

Sistema de vigilancia contra la violencia intrafamiliar

Surveillance system against intrafamily violence

MsC. Imilsy Delgado Matos, MsC. Miriam Gómez Dorado y MsC. Maribel Alcaraz Martínez

Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación descriptiva, transversal, analítica y combinada de campo sobre el terreno de los individuos que sufrieron algún tipo de violencia en el medio familiar, pertenecientes al Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, durante el 2014, a fin de identificar las situaciones de riesgo de la violencia intrafamiliar, para lo cual se emplearon diferentes técnicas. Entre las situaciones de riesgo figuraron: ruptura imprevista de relaciones con vecinos, cambio de patrones de comportamiento, escándalos repentinos en el hogar y familiares con lesiones físicas sin causa convincente. Las condiciones significativas fueron familia disfuncional, baja escolaridad, hacinamiento y situación económica crítica; por tanto, se hizo necesaria la creación de un sistema de vigilancia en salud mental contra este tipo de violencia, que permitiera detectar cambios en la población y establecer las modificaciones necesarias durante su implementación.

Palabras clave: violencia intrafamiliar, situación de riesgo, sistema de vigilancia, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional, analytic and combined investigation on the environment of the individuals who suffered from some type of violence in their families, belonging to "Julián Grimau García" University Polyclinic in Santiago de Cuba was carried out during the 2014, in order to identify the risky situations of intrafamily violence, for which different techniques were used. Among the risky situations there were: accidental rupture of relationships with neighbours, change of behaviour patterns, sudden scandals in the home and family with physical lesions without convincing cause. The significant conditions were dysfunctional family, low school level, hacination and critical economic situation; therefore, the creation of a surveillance system in mental health against this type of violence is necessary, allowing to detect changes in the population and to establish the necessary modifications during its implementation.

Key words: intrafamily violence, risky situation, surveillance system, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La violencia forma parte de la experiencia humana. A escala mundial, sus efectos se muestran de diversas formas. Cada año mueren más de 1 600 000 personas y mucho más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida

interpersonal y colectiva; asimismo, constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, como refiere Riera en su publicación (Riera N. Intervención comunitaria para la violencia intrafamiliar [trabajo para optar por el título de Máster en Psiquiatría Social]. 2002. Hospital Psiquiátrico Docente Provincial "René Vallejo Ortíz", Camagüey).

Aunque en Cuba esta problemática no alcanza la magnitud de otras naciones, continúa siendo una preocupación del estado y la salud pública; por tanto, se invierten recursos y se crean políticas de salud que impulsan el desarrollo de programas actuales, así como de estrategias de intervención psicosocial para la prevención de la conducta violenta.¹

Como es sabido, la violencia constituye una seria amenaza para la paz y la seguridad ciudadanas, así como para la consolidación de las sociedades, puesto que deteriora la trama social. Afecta al individuo, la familia y la comunidad, debido a que genera miedo, desarticula las estructuras familiares, limita la libertad de acción y la autonomía de las personas; además, desalienta la libertad interpersonal.^{2,3}

Resulta importante señalar, que en la provincia de Santiago de Cuba, al finalizar el 2014 disminuyeron las muertes violentas, específicamente los homicidios, siendo los pobladores del municipio de III Frente los de mayor riesgo de fallecer por esta entidad. En el área de salud "Julián Grimau García", la prevalencia de homicidios se encuentra por encima de la media provincial, pues hay un alto índice de delincuencia específicamente en varias zonas de la localidad (Martí y René Ramos), lo cual demuestra que existe violencia intrafamiliar con consecuencias negativas no solo para la integridad física, sino también para el equilibrio psíquico y el desarrollo emocional, social, así como espiritual de quienes la sufren.

El problema general que afecta a todas las fuentes primarias de información sobre violencia doméstica radica en la existencia de elevados subregistros de esta entidad, debido a que una proporción indeterminada de sobrevivientes de la agresión no formulan la denuncia o no demandan asistencia médica por diversas razones.³

Varios estudios sobre vigilancia de la violencia intrafamiliar señalan que la vinculación de los datos de las diversas fuentes es uno de los problemas más difíciles en las investigaciones sobre este tema, puesto que suelen provenir de una variedad de organizaciones que actúan independientemente unas de otras; por lo general, no pueden vincularse los datos recopilados por la policía con la información de los médicos o forenses, debido a que se adolece en la forma de recolectarse, por lo que resulta difícil poder compararlos.⁴⁻⁷

Por otra parte, la violencia se considera una violación de los derechos humanos, y no hay quien pueda lanzar la primera piedra para declararse libre de este mal, disfrazado con las formas más disímiles: contra la pareja, los niños, las mujeres y los ancianos. Es una pandemia de grandes proporciones que cobra fuerzas bajo el manto de la discreción, pues el silencio de víctimas y verdugos bloquea el conocimiento cabal del tema.^{8,9}

La vigilancia de los eventos de salud no constituye algo más en el quehacer del equipo de especialistas si no que forma parte indisoluble de sus actividades, puesto que se basa en una búsqueda activa y observación continua; es por ello que deviene un aspecto fundamental para la efectividad de las acciones de salud.^{10,11}

Asimismo, la vigilancia en salud mental comprende la observación continua de las actividades y sus resultados para detectar cambios en la salud de la población, establecer las modificaciones necesarias durante su implementación, teniendo en cuenta además, la reorientación, relación costo-beneficio, el impacto en la situación de salud y la satisfacción de la población.¹²

Como en el área de salud antes citada resultó difícil obtener información sobre la violencia intrafamiliar, se decidió crear un sistema de vigilancia en salud a partir de aquellos elementos que pudieran alertar sobre el brote de este mal. Para ello se recogieron datos importantes y se identificaron factores o condiciones que influyeron en la génesis de este problema, de manera tal que se lograra su disminución.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, transversal, analítica y combinada de campo sobre el terreno de los individuos que sufrieron algún tipo de violencia en el medio familiar, pertenecientes al Policlínico Universitario "Julián Grimau García" de Santiago de Cuba, durante el 2014, a fin de identificar las situaciones de riesgo de la violencia intrafamiliar.

Entre las variables analizadas figuraron: violencia intrafamiliar, violencia física, violencia psicológica y opinión de expertos.

Se emplearon diferentes métodos y técnicas:

- Observación no participante: el investigador se encontraba como un simple observador del proceso. Se ubicó en una posición que permitiera captar la información necesaria sobre el evento vigilado.
- Observación indirecta: se realizó a través de la revisión de documentos o entrevistas a individuos que, en un momento determinado, tuvieron un papel relevante en el problema estudiado.
- Entrevista formal: el investigador debía definir el objetivo de estudio, confeccionar la guía de las entrevistas y solicitar el consentimiento informado para realizar la investigación.
- Entrevista informal: según un esquema general, el entrevistador debía formular la pregunta abierta sobre el tema, pero adicionaría otros que le parecieran pertinentes. Las respuestas se debían redactar con posterioridad a la entrevista.

Estadígrafos utilizados: K de Kendall y coeficiente de correlación lineal

Prueba de hipótesis estadísticas

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| K de Kendall | Compara la opinión de varios expertos | $R = \frac{kw - 1}{k - 1}$ <p>Donde K- número de expertos W-ponderación global</p> |
| Coeficiente de correlación lineal | Compara correspondencia entre las opiniones de 2 grupos diferentes. | |

Para definir entre los rasgos de motor puntuación, cuáles debían ser empleados como factores de riesgo fueron encuestados 66 expertos: 22 médicos de familias (MGI), 10 psiquiatras, 12 dirigentes de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), 12 miembros de la PNR y 10 presidentes de CDR; todos vinculados con la atención a familias violentas o sus estudios científicos.

Se le dio una puntuación a cada uno de los rasgos. Según la metodología de grupos de expertos se tomó el rango comprendido en el intervalo entre 95 y 100 %, que coincide en esta investigación con el rango de 57 a 59 puntos.

RESULTADOS

Las entrevistas informales permitieron determinar rasgos, síntomas y signos que podrían alertar sobre la existencia o la posible ocurrencia de violencia intrafamiliar.

Algunos de los rasgos seleccionados podían representar factores de riesgo y otros eran signos que mostraban la presencia de violencia intrafamiliar. Entre ellos se encontraban: ruptura imprevista de relaciones entre vecinos, cambio de patrones de comportamiento, escándalos repentinos en el hogar y familiares con lesiones físicas sin causas convincentes.

Los compañeros de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) informaron situaciones similares a las anteriores que, en algunos casos, fueron denunciadas a la PNR sin ellos conocerlo.

En la tabla 1 se muestran los rasgos fundamentales y los porcentajes que le asignaron los expertos para su inclusión en el sistema de vigilancia como factores de riesgo. La mayor correlación existió entre los psiquiatras y los médicos (0,805053), lo cual indicó que sus opiniones eran más especializadas y tuvieron en cuenta un grupo de factores de carácter científico que no fueron analizados por los demás expertos.

Tabla 1. Porcentaje de selección de los rasgos que se emplearán como factores de riesgo

| Rasgos | Psiquiatra | MGI | FMC | PNR | CDR |
|---------------------------------|------------|------|-------|------|------|
| Familia disfuncional | 90,0 | 59,1 | 83,3 | 75,0 | 80,0 |
| Alcohólico en la familia | 100,0 | 86,4 | 100,0 | 83,3 | 70,0 |
| Adictos y familia | 70,0 | 40,9 | 33,3 | | |
| Desempleados | 30,0 | 18,2 | 50,0 | | 20,0 |
| Bajo nivel de escolaridad | 50,0 | 45,5 | 33,3 | 41,7 | 20,0 |
| Abandono personal | 10,0 | 13,6 | 25,0 | 41,7 | 30,0 |
| Epilepsia | 30,0 | 13,6 | 16,6 | 16,6 | 30,0 |
| Psicosis | 50,0 | 22,7 | 16,6 | 16,6 | 40,0 |
| Maltrato a vecinos y familiares | 10,0 | 22,7 | 41,7 | 16,7 | 30,0 |
| Divorcio en el hogar | 10,0 | 36,4 | 75,0 | | 40,0 |
| Tiempo libre inútil | 30,0 | 22,7 | | 8,3 | 10,0 |
| Situación económica crítica | 100,0 | 77,3 | 75,0 | 41,7 | 50,0 |
| Delincuencia en la familia | 40,0 | 9,1 | 25,0 | 33,3 | 20,0 |
| Marginación de familiares | 20,0 | 9,1 | 41,7 | 16,7 | 50,0 |
| Hacinamiento | 70,0 | 22,7 | 58,3 | 66,7 | 30,0 |

Como se observa en la tabla 2 existió mayor correlación entre las opiniones de los expertos de la FMC y los presidentes de los CDR (0,76593), así como entre los CDR y los médicos de la familia (0,722928), lo cual pudo estar ocasionado porque ambos grupos de expertos forman parte de la comunidad y están más cercanos a la dinámica social.

La opinión de los miembros de la PNR se correlacionó más con la de los psiquiatras y los médicos de la familia, debido al trabajo conjunto de estos grupos de expertos en la lucha contra la 'violencia.

El porcentaje de concordancia de los grupos de expertos, según el coeficiente de Kendall fue de 0,8 %, lo cual determinó que los rasgos más significativos fueron familia disfuncional, alcohólicos en la familia, baja escolaridad, situación económica crítica y hacinamiento.

Tabla 2. Coeficiente de correlación entre los porcentajes de selección de los rasgos que se emplearon como factores de riesgo por grupos de expertos

| | Psiquiatras | MGI | FMC | PNR | CDR |
|-------------|-------------|----------|----------|----------|----------|
| Psiquiatras | 1,000000 | 0,805053 | 0,539346 | 0,663871 | 0,613454 |
| MGI | 0,805053 | 1,000000 | 0,593910 | 0,593910 | 0,722982 |
| FMC | 0,539346 | 0,593910 | 1,000000 | 0,599161 | 0,765930 |
| PNR | 0,663871 | 0,593910 | 0,569161 | 1,000000 | 0,607618 |
| CDR | 0,613454 | 0,722982 | 0,765936 | 0,607618 | 1,000000 |

DISCUSIÓN

En las entrevistas informales realizadas a miembros de las familias donde existía violencia se comprobó que cuando hay violencia física, las víctimas por lo general, se alejan de la sociedad y ocultan sus lesiones; igualmente, cuando se producen escándalos, los familiares con más vergüenza se esconden el día posterior al suceso.

Riera coincide con estos resultados y plantea que las situaciones de violencia intrafamiliar pueden tener múltiples causas, algunas ciertamente difíciles de demarcar. Al mismo tiempo, las consecuencias pueden llegar muy lejos, puesto que perjudican el desempeño escolar de los niños y laboral de los adultos, alteran la salud física y mental de los miembros; así como favorecen la disolución del núcleo familiar.

Generalmente cuando existe violencia, los patrones de comportamiento de las familias cambian, motivados por la pena o la nueva situación, lo cual influye en la comunicación y las relaciones interpersonales.

Por otro lado, los asuntos económicos también pueden ser una causa importante de tensión que genera violencia. Una teoría afirma que cuando algunos hombres no son capaces de generar suficientes ingresos para mantener a su familia, surge en ellos una actitud violenta para demostrar hombría. Otra expone, que mientras más equilibrado sea el poder del hombre y de la mujer en la familia o el nivel de preparación de ambos, habrá menos riesgos de violencia intrafamiliar.^{2,3}

Entre los factores de riesgo se encuentran el uso excesivo de alcohol, enfermedades mentales, autoritarismo y otros. Tanto el hombre como la mujer son responsables de la violencia intrafamiliar.⁴

Ahora bien, otro aspecto que denotó el cambio de los parámetros de comportamiento fue el notificado por los médicos, quienes explicaron que cuando existían lesiones físicas los afectados no acudían al sistema de salud para curarse, sino que lo hacían de forma personal o se atendían en otros policlínicos; por tanto, a los galenos les resultaba difícil conocer sobre esta problemática.

Los rasgos o situaciones de riesgo a tener en cuenta en un sistema de vigilancia, según criterio de expertos son: familia disfuncional, alcoholismo y adictos en la familia, desempleados, baja escolaridad, abandono personal, divorcio en el hogar, tiempo libre inútil, situación económica crítica, delincuencia familiar, marginación de los familiares y hacinamiento.

De igual manera, los rasgos o situaciones de riesgo más significativos que permitieron una estratificación y control del medio familiar fueron familia disfuncional, alcohólico en la familia, baja escolaridad y situación económica crítica.

Sobre la base de las consideraciones anteriores fue necesario diseñar un sistema de vigilancia en salud mental contra la violencia en la familia, que permitió recopilar información y una evaluación sistemática a partir de los eventos seleccionados.

REFERENCIA BIBLOGRÁFICAS

1. Barrientos G. Vigilancia en salud Mental. Camagüey: Hospital psiquiátrico de Camagüey; 2002.
2. Rodríguez H. Violencia intrafamiliar. *Bohemia* 2000;92(9):27-30.
3. Álvarez Pérez MS. Violencia intrafamiliar. 2012 [citado 8 Nov 2014]. Disponible en: <http://www.espaciolaical.org/contens/04/0450.pdf>
4. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. La violencia, un problema mundial de salud pública. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003 [citado 8 Nov 2014]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1>
5. Caballero Rodríguez T, Guzmán Miranda O. Violencia familiar: propuesta de una Metodología para el trabajo preventivo de los trabajadores sociales desde el enfoque del género. *Rev Santiago*. 2010 [citado 8 Nov 2014];121. Disponible en: <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14510103/2058>
6. Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia Doméstica. España: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [citado 8 Nov 2014]. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf
7. Ley contra la violencia intrafamiliar. Decreto No. 902, República del Salvador; 2004 [citado 8 Nov 2014]. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/Ley_contra_la_Violencia_Intrafamiliar_El_Salvador.pdf

8. Organización Panamericana de la Salud. Las formas y contextos de la violencia En: Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, DC: OPS; 2002. [citado 8 Nov 2014]. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
9. Armando M. Salud y violencia intrafamiliar. Manual para personal de salud. Bolivia: Ministerio de Salud; 2012.
10. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Maltrato de las personas mayores. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y técnica No. 588. Washington, DC: OPS; 2003. p. 135-55.
11. Cuellar A. Informe de evaluación subregional. Proyecto hacia un modelo de atención integral para la violencia intrafamiliar: Ampliación y consolidación de la intervención coordinada por el estado y la sociedad civil. Washington, DC: OPS/OMS; 2012.
12. Ochoa M, Caballero D. Vigilancia epidemiológica para el control de la violencia intrafamiliar. Guía para el personal de la salud. La Paz: OPS/OMS; 2012. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nvi11788.pdf>

Recibido: 13 de febrero de 2015.

Aprobado: 27 de abril de 2015.

Imilsy Delgado Matos. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, avenida Cebreco entre 1ra y 3ra, reparto Ampliación de Terrazas, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: imilsi@cphem.scu.sld.cu