuse Negl 2001;25(6):839-41.
21. Presno C, Cuesta R. Género y Salud. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 61-4.
22. Watts CH, Zimmermann C. Violence against women global scope and magnitude. Lancet 2002;359 (9315):1232-6.
23. González R. SOS alcohol y otras drogas. Santiago de Cuba. Editorial Oriente, 1998.
24. González R. Cómo enfrenta el peligro de las drogas. Santiago de Cuba. Editorial Oriente, 2000.
25. Labb DD, Feigenbaum JD, De Silva P. Mental health professionals attitudes and practices towards male, childhood sexual abuse. Child Abuse Negl 2000;24(3):399-409.
26. Artiles I, Pérez E. Maltrato infantil, violencia y sexualidad. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1998:35-55.
27. Clinical preventive services screening for family violence. Guide to clinical preventive services. Second Edition 2000.

Recibido: 3 de marzo de 2004. Aprobado: 7 de diciembre de 2004.

Dra. *Annia Duany Navarro*. Calle 21 No. 402, e/ F y G, apto. 3, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Psiquiatría. Profesora Instructora.**

² **Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesora Auxiliar.**