

**Universidad Central Marta Abreu de Las Villas
Facultad de Psicología**



Tesis en opción al título de Máster en Psicología Médica

Título: Violencia intrafamiliar y su influencia en la salud mental de la población del Consultorio Médico-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler”, municipio de Ranchuelo.

Autora: Glenis González Gallardo.

Especialista de Primer Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral.

Tutora: Dra. Dunia M. Ferrer Lozano

2015

INTRODUCCIÓN

Resik (1994) señala que la palabra violencia viene del latín violare, que significa infringir, quebrantar, abusar de otra persona por violación o por astucia. Se define también como una fuerza o coacción ejercida sobre otra persona.

Por otra parte Tejada de Rivero (2003) señala que el término violencia ha sido parte de las diferentes sociedades, familias e individuos desde el principio de la historia de la humanidad hasta nuestros días. Los mitos griegos, romanos, aztecas, los estilos de recreación utilizados por estas sociedades, estuvieron llenos de agresión, suicidios y asesinatos. La lucha de poder con aprobación familiar ha convertido a sus miembros en agresores o agredidos.

Se entiende que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza del mismo. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Cepero, Mederos y Hidalgo (2005a) son de la opinión que la violencia intrafamiliar (VIF) se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas. La violencia doméstica no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podríamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.

Cuando se analiza el porqué de la violencia doméstica primero hay que ir a su raíz cultural histórica. Durante mucho tiempo la sociedad ha sido muy machista, el hombre ha creído que tiene el derecho primario a controlar, a disciplinar con severidad, incluso a abusar de la vida de la mujer y de los hijos. Eso ha sucedido bajo la apariencia del rol económico del hombre, proveedor de la alimentación.

Cepero et al. (2005a) manifiestan que en EE.UU., por ejemplo, el padre americano en tiempos de la colonia tenía derecho hasta de matar al hijo cuando no le obedecía. La violencia doméstica ocurre en todos los niveles de la sociedad, no solamente en las familias pobres, entre la burguesía sucede lo mismo; pero una mujer a quien le dieron una paliza, si tiene dinero, se atiende en una clínica privada. Las que son pobres tienen que ir al hospital y allí los médicos diagnostican: "A esta mujer la han golpeado y la policía se encarga".

Según Laurell (1991) en todos los momentos del desarrollo de la salud pública cubana la planificación sanitaria ha partido de la identificación de los problemas de salud de la población, que están presentes en la realidad objetiva y que han sido observados con rigurosidad científica por directivos y planificadores sanitarios con el fin de descubrir las verdaderas necesidades de la población, cuáles son sus dolencias y dificultades, qué determinantes influyen en su estado y nivel de salud, cuáles son las principales causas de morbimortalidad.

Con la introducción del modelo de atención que incluye la psiquiatría comunitaria donde se manejan términos de integralidad y cercanía, hospitalización parcial, manejo de crisis de forma intensiva con sistema de tratamiento ambulatorio y el uso de la comunidad en la solución de los problemas de salud mental que aborda la promoción, cura y rehabilitación, se considera que puede ser el momento propicio para el estudio y planteamientos de soluciones de algunas aristas que intervienen en los factores predisponentes de la VIF y su repercusión en la salud mental de la familia. Factores identificables como la violencia, apuntan, que situaciones de este tipo pueden crear desajustes sociales y propiciar el trampolín para la utilización de drogas, maltratos graves y otras conductas que dificultan el buen desenvolvimiento de la actividad social y la salud mental.

Amaro (2003) señala que La familia como célula fundamental de la sociedad no está exenta de la práctica de violencia la cual se considera una forma de violencia social en tanto es una expresión de las relaciones sociales que acontecen a nivel particular.

Cepero, Mederos y Hidalgo (2005b) indica que hasta hace poco más de 25 años este era un tema secreto para las investigaciones sociales y la opinión pública, pero afortunadamente para sus víctimas e incluso para sus victimarios, en las últimas décadas se evidencia un creciente interés por la problemática a nivel internacional.

Ministerio de Salud Pública (2007) destaca que la violencia constituye la principal causa de lesiones, las cuales cuestan a la comunidad mundial casi 500 000 millones de dólares anuales por concepto de atención médica y discapacidad.

Martínez (2001) señala que la violencia familiar ha sido definida como aquellos actos u omisiones de poder dirigidos a controlar, dominar y agredir física verbal psicoemocional y sexualmente a cualquier miembro de la familia, que tenga por efecto causarle un daño.

Martínez (2001); Ministerio de Salud Pública (2007) y Narro (1996) aluden que todas estas formas de violencia pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia independientemente de su edad, raza o sexo siendo a la vez agente o víctima de la violencia. Según la literatura los grupos más vulnerables son los niños, ancianos, mujeres y discapacitados.

Al revisar el panorama latinoamericano existente en el año 2005, se ha constatado que en Chile, por ejemplo 1 de cada 4 familias ha vivido la violencia física y 1 de cada 3 la violencia psicológica. Además se ha demostrado en investigaciones que existen más de mil niños en abandono total. Otras investigaciones realizadas en Colombia revelaron que los agresores encontrados procedían de familias donde el maltrato era ingrediente asiduo de la convivencia y el abandono del hogar por menores de edad, ello guarda relación proporcional con las rupturas y desgarres en las estructuras familiares como consecuencia de la violencia doméstica

Ministerio de Salud Pública (2007) señala que reportes del año 2007 en países desarrollados también se han reportado con frecuencia actos violentos. En Francia los investigadores han observado que el 95% de las víctimas presentadas son mujeres y en Estados Unidos mueren diariamente 4 mujeres por efecto de la violencia doméstica, y cada 5 segundos una mujer es golpeada

En Cuba como en otros países resulta difícil estimar la magnitud de la violencia doméstica debido a la falta de datos adecuados. En estudios realizados por un grupo de investigadores de Medicina Legal en el año 2007, apreciaron que las muertes violentas superan el 10 % de las muertes anuales y esta se produce en el domicilio como lugar frecuente de ejecución del delito y el 50 % de los hogares padece de alguna forma la violencia. Acorde a estos datos, la proyección actual la VIF se irá incrementando con el paso del tiempo; aportar datos en su estudio ayudará a detenerla.

Manrique (2004) expresa que en la provincia de Camagüey en el bienio 1998 – 2000 fueron procesados en el tribunal provincial 2037 causas de delitos de lesiones, homicidios, violaciones, amenazas, asesinatos, violación de domicilio; el 66,6 % ocurrieron en el marco de la familia y en el 81,7 % la mujer fue la víctima de las agresiones.

Fikretoglu, Brunet y Guay (2007) exponen que en el municipio de Santa Clara, un estudio de 1997 en la comunidad de Nuevo Condado, aparecen como resultados relevantes que: son las mujeres las que reciben significativamente el mayor grado de violencia física, tanto los hombres como las mujeres encuestados en su gran mayoría fueron blanco de violencia física en la niñez, hombres y mujeres que reciben violencia psicológica realizan este tipo de violencia entre sí y a los demás miembros de la familia.

Davidoff, Case y Fried (2005) plantean que estos datos otorgan al fenómeno características peculiares y remiten a la situación de vulnerabilidad en que se encuentran todas las mujeres independientemente del lugar que ocupan en la estructura socioeconómica. No es sorprendente que la Declaración del Programa de Acción de Viena considere la violencia contra la mujer como la violación de los derechos humanos de la mayoría de la población mundial.

Hidalgo, et al. (2006) y Menéndez, et al. (2003) aseguran que el estudio de la violencia como un problema social ha sido en los últimos años un tema de gran interés para numerosos investigadores y constituye una de las afecciones más severa que ha venido azotando a la humanidad. Las distintas formas de expresión individual y colectiva, los factores que la originan y las consecuencias que generan hacen de ella un fenómeno complejo.

El papel social de la familia se determina por su participación directa en la producción del hombre mismo, la prolongación del ser humano. La familia es una categoría histórica, sus formas y funciones se condicionan por el carácter de las relaciones de producción, por las relaciones sociales en su conjunto, así como por el nivel de desarrollo cultural de la sociedad concreta. A su vez, la familia también influye sobre la vida de la sociedad en la medida que cumple sus funciones básicas.

La familia se ha denominado como la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de producción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en la familia como entidad llamada a garantizar la vida orgánica y armónica del hombre.

Sin embargo, las funciones de la familia para la sociedad y el individuo tienen un carácter universal, y relativamente estable con independencia del tipo de sociedad, de clase y de etapa histórica. Se ha planteado que la institución familia ha sido la más estable de todas las instituciones de la sociedad, pues ha permanecido, a pesar de las transformaciones sociales y económicas que han acaecido a lo largo de la historia de la humanidad.

El tipo de vínculo que se establece en la familia y las funciones que en ella se cumplen son funciones inherentes al género humano, en cualquiera de los contextos en los que se presente. La forma de vida familiar, los roles hacia el interior de la familia y los tipos de familia son los que han ido cambiando, en función de los cambios sociales y de las nuevas exigencias que la sociedad le va imponiendo dentro del análisis de las crisis paranormativas.

Se han desarrollado múltiples modelos de análisis de las relaciones familiares para comprender de modo general el vínculo entre los conflictos familiares y la enfermedad mental de uno de sus miembros. Se describen así dos grandes actitudes:

- Centrípeta. En esta la familia tiende a impedir que sus miembros se comuniquen con el exterior. Todo debe quedar dentro de la familia, ven el mundo como un lugar misterioso y peligroso. Los conflictos no tienen salida y reverberan una y otra vez. La exageración y cronicidad de esa actitud provocarán trastornos psico – somáticos.
- Centrífuga: Los miembros de la familia son empujados al exterior. La comunicación y la afectividad están muy limitadas. Los problemas más típicos se dan en el comportamiento, en la relación o en conductas delincuenciales o adictivas. También existen problemas que deterioran la relación familiar. Los dos ejemplos máximos que con frecuencia van unidos son el alcoholismo y la violencia. Estos problemas no solo alteran a las personas que lo padecen sino que tienen un efecto terrible en los demás miembros de la familia, especialmente en los niños.

Según Martínez (2003) al establecer la vinculación entre lo psicopatológico, lo familiar y lo social se puede justificar la importancia de atender estos factores. Algunos datos lo indican: alrededor del 15 al 18 % de las personas tienen algún problema de salud mental, del 50 al 70 % de las visitas al médico tienen algún

factor psicológico asociado. De ellas 25 % tienen alteraciones psicológicas identificables. La ansiedad y la depresión están entre los síndromes que más se presentan, de alguna forma están involucrados los conflictos familiares que pueden conducir a actos violentos de cualquier tipo.

Este análisis hace reflexionar acerca de que vencer esta herencia de violencia legada por el pasado, o fomentada en la actualidad, no es alcanzable a corto tiempo, no por ello irrealizable. No por negarla o reconocerla dejará de existir, no se trata de aprender a vivir con la violencia, sino a percibirla como un fenómeno controlable y transformable que trasciende las ciencias, para poder ser abordada por diferentes actores sociales. Las generaciones futuras tienen derecho a crear un mundo de paz sin violencia lo que puede ser traducido en salud, bienestar y calidad de vida. Contribuir al conocimiento del tema, investigar esta problemática, conocer los tipos en que se presenta la violencia, identificar los sujetos que la viven y la sufren, permite el acercamiento a su comprensión, reconocer su existencia permite formular estrategias de intervención encaminadas a la promoción y prevención, base fundamental de la Salud Pública Cubana.

Teniendo como base lo expresado con anterioridad se estructuró una investigación cuyo **objeto de estudio** fue la salud mental y el **campo de acción** la influencia de la VIF en la salud mental.

La **novedad** se enmarca en que se caracteriza la influencia de la VIF en la salud mental de los miembros del Consultorio Médico de la Familia (CMF)-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo y se obtienen predictores.

Como **problema científico** se estructuró el siguiente: ¿Cómo influye la VIF en la salud mental de la población del CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo?

Siendo el objetivo general: Describir la influencia de la VIF en la salud mental de la población del CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo

Y como objetivos específicos:

1. Caracterizar las particularidades sociodemográficas en la expresión de la VIF de la población del CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo.
2. Determinar las afectaciones a la salud mental en las familias en las que existe VIF.
3. Identificar los factores predictores de afectación a la salud mental a partir de situaciones de VIF en los residentes en el área estudiada.

El trabajo está dividido en tres capítulos. En el Capítulo 1 se profundiza en los conceptos, teorías, experiencias referentes a terminología de la violencia doméstica (tipos de violencia), dinámica de la VIF e implicación social constructiva de la VIF

En el Capítulo 2 se describe el proceso que se siguió para concebir la metodología aplicada al tema objeto de investigación, a través de los instrumentos utilizados.

En el Capítulo 3 se expone el análisis de los resultados. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación.

Posteriormente se relacionan numerosas fuentes bibliográficas consultadas que permitieron la confrontación de ideas para la resolución del problema investigado.

Capítulo 1. Marco Teórico Referencial

1.1. Terminología de la violencia doméstica.

No fue hasta 1980, cuando se reconoció que la violencia y el maltrato en el ámbito familiar eran un problema social. La existencia de este tipo de violencia indica un retraso cultural en cuanto a la presencia de los valores como la consideración, tolerancia, empatía y el respeto por las demás personas entre otras, independientemente de su sexo. El maltrato doméstico incluye a las agresiones físicas, psicológicas o sexuales llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que hacen vulnerable la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico.

Mills (2003) apunta que la violencia familiar incluye toda violencia ejercida por uno o varios miembros de la familia contra otro u otros miembros de este grupo. La violencia contra la infancia, la violencia contra la mujer y la violencia contra las personas dependientes y los ancianos son las formas más frecuentes en el ámbito de la familia. No siempre se ejerce por el más fuerte física o económicamente dentro de la familia, siendo en ocasiones razones psicológicas las que impiden a la víctima defenderse. La mayor parte de los agresores son personas mucho más fuertes que a las que se les agrede.

Estudios realizados por Manrique (2004) encontraron que en hogares donde existe maltrato o violencia psicológica o cualquier otro tipo de violencia, los hijos son 15 veces más propensos a manifestar algún tipo de maltrato en su etapa adulta. La violencia psicológica el género más afectado es la mujer y en esta la forma de agresión, en la mayoría de los países las afectadas van a quejarse y casi nunca toman acción en cuanto a dicho tipo de violencia ya que en este caso se unen la falta de acciones legales de denuncia y protección frente a esta forma de violencia.

Las señales de violencia son más fácil de ocultar si es emocional, pues las mujeres aceptan el maltrato de forma “pasiva”; según los estudios realizados por Cepero, et al. (2005a) señalan que la mayoría de las mujeres maltratadas no lo

aceptaron y que se resistieron a él. Estas acciones de defensa hicieron que la violencia psicológica se viera como una agresión mutua y algunas instituciones la catalogaron como un conflicto de pareja. Sin embargo, de los estudios realizados en Honduras solo dos de las mujeres entrevistadas aceptaron que eran agredidas emocionalmente, antes de ser maltratadas físicamente. Gracias a diferentes campañas públicas y con el conocimiento de programas estatales las mujeres tuvieron más claridad acerca de la agresión psicológica que experimentaron.

Las mujeres que no reconocen como agresión la violencia psicológica no significan que no vean esta forma de violencia como algo que las dañe o las deshaga o como algo indeseable. De hecho si lo ven y son estos episodios de maltrato emocional lo que más las mueve a hablar de sus malestares con personas de confianza así como familiares, amigos o personas de las iglesias y es aquí donde tratan de librarse de esas formas de agresión.

De acuerdo con Cepero, et al. (2005a) se podría definir la violencia familiar como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus miembros, que menoscaba la vida o la integridad física, o psicológica, o incluso la libertad de otro de sus miembros, y que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad.

A juzgar por Palermo (2005) no existe consenso entre investigadores respecto a la relación entre el género y este tipo de violencia, por lo que es un tema controvertido donde persiste cierta confusión a la hora de definir sus respectivas tipologías —violencia de género contra violencia doméstica—; actualmente se observa un debate acerca de las tasas de víctimas para cada género y si los hombres maltratados deben contar con los mismos recursos y refugios que están disponibles para las mujeres víctimas. En particular, algunos estudios sugieren que los hombres son menos propensos a ser víctimas de la violencia doméstica debido a los estigmas sociales. Otras fuentes, sin embargo, sostienen que la tasa de violencia doméstica contra los hombres se infla debido a la práctica de la inclusión de la legítima defensa como una forma de violencia doméstica.

1.2. Tipos de violencia.

Habitualmente esta la violencia doméstica no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, niños y personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común es que constituyen un abuso de poder y de confianza. Dada la complejidad y variedad del fenómeno, es muy difícil conocer sus dimensiones globales.

Cabe añadir que se considera de forma unánime que el término *violencia* se refiere tanto a violencia física como psicológica, considerándose igualmente tanto las lesiones físicas como las psicológicas.

Según y conforme Polsky y Markowitz (2006) en México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de *Violencia* del 1 de febrero de 2007 tipifica los siguientes tipos de violencia:

- **Violencia psicológica.** Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio.
- **Violencia física.** Cualquier acto que inflige daño no accidental, es decir provocado o incluso premeditado, usando la fuerza física algún tipo de arma, inclusive con las mismas extremidades u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sean internas, externas, o ambas.

- **Violencia patrimonial.** Cualquier acto u omisión que afecta 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 económica.** Cualquier 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, como impedirle laborar o exigir el salario.
- **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 objeto.
- Cualquier **otra forma análoga** que lesione o sea susceptible de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.

Violencia psicológica.

De acuerdo con Oblitas (2006) la violencia psicológica, también conocida como violencia emocional, es una forma de maltrato, por lo que se encuentra en una de las categorías dentro de la violencia doméstica. La intención que trae consigo la violencia psicológica es humillar, hacer sentir mal e insegura a un individuo, deteriorando su propio valor. Difiere del maltrato físico ya que éste es sutil y es

mucho más difícil de percibirlo o detectarlo. Se manifiesta a través de palabras hirientes, humillaciones, gritos e insultos. Éste trastorno puede tener bases en la infancia de las personas cuando se llevan a cabo la falta de atención por parte de los padres o familiares y la VIF.

Violencia contra los adultos mayores.

Según Oblitas (2006) el síndrome de la abuela esclava es otra forma de maltrato frecuente en el siglo XXI, descrito sobre todo en países hispanoamericanos, que afecta a mujeres adultas con gran carga familiar, voluntariamente aceptada durante muchos años, pero que al avanzar la edad se torna excesiva. Si la mujer no expresa claramente su agotamiento (o lo oculta), y sus hijos no lo aprecian y le ponen remedio, la sobrecarga inadecuada provoca o agrava diversas enfermedades comunes: hipertensión arterial, diabetes, cefaleas, depresión, ansiedad y artritis. Estas manifestaciones no curan adecuadamente si no se reduce apropiadamente la sobrecarga excesiva. Ocasionalmente puede provocar suicidios, activos o pasivos.

"El Síndrome de los Abuelos Fantasma", en este tipo de violencia los abuelos son tan ignorados que nadie los ve ni los escucha, simplemente llegan a ser un mueble más de la casa. Los hijos creen que darles de comer y darles un espacio para vivir, es suficiente para satisfacer sus necesidades y no se dan cuenta de que eso, es lo de menos. Ya que lo que desean estos abuelos es ser queridos, tomados en cuenta, sentirse útiles y amados. Esta violencia contra las personas de la tercera edad trae como consecuencia la depresión que puede llegar al suicidio y acarrear múltiples enfermedades, ya que las personas en su afán de querer morir no se atienden de sus padecimientos y como en un círculo vicioso genera más trastornos todavía. No se debe de olvidar que la base, el origen de nuestra existencia fueron esos ancianos, que aunque ya no tengan fuerza física, agilidad mental, no por esto debemos hacerlos a un lado, ellos son un cúmulo de experiencias y valores que no deberíamos perder para las generaciones futuras. "Cuidemos, Amemos y Respetemos a nuestros Ancianos"

A juzgar por Oblitas (2006) los niños que suelen estar presentes durante la violencia y los que presencian pueden sufrir problemas emocionales y de comportamiento. Los investigadores indican que la violencia en la familia a los niños le afecta en tres maneras: en la salud, educación y el uso de violencia en su propia vida. Se ha comprobado que los niños que presencia la violencia manifiestan un grado mayor de depresión, ansiedad, síntomas de trauma y problema de temperamentos.

Violencia contra la mujer en la pareja.

La violencia contra la mujer por parte de su pareja o ex-pareja está generalizada en el mundo, dándose en todos los grupos sociales independientemente de su nivel económico, cultural o cualquier otra consideración. Aun siendo de difícil cuantificación, dado que no todos los casos trascienden más allá del ámbito de la pareja, se supone que un elevado número de mujeres sufren o han sufrido este tipo de violencia. Estudios realizados en países por desarrollar arrojan una cifra de maltrato en torno al 20%, encontrándose los índices más bajos en países de Europa, en Estados Unidos, Canadá, Australia y Japón con cifras en torno al 3%.

La mayoría de las víctimas oculta que existan esos problemas por temor a ser juzgados en la sociedad. La indecisión es una de las causas para no admitir la situación así como el estereotipo dominante de la feminidad en Occidente, donde no se considera como atributo de las mujeres el ejercicio de la violencia activa.

Oblitas (2006) señala que también entra el aspecto de la educación y del entorno social que se vive desde niños, a un hombre que es maltratado psíquica o físicamente por su pareja, se le atribuye que es un hombre "débil", o es agredido por sus amigos o compañeros de trabajo y es precisamente por esto que no está dispuesto a denunciar y mucho menos a buscar ayuda.

Unas de las consecuencias de la violencia doméstica es la depresión. Las mujeres que sufren violencia doméstica corren un mayor riesgo de estrés y trastorno de ansiedad, en particular los trastornos resultantes del estrés postraumático. El

intento de suicidio y depresión se conectan estrechamente la violencia en pareja. La violencia contra la mujer impide que participen plenamente en sus comunidades en los planos económicos y sociales. Las mujeres en violencia tienen menos probabilidades de tener empleo.

De acuerdo con Cepero, et al. (2005a) en todas las relaciones humanas surgen conflictos y en las relaciones de pareja también. Las discusiones, incluso discusiones fuertes, pueden formar parte de la relación de pareja. En relaciones de pareja conflictivas pueden surgir peleas y llegar a la agresión física entre ambos. Esto, que podría alcanzar cotas de violencia que serían censurables y perseguibles, formaría parte de las dificultades a las que se enfrentan las parejas. El maltrato no es un concepto relacionado con esto; en el maltrato el agresor siempre es el mismo: Por definición, "el conflicto es una modalidad relacional que implica reciprocidad y es susceptible de provocar un cambio" Por el contrario, el maltrato, aunque adopte las mismas formas (agresiones verbales o físicas), es unilateral, siempre es la misma persona la que recibe los golpes.

En la pareja, el maltrato contra la mujer tiene unas causas específicas: los intentos del hombre por dominar a la mujer, la baja estima que determinados hombres tienen de las mujeres; causas que persiguen instaurar una relación de dominio mediante desprecios, amenazas y golpes.

Conforme a Martínez (2003) los hombres que maltratan a su pareja son motivados por una necesidad de dominar y controlar a su pareja. En una revisión de múltiples trabajos los principales resultantes indican que los agresores suelen presentar con frecuencia alteraciones psicológicas como falta de control sobre ira, dificultades en la expresión de emociones, déficits de habilidades de comunicación y de solución de problema y baja autoestima. "Existen diferentes tipos de hombres violentos - agresores limitados al ámbito familiar, agresores con características borderline/disfóricas y agresores violentos en general/antisociales- que requieren programas de tratamiento, adaptados a sus características y necesidades específicas".

Los rasgos más visibles del maltrato son los golpes y los asesinatos, los cuales trascienden del ámbito de la pareja; sin embargo, los maltratos de *baja intensidad*, los maltratos psíquicos que, mantenidos en el tiempo, socavan la autoestima de la mujer, son los que mayoritariamente se dan. Cuando trasciende un caso de maltratos, la mujer puede llevar años sufriendolos. Y si los maltratos pueden producirse en cualquier etapa de la historia de la pareja, es en el momento de la ruptura y tras esta, si se produce, cuando llegan a exacerbarse.

Es por esto que, en la búsqueda de prevenir la violencia, se trata de dar herramientas a los adolescentes para identificar los rasgos típicos de las personas violentas y ser conscientes de esa violencia de baja intensidad que comienza generalmente antes del matrimonio, durante el noviazgo. Así nace el concepto de violencia en el noviazgo.

Es frecuente tratar el tema de los maltratos como casos individuales. Los agresores sufrirían una serie de trastornos que les conducirían a maltratar a la mujer y a esta, en su fragilidad, a recibirlos. Esta sería una visión del problema tranquilizadora que no pondría en cuestión el modelo patriarcal.

Mills (2003) plantea que el modelo psicopatológico explica la violencia como resultado de conductas desviadas propias de ciertos individuos cuya historia personal está caracterizada por una grave perturbación. Este enfoque, al fin y al cabo tranquilizador, habla de un «otro», un «enfermo» o «delincuente», al que, después de examinarlo, se le puede castigar o tratar médicamente. Desde el punto de vista feminista, la violencia masculina se percibe como un mecanismo de control social que mantiene la subordinación de las mujeres respecto de los hombres. La violencia contra las mujeres se deriva de un sistema social cuyos valores y representaciones asignan a la mujer el estatus de sujeto dominado.

Las consecuencias últimas de la violencia contra la mujer en la pareja son la de decenas o cientos de mujeres muertas cada año, en diferentes países, a manos de sus parejas o ex-parejas. Y en muchos casos, esta violencia a manos de sus parejas o ex-parejas contra la mujer quien es madre además del estrés postraumático que puede seguir produzca efectos muy negativos para el desarrollo psicológico de los niños en el hogar.

Las consecuencias de estos (y de cualquier otro tipo de maltrato) son que la autoestima de la persona disminuye y afecta el desarrollo emocional. En la mayoría de los casos, la persona puede buscar una solución en las drogas y el alcohol, incluso, en delincuencia. Además, si no existe un avance o solución previa en la persona suele repetir este patrón de maltrato, cayendo en un círculo vicioso. La baja autoestima se manifiesta en todas las personas que sufren de algún tipo de maltrato y se refleja mucho en el ámbito escolar o laboral; la persona tiene problemas de identidad y mucha dificultad en cuanto al manejo de la agresividad, se le dificulta construir relaciones afectivas debido a la desconfianza hacia las demás personas.

La violencia contra la mujer adquiere especial relevancia, gravedad y consecuencias cuando se sufre durante el embarazo. Si todavía cabe mayor gravedad en una escala de malos tratos, se debería considerar a la embarazada adolescente (menor de edad) sometida a vejaciones y malos tratos. El sufrimiento personal y las complicaciones del embarazo son de extrema gravedad y repercusión tanto en la madre como en el producto de la gestación.

Violencia contra el hombre en la pareja.

Palermo (2005) señala que la violencia contra el hombre—en el contexto de la violencia doméstica— se refiere a aquellas acciones violentas donde el rol de agresor es tomado por la mujer en las parejas heterosexuales o bien, por el varón en aquellas parejas de carácter homosexual. Esta violencia presenta numerosas facetas que van desde el sexismo inverso hasta la discriminación y el menosprecio, la agresión física y psicológica.

Polsky y Markowitz (2006) manifiestan que actualmente existe una inmensa variedad de literatura existente respecto a la violencia en la pareja, la cual, muestra principalmente a la mujer como víctima, realidad que es comprobable y cruda, pero también es cierto que cada día se acrecientan casos de hombres que son agredidos física y psicológicamente por la mujer, de esta manera la mayoría de los incidentes de VIF están registrados de los hombres hacia las mujeres, debido a que la mayoría de los hombres reaccionan permaneciendo en silencio. Este silencio es provocado a menudo por factores tales como el miedo al ridículo, o a la reacción violenta de su mujer, incluso, cuando un hombre ha probado que él es la víctima, parece que la línea de conducta que le queda es solamente salir del hogar. Esto implica separarse de sus hijos y experimentar a menudo la dificultad para mantener un contacto regular con ellos. Cuando una mujer es violenta y abusiva con su cónyuge, no se asume necesariamente que ella es una mala madre. Si un hombre es violento hacia su mujer, se asume automáticamente que él es un mal padre. Este fenómeno de la VIF, ya sea contra el varón o mujer, es un fenómeno que como sociedad nos debería de avergonzar, ya que no se trata de quien es más fuerte en la pareja, o de quien puede agredir más al otro, más bien se trata de vivir en armonía, tratar de respetar a nuestra pareja y evitar hacer con ella lo que no nos gustaría que ella hiciera con nosotros. se trata de un despertar a una nueva sociedad, libre de violencia.

Violencia contra los niños.

La detección del niño expuesto a violencia doméstica puede llegar por diversos caminos; el más común de ellos es que la madre haya hecho una consulta y revele la situación. El problema también puede salir a la luz porque otro profesional, como el pediatra o profesor lo haya detectado, o porque el propio niño lo verbalice.

Las condiciones asociadas a situaciones de maltrato, impiden el desarrollo normal a lo largo de la infancia y sitúan al niño a alto riesgo de desarrollar psicopatología. Para conocer las consecuencias psicológicas de la violencia doméstica en los niños se hace necesaria la evaluación de su estado cognoscitivo, emocional y conductual. Las alteraciones que presente varían según la etapa evolutiva en la que se encuentra.

De acuerdo con Oblitas (2006) en preescolares, la exposición a violencia doméstica se asocia a irritabilidad excesiva, regresión en el lenguaje y control de esfínteres, problemas de sueño (insomnio, sonambulismo), ansiedad de separación, dificultades en el desarrollo normal de la autoconfianza y de posteriores conductas de exploración, relacionadas todas ellas con la autonomía. Los síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático, como reexperiencia repetida del evento traumático, evitación, y aumento del “arousal”, también están presentes en niños pequeños.

En la etapa preescolar se suele contar con la información de la madre o de otros adultos significativos. El *Child Behaviour Checklist*, contestado por la madre o por los profesores, permiten obtener un perfil sintomatológico general de los problemas conductuales y emocionales de los niños de estas edades.

Según Polsky y Markowitz (2006) el cuestionario Interactivo Gabi (adaptación al español de *Dominic Interactive*) es un autoinforme de cribado de sintomatología psicopatológica para niños de 6 a 11 años. Se presenta en formato audiovisual con dibujos sobre un niño o una niña llamados Gabi. Cada ítem describe una situación que le sucede al personaje y el niño debe contestar si le sucede lo mismo a él. Se evalúan 8 escalas (fobias específicas, ansiedad de separación, ansiedad generalizada, depresión/ distimia, oposición, problemas de conducta, déficit de atención/hiperactividad y puntos fuertes/capacidades).

Los niños en edad escolar muestran síntomas de ansiedad, depresión, conducta agresiva y estrés postraumático, así como otros problemas asociados como dificultades para dormir, concentrarse y para afrontar las peculiaridades de su entorno. Sus actitudes, competencia social y su funcionamiento escolar se ven

afectados y, a medida que crecen, tienen mayor riesgo de presentar fracaso escolar, cometer actos vandálicos y presentar psicopatología, incluyendo abuso de sustancias. Los adolescentes que son testigos de violencia doméstica presentan mayores índices de implicación en actos criminales y tienden a justificar el uso de la violencia en sus relaciones amorosas.

Violencia filio-parental.

De acuerdo con Mills (2003) la violencia filio-parental (VFP) o violencia de los hijos a los padres es el conjunto de conductas reiteradas de agresiones físicas (golpes, empujones, arrojar objetos), verbales (insultos repetidos, amenazas) o no verbales (gestos amenazadores, ruptura de objetos apreciados) dirigida a los padres o a los adultos que ocupan su lugar. Se incluyen, entonces, las amenazas y los insultos, ya sean realizados a través de gestos o verbalizaciones, las agresiones físicas de cualquier tipo, o la ruptura consciente de objetos apreciados por el agredido. Además, la violencia debe ir dirigida contra los padres o aquellas figuras parentales que les sustituyan: tutores, educadores, etc.

No se incluiría, por tanto, en esta definición la violencia ocasional sin antecedentes y que no se repite. Esto excluye, de manera casi generalizada, el parricidio, que presenta características particulares que lo distinguen y que, a menudo, constituye un episodio único, sin que se registren antecedentes. Se excluyen, también, la agresión sexual a los padres y los asaltos premeditados con armas letales por considerarse de un perfil diferente, así como la violencia que aparece en un estado de disminución importante de la consciencia (autismo o retraso mental grave) y que no se repite cuando este estado remite: violencia en el curso de intoxicaciones, de trastornos mentales orgánicos, de trastornos del curso o contenido del pensamiento, etc.

Violencia contra el adolescente.

A juzgar por Mills (2003) en la edad adolescente se dan situaciones referidas a los cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales. Donde se incluyen miedos, injusticias, discriminación, violencia, temor al futuro, toma de decisiones, falta de entusiasmo, entre otros aspectos. Cuando se empieza a desdibujar la identidad de la familia, sus miembros actúan de modo descoordinado, hay una distorsión de la comunicación, los valores y creencias son cuestionados. La familia empieza a funcionar con predominio de desorden y comienza a haber situaciones que exceden su límite de tolerancia. Los integrantes de la familia han entrado en lo que comúnmente se denomina una "crisis", esta crisis se va a caracterizar por estados de confusión, desorganización y caos. Dado que la presencia de conflictos en las relaciones interpersonales es inevitable, en lo que nos tenemos que detener es en el método utilizado para su resolución. No es difícil diferenciar el conflicto resuelto mediante la puesta en juego de conocimientos, aptitudes y habilidades comunicativas, y otro que se resuelve mediante el ejercicio de poder y de autoridad. La agresividad da cuenta de la capacidad humana para oponer resistencia, incluye aspectos fisiológicos, conductuales y vivenciales.

La agresión puede adoptar diferentes formas, motoras, verbales, gestuales, posturales, etc. El maltrato juvenil es cualquier acción u omisión, no accidental que provoque un daño físico o psicológico a un adolescente por parte de sus padres o cuidadores. Hay diferentes tipos de maltrato juvenil, como: físico (lesiones), sexual (Se podría definir al abuso sexual como el tipo de contacto sexual por parte de un adulto o tutor, con el objetivo de lograr excitación y/o gratificación sexual.), abandono y abuso emocional (hostilidad verbal como insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono), ser testigo de violencia (Estos presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso.)

1.3. Dinámica de la VIF.

Al principio de la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia. Durante este período se muestra un comportamiento positivo. Cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta. La posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

Fase 1. Acumulación de Tensión.

La dinámica de la VIF existe como un ciclo, que pasa por tres fases:

- A medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.
- Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas.
- El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.
- La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.
- La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.
- El abuso físico y verbal continúa.
- La mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.
- El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede: el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)
- El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, o que le llenan la cabeza, o que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

Fase 2. Episodio Agudo de Violencia.

- Aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas
- El abusador hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del cuerpo golpear y cómo lo va a hacer.
- Como resultado del episodio la tensión y el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo y relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

Fase 3. Etapa de Calma, Arrepentimiento o Luna de Miel.

- Se caracteriza por un período de calma, no violento y de muestras de amor y cariño.
- En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo una parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.
- Si no hay intervención y la relación continúa, hay una gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.
- A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y se volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta a sí mismo.

Según y conforme a Ortega (2005) luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Personalidad del maltratador.

Los agresores suelen venir de hogares violentos, suelen padecer trastornos psicológicos y muchos de ellos utilizan el alcohol y las drogas lo que produce que se potencie su agresividad. Tienen un perfil determinado de inmadurez, dependencia afectiva, inseguridad, emocionalmente inestables, impaciente e impulsivo.

Los agresores trasladan habitualmente la agresión que han acumulado en otros ámbitos hacia sus mujeres.

Maltratador, frecuentemente es una persona aislada, no tiene amigos cercanos, celoso (celotipia), baja autoestima que le ocasiona frustración y debido a eso se genera en actitudes de violencia.

Una investigación de los psicólogos norteamericanos, el Dr. John Gottman y Dr. Neil Jacobson. Señalan que los hombres maltratadores caen en dos categorías: pitbull y cobra, con sus propias características personales:

Pit bull:

- Solamente es violento con las personas que ama
- Celoso y tiene miedo al abandono
- Priva a pareja de su independencia
- Pronto ora, vigilar y atacar públicamente a su propia pareja
- Su cuerpo reacciona violentamente durante una discusión
- Tiene potencial para la rehabilitación
- No ha sido acusado de ningún crimen
- Posiblemente tuvo un padre abusivo.

Cobra:

- Agresivo con todo el mundo
- Propenso a amenazar con cuchillos o revólveres

- Se calma internamente, según se vuelve agresivo
- Difícil de tratar en terapia psicológica
- Uno depende emocionalmente de otra persona, pero insiste que su pareja haga lo que él quiere.
- Posiblemente haya sido acusado de algún crimen
- Abusa de alcohol y drogas.

Ortega (2005) plantea que el pitbull espía a su mujer, es celópata, cae bien a todas las personas, excepto a sus novias o esposas. El cobra es un sociópata, frío, calculador, puede ser cálido. El maltrato no cesa por sí solo.

Después de que la mujer ha sido físicamente maltratada y tiene miedo, a veces cesa este tipo de abuso y lo reemplaza con un constante maltrato psicológico, a través del cual le deja saber a su víctima, que el abuso físico podría continuar en cualquier momento.

En ocasiones la violencia del maltratador oculta el miedo o la inseguridad, que sintió de niño ante un padre abusivo que lo golpeaba con frecuencia, al llegar a ser un adulto prefiere adoptar la personalidad del padre abusador a sentirse débil y asustado. En otros casos, los comportamientos ofensivos son la consecuencia de una niñez demasiado permisiva durante la cual los padres complacieron al niño en todo. Esto lleva al niño a creerse superior al llegar a ser un adulto y a pensar que él está por encima de la ley. O sea, que puede hacer lo que quiera y abusar de quien quiera. Piensa que se merece un trato especial, mejor que el que se les da a los demás.

Oblitas (2006) considera que, la violencia doméstica no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podríamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano.

Se trata del abuso psicológico, sexual o físico habitual. Sucede entre personas relacionadas afectivamente, como son marido y mujer o adultos contra los menores que viven en un mismo hogar.

La violencia doméstica no es solamente el abuso físico, los golpes, o las heridas. Son aún más terribles la violencia psicológica y la sexual por el trauma que causan, que la violencia física, que todo el mundo puede ver. Hay violencia cuando se ataca la integridad emocional o espiritual de una persona.

La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo. También lo dificulta, por ejemplo, la habilidad manipuladora de su esposo que presenta a su esposa como exagerada en sus quejas o simplemente como loca.

A la violencia física precede, a veces, años de violencia psicológica. La violencia psicológica es, despreciar a la mujer, insultarla de tal manera, que llega un momento en que esa mujer maltratada psicológicamente, ya cree que esos golpes se los merece. Y qué difícil es convencer a una mujer de que vaya a pedir auxilio cuando cree que no lo necesita.

Hay mujeres que se avergüenzan por lo que les sucede y que hasta se creen merecedoras de los abusos. Por eso prefieren mantenerlos en secreto y así esa situación puede prolongarse durante años. Los que maltratan a sus víctimas lo hacen de acuerdo a un patrón de abuso psicológico.

Palermo (2005) asegura que igual que en el caso del alcohólico, el que golpea a una mujer o la maltrata psicológica o sexualmente, lo primero que hará es negarlo.

Negación es decir: "No, es que yo le pego con razón". No hay ninguna razón para golpear a una mujer, ni a nadie. Pero lo niegan. Dicen: "Yo no la he golpeado, yo no le hecho nada, sólo tocarla".

Otra forma de abuso psicológico es el aislamiento, en que le hacen el vacío a la mujer, ni le hablan, ni la miran y entonces ella se va creyendo que se merece ese trato.

La intimidación es también un abuso. "Si dices algo te mato." Muchas mujeres no se atreven a hablar, por las amenazas que sus maridos o sus compañeros lanzan contra ellas.

Tanto el adicto a cualquier droga como el abusador, siempre tienen excusas y le echan la culpa a alguien.

También dentro de ese hábito de abuso psicológico está el abuso económico. "Si dices algo no te voy a dar la mensualidad".

Dentro de ese abuso psicológico de los maridos que golpean (lo que se llama en psicología la triangulación), hay otro tipo de abuso: utilizar a los hijos para hacerles sentir culpables a las esposas. En este caso los hijos sirven de mensajeros: "dile a tu madre que..."

Las amenazas a través de los hijos, las amenazas de que le van a quitar al hijo, todos estos son abusos psicológicos que preceden al abuso físico.

Todos estos abusos impiden que la mujer deje el hogar, ese hogar violento. Es que esa violencia psicológica a que están sometidas muchas mujeres, es más horrorosa que el abuso físico. Pregúntele a cualquier mujer a la cual han maltratado físicamente qué es lo que le duele más; si las palabras hirientes, los desprecios o los golpes. Los golpes se pasan, los abusos psicológicos, los insultos, los desprecios se clavan en el corazón.

Según Alvarado, Salvador, Estrada, et al. (2008) las manifestaciones de violencia psicológica son:

- Abuso verbal: Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.
- Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.

- Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.
- Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.
- Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.
- Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.
- Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro.

¿Por qué se mantiene la mujer en esta relación?

La persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), aún después de ser golpeada. Es frecuente escuchar esta frase: "Es que yo lo quiero tanto". Personas que llevan años soportando golpes dicen: "Yo no me separo porque lo quiero". Es imposible querer a una persona que te está tratando como si fueras un animal, eso es depender de esa persona.

Otro motivo por el cual algunas mujeres no se separan de este problema de codependencia, es que las anima la familia y lamentablemente la Iglesia, a permanecer con el abusador. Sobre todo la familia les aconseja que mantengan esa relación por "el bien de tus hijos". "¿Cómo vas a dejar a tus hijos sin padre?", les dicen.

¿Qué es mejor, tener un padre que golpea a su madre y que luego golpeará a sus hijos, o no tener padre? Se les hace mucho más daño a los hijos cuando ven que su padre golpea a su madre. Para los niños pequeños la madre es la base de toda su vida, la base de su afectividad, la base de su seguridad. Si una madre es golpeada, sus hijos se derrumban afectivamente. Es mucho mejor separarse. Yo no estoy a favor del divorcio, pero la separación es, a veces, menos dañina.

Pereira (2006) esboza que a veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. "Si le dices algo a la policía te mato".

Cuando se pregunta a algunas mujeres por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: "Por mis hijos; no quería que se criaran sin un padre". Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia los hijos también sufren. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y más tarde se manifestará en el abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

Pereira (2006) menciona que en muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin el marido no podrían vivir cómodamente.

Lo peor es que la mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia efectiva ("¡Qué bueno es él cuando no me golpea!"); su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes.

Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, porque el principio vital está herido de muerte. Si a una persona así aplastada se le amenaza con un "Si me denuncias, te mato", se sentirá paralizada. Quizás en un último intento de supervivencia reaccione, pero usando las mismas armas que a ella la han destruido.

El amor no debe doler. El amor implica confianza, protección, respeto a los gustos del otro, comunicación, caricias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con alegría, dialogar sobre las diferencias y preferencias, y respetar la integridad física, moral y espiritual de la persona amada.

Las mujeres que aguantan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, toda la familia termina enferma. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima. No saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren.

El porqué de la violencia doméstica.

Mills (2003) indica que primero hay una raíz cultural histórica. Durante mucho tiempo nuestra sociedad ha sido muy machista, el hombre ha creído que tiene el derecho primario a controlar, a disciplinar con severidad, incluso a abusar de la vida de la mujer y de los hijos. Eso ha sucedido bajo la apariencia del rol económico del hombre, proveedor de la alimentación.

Otra causa es la cultura actual. La gente se tira de los pelos. ¿Por qué pasa esto? El modelo presente de nuestra sociedad está reforzando el uso de la fuerza para resolver los problemas. Por eso el abusador usa la fuerza física, para mantener el poder y el control sobre la mujer, porque ha aprendido que la violencia es efectiva para obtener ese fin de control y como ellos no han sufrido las consecuencias, las mujeres se han callado.

La violencia doméstica ocurre en todos los niveles de la sociedad, no solamente en las familias pobres. En las familias ricas sucede lo mismo. Lo que pasa es que una mujer a quien le dieron una paliza, si tiene dinero, se va tranquilamente a una clínica privada y aquí no ha pasado nada. Las que son pobres tienen que ir al hospital y allí los médicos dicen: "A esta mujer la han golpeado" y la policía se encarga de eso.

Entre blancos, negros, amarillos, católicos, judíos, protestantes y evangélicos; entre todos, existe la violencia doméstica. Pero no por ser protestantes o católicos, sino, por no ser como deben ser.

Palermo (2005) sugiere que otra causa de este problema son los medios de comunicación. En la televisión la violencia es glorificada, los estereotipos que nos presentan son de violencia sexual. Cuando un marido por la fuerza tiene relaciones sexuales con su esposa, eso se llama violencia sexual, porque la mujer también tiene derecho a decir que no. Si a una mujer, como yo oigo todos los días, se le insulta, se le veja, se le dice barbaridades, no se le habla y solamente se la utiliza para tener relaciones sexuales con ella; ¿Cómo va a querer estar con su marido? Tiene el derecho a decir que no, todo el derecho del mundo.

Alvarado, et al. (2008) apunta que en muchos casos, también la violencia doméstica está íntimamente relacionada con el alcohol y las drogas. ¿Qué sucede cuando una persona consume drogas o se emborracha? En esta parte del cerebro tenemos los centros vitales, comunes con los animales y allí está el centro de la agresividad o del instinto agresivo. Todos los hombres y las mujeres lo tenemos. Pero en la persona normal, esos centros se comunican con la parte consciente del hombre, lo cual diferencia al hombre del animal.

Cuando uno toma alcohol o usa cualquier droga, estos centros quedan como un barco sin timón. Y ¿Qué le pasa a un barco sin timón? Pues se estrella contra las rocas. Sobre todo la agresividad, el instinto sexual, quedan sin control. Entonces viene el golpear a la mujer y a los hijos bajo el efecto del alcohol y el abusar de la mujer sexualmente. El 50 % de los casos (que se conocen) de abuso sexual entre los hijos, es entre personas alcohólicas o adictas, porque surge el animal que hay dentro de nosotros mismo, en España.

Los recuerdos, los valores, los consejos, cuando uno usa o abusa del alcohol o drogas, no funcionan y viene la violencia doméstica.

A pesar de la llamada "liberación femenina" (que en realidad muchas veces ha llevado a la mujer a mayor esclavitud), todavía hay hombres que consideran a esposa e hijos como objetos de su propiedad. Por eso se creen con el derecho a descargar sobre ellos su frustración o malhumor maltratándolos a su antojo.

Como los hijos imitan a padres, se da con frecuencia que quienes en la niñez fueron testigos de abusos físicos entre sus padres, repiten la misma conducta cuando llegan al estado adulto. Aprendieron que los problemas y conflictos se afrontan con la fuerza bruta.

Ese aprendizaje negativo se arraiga tanto que muchas veces pasa de generación en generación. Si a esto se añade la "glorificación" de la violencia en los medios de comunicación, podemos entender por qué muchos seres humanos recurren a la violencia, a veces con una frialdad que asusta más que el mismo acto violento.

La experiencia enseña que muchos de los abusadores familiares parecen "mosquitas muertas"; pasan por personas educadas y suaves, pero en el fondo son individuos celosos con una pobre imagen de sí mismos y que viven en un mundo irreal. Si a esas personas les da por tomarse unos tragos de más, cosa frecuente, la explosión violenta será mucho mayor.

¿Qué pasa con las víctimas de la violencia familiar?

Davidoff, et al. (2005) señala que muchas siguen sufriendo hasta quedar completamente destruidas física, psicológica y moralmente. Otras acusan a sus agresores ante la policía, que muchas veces no toma debidas cartas en el asunto. Y ocurre, además, lo que no quisiéramos que ocurriera: La víctima también se vuelve violenta.

Entendemos que las personas que sufren hambre endémica se subleven y hasta se alcen en armas. ¿Por qué no entendemos que una mujer pisoteada, escarnecida, degradada en lo más íntimo de su ser pueda explotar y volverse violenta? Eso, aunque no se justifique, se explica.

1.4. Implicación social constructiva de la violencia familiar.

Acorde a Amaro (2003), la violencia, en la mayoría de los casos, ha llegado a ser parte de la vida cotidiana de muchas personas a las cuales afecta en gran manera su comportamiento y el desarrollo de diversas actividades que deseen ejercer. Es decir, la violencia también es una conducta aprendida. La violencia puede manifestarse en cualquier ámbito social como el cultural, político, económico y el ámbito social doméstico.

La violencia familiar tiene como base la cultura (el medio donde se desarrolla ésta situación) y que incluso, engloba a los medios de comunicación. Este régimen de ideas apoya ciertas justificaciones a las acciones clasificadas como VIF por el uso de estereotipos a los miembros de la familia. Durante la década de los setentas se desarrollaron varias teorías sobre los posibles principios del abuso de la mujer por su marido o pareja masculino. Una de ellas es a base del pensar feminista que postula que la sociedad es patriarcal y que se acepta el uso de la violencia para mantener dominación masculina. Según esta teoría el hombre utiliza la violencia para subordinar a las mujeres porque las mujeres le temen a la violencia. Otra teoría refleja que los hombres causan daño a su pareja reportan sentimientos de impotencia respecto a su pareja. De acuerdo con el estudio de Lenore Walker (1984), esta teoría trata de reconciliar la teoría feminista con la teoría de acondicionamiento social.

Un miembro de la familia que es oprimido u omitido intencionalmente con el fin de someterlo a fuerzas vía lo físico, lo psicológico o sexualmente, está en una relación abusiva. La relación abusiva usualmente es entre parejas sentimentales, o de otros modos cónyuges, y es razón principiante de los problemas en salud pública.

El abuso psicológico es el más amplio de todas las violencias por porque pueden incluir abusos de tipo sexual y físico causando trauma a la víctima. Este tipo de abuso es visto como manipulación entre la pareja. Mujeres señalan que el abuso

verbal, incluyendo la coerción, el aislamiento, la privación, las amenazas, la humillación y la frialdad afectiva, son incluso peor que el abuso físico. Mientras que el abuso físico es episódico, el psicológico es progresivo y se mantienen por plazo largo.

Palermo (2005) expresa que la mujer maltratada es aquella mujer que permanece en una relación donde su pareja la agrede sistemáticamente. El ciclo de la violencia tiene tres etapas sucesivas primordiales. En la primera etapa se incrementa la tensión y la víctima intenta progresivamente tratar agradar al abusador para que no suceda la violencia. Si la violencia sigue este ciclo, la víctima puede enfrentarse con la pareja porque ha visto que la violencia es inevitable. Al hacer esto la tensión cada vez se vuelve mayor. La segunda etapa es donde se inicia la violencia de cualquier forma y siempre es dolorosa. Finalizando el ciclo, el abusador pide perdón a su pareja, por el remordimiento y probablemente dice que jamás sucederá por la realización de un comportamiento positivo. La persona afectada puede sentirse recompensada y lo perdona, creyendo que no va a suceder la violencia de nuevo. Cualquier persona sana piensa que la mejor decisión sería abandonar la relación ya que hay amenaza de violencia, pero no se descarta tan ligeramente. Cinco razones por las cuales la terminación de la relación es cuidadosa son las siguientes: la víctima teme por su seguridad personal y la de otros miembros de la familia tanto como el capital económico y de vivienda; la esperanza de cambio en el perpetrador; creencias personales que la víctima no está dispuesta a cambiar; es la misma familia quien dice que no terminen la relación y la presión de vida en general a veces no deja que se tome la decisión correcta.

En cuanto a la respuesta o solución de este fenómeno social, debe empezar con la comprensión de lo que es la ley concreta y sus consecuencias. Por ejemplo, La ley número 54 del año 1989, Ley para prevención e intervención con la violencia doméstica en Puerto Rico; describe en su tercer capítulo la conducta Delictiva, Penalidades y otras Medidas.

Hay gestiones constructivas en el plan de solucionar este problema según la Organización Panamericana de Salud. Dentro del significado de violencia familiar se expone que este está sustentado en relaciones subjetivas entre las personas. Con base a esto se han elaborado nuevos modelos de gestión centrados en las relaciones familiares. Uno de ellos es el brindar atención integral a la persona y su familia, donde la prevención y la seguridad sean los ejes articuladores de la gestión y de la intervención. Otro modelo de gestión sería concentrarse en la educación social de la comunidad a fin de lograr la cultura de la no violencia y promocionar un comportamiento familiar unido.

Capítulo 2. Metodología de la Investigación

2.1. Paradigma de investigación y tipo de estudio.

Se siguió un diseño no experimental desde un enfoque mixto, con métodos cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de describir las características de la VIF, su influencia en la salud mental de la población perteneciente al CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo entre los meses de Junio y Diciembre del 2013.

Por su complejidad y en función de los objetivos de la investigación esta se dividió en dos etapas luego de la correspondiente revisión bibliográfica de los presupuestos teóricos relacionados con la historia de la VIF y la salud mental en comunidades:

- Etapa 1 exploratorio-descriptiva donde se determinan las familias que sufren VIF en del CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo y su influencia en la salud mental de los miembros de estas.
- Etapa 2 Desarrollo de un modelo probabilístico con técnicas analíticas que permiten determinar la predicción de la repercusión de la VIF en la salud mental del área estudiada.

2.2. Universo, unidad de análisis y muestra.

Se realizó un estudio en el CMF-17 del Policlínico “Juan B. Contreras Fowler” de Ranchuelo, situado en la Calle Armando Machado entre Coronel Acevo y Panchito Gómez, zona rural. Constituido en su mayoría por obreros agrícolas y técnicos medios.

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de las familias (703, incluye a 2812 personas) que conviven en la comunidad en estudio.

Se realizó un muestreo simple aleatorio para extraer una muestra probabilística del 30 % de la unidad de la población por lo que la muestra quedó integrada por 211 familias (incluye a 978 personas).

2.3. Operacionalización de las variables.

Variables socio demográficas:

Sexo: Según sexo biológico de pertenencia: Masculino o Femenino.

Clasificación estructural de la familia: Según Louro (2001). Criterios que recoge el libro Temas de Medicina General Integral

1. Por el número de miembros que da lugar al tamaño de la familia:

- Familia grande: Más de 6 miembros.
- Familia mediana: Entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: Entre 1 y 3 miembros.

2. Por la ontogénesis de la familia:

- Familia nuclear: Presencia de hasta dos generaciones padre e hijos, matrimonio con hijos o sin ellos y hermanos solos.
- Familia extensa o extendida: Presencia de hasta dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella.
- Familia mixta o ampliada: Cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras. Puede incluir otros parientes o amigos.

VIF: Para su identificación se toma el cuestionario validado por Muñiz, Jiménez y Ferrer (1996), que se adjunta al cuestionario para adultos, en el momento de aplicarse.

Variables relacionadas con los factores de riesgo de la VIF

Enfrentamiento a las etapas críticas del desarrollo: Enfrentamiento a las rabietas, crisis de autoconciencia y la adolescencia, por perturbación en la comunicación: Adecuado: Desarrollo de los vínculos tempranos, fomento y apoyo a la lactancia materna, conocimiento de las etapas del desarrollo, estimulación psicomotora afectiva y social, no violencia para la solución de los conflictos, balance entre libertad y seguridad, adaptación y rendimiento escolar, educación sexual, reforzar

la autoestima, desarrollo de capacidades de comunicación (según los datos de la historia de salud familiar).

Inadecuados: Ausencia o actitudes contrarias.

Ruptura de pareja: Divorcio legal según el registro civil de la República de Cuba, la ruptura de una unión consensual de más de un año: Ruptura actual y anterior.

Separación por períodos largos: Misiones de trabajo o estudio. Preparación fuera del país o ciudad por más de tres meses. Se incluyen los oficiales que hacen vida de unidad por encontrarse destacados en lugares distantes del lugar de residencia.

Abuso del alcohol: Clasificación propuesta por González (1993), que asume los criterios de cantidad, frecuencia, nocividad, esclavitud y etiqueta; la misma es sistemática e integra categorías epidemiológicas, patogénicas, noseográficas y evolutivas en un amplio espectro de situaciones relacionadas con el consumo de alcohol.

En ella se plantean las siguientes categorías:

1. Abstinente
2. Bebedor social
3. Bebedor riesgo
4. Consumo perjudicial
5. Dependiente alcohólico.

Se evalúa como conducta anormal ante el consumo del alcohol el cuarto y quinto rangos y se incluye el tercero (Bebedor riesgo, conducta transicional) en aquellas personas en las que se registran conflictos familiares por su relación directa con el tema de la investigación (Variable que se operacionaliza más adelante).

Padres con abuso del alcohol: Uno o ambos padres con los criterios de abuso de alcohol propuestos para esta investigación.

Conflictos familiares: Según López, Cepero, Pineda, et al. (2006) es la categoría que agrupa la proporción de desacuerdo familiar en: la toma de decisiones inadecuadas, cuidado de cosas personales, consumo y uso del dinero; falta de respeto, violación del espacio vital, riñas, malas relaciones intergeneracionales.

Conducta de los padres hacia los adolescentes: De acuerdo a López (2006) es el constructo que agrupa la proporción de: críticas, estímulo a las conductas positivas, discusiones. Actitudes de los padres (sobrepotección, permisividad, exceso de ansiedad, rechazo, exceso de autoridad, identificación, perfeccionismo y exceso de crítica). (Adecuado o Inadecuado).

Tareas domésticas: Proporción de la participación de la pareja y otros miembros de la familia de manera conjunta en las labores del hogar tales como: lavado y planchado de la ropa, limpieza del domicilio, labores de cocina (comparten o no comparten).

Privacidad: Presencia o no de un espacio íntimo para las relaciones de pareja

Disfrute de las relaciones de pareja: Percepción individual o no de placer en la relación íntima.

Familiares que ingieren bebidas alcohólicas: Presencia o no de personas ligadas genéticamente, por reglas de comportamiento o por funcionamiento dinámico que ingieren bebidas alcohólicas.

Factores sociales relacionados con el alcohol: Según Sandoval y Hernández (2004a) es la cantidad y por ciento de mensajes mediáticos y mitos que marcan pautas de conductas, costumbres, valores y usos traducidos en los modos de vida, las normas y valores de trascendencia social.

Rechazo familiar: Percepción de la persona de sentirse o no rechazado por sus familiares.

Rechazo de la pareja: Percepción individual de sentirse o no rechazado por su pareja.

Agresión verbal: Concepto que agrupa la cantidad y por ciento de frases ofensivas o tono de voz inadecuado contra un miembro de la familia.

Agresión física: Concepto que agrupa la proporción de golpear, empujar, lanzar objetos, tirar del pelo u otras acciones que implican un daño físico.

Trastornos de adaptación: Otero, Rabelo, Echazábal, et al. (2008) plantean que es el concepto que agrupa a personas con una afectación funcional de nivel neurótico que no tienen la trascendencia de las valoradas en las reacciones a estrés agudo o trastornos de estrés post – traumático, pues se trata de cambios biológicos significativos o eventos vitales no catastróficos, pero dichos factores precipitantes se vinculan estrechamente con las manifestaciones psicopatológicas con menos de dos años de evolución con sus diferentes formas clínicas.

Trastornos neuróticos: Otero, et al. (2008) señalan que es el concepto que agrupa a pacientes con enfermedad psiquiátrica funcional relativamente benigna caracterizada por el desarrollo endeble de la personalidad que facilita la expresión desproporcionada de ansiedad ante contingencias ambientales poco trascendentes. Afecta, por lo general en forma discreta, la adaptación creadora al medio y tiene, casi siempre, un desarrollo crónico con etapas de mejoría y agudización en un período mayor de dos años con manifestaciones psicopatológicas de las diferentes entidades nosológicas.

2.4. Métodos empleados en la investigación.

En el desarrollo de la investigación se emplearon métodos teóricos, empíricos y matemáticos.

Los **métodos teóricos** que se emplearon fueron los siguientes: el histórico – lógico, el analítico – sintético, el inductivo – deductivo y el sistémico estructural.

- El histórico – lógico permitió realizar el estudio de la caracterización del objeto de la investigación.
- El analítico – sintético admitió la sistematización de las principales ideas alrededor del problema científico que se aborda.
- El inductivo – deductivo permitió generalizar las particularidades que adopta la VIF.

- El sistémico – estructural permitió lograr un carácter integral durante el desarrollo de la investigación y fundamentalmente en la determinación de la repercusión de la VIF en la salud mental de la población en estudio.

Los **métodos empíricos** permitieron la recopilación de la información relacionada con el dato primario y fueron un total de tres formularios:

- Test de VIF. (Anexo 2).
- Prueba de percepción de funcionabilidad familiar. (Anexo 3)
- Cuestionario para adultos conviventes. (Anexo 4).

Test de VIF (VIF) (Anexo 2)

Descripción: Se utiliza la encuesta VIF validada por Muñiz, et al. (1996). Identifica la VIF. Define sus tipos, frecuencia, por quién y sobre quién se ejerce. Determina presencia de afecciones psiquiátricas, consumo de drogas y/o medicamentos por el victimario, y la conducta seguida ante la violencia que complementan los ítems del cuestionario para adultos.

Material: Protocolo. Consta de 11 ítems.

Procedimiento: El cuestionario se responde de manera individual y sus datos se incorporan a la información primaria.

Prueba de percepción de funcionabilidad familiar FF-SIL (Anexo 3)

Descripción: Prueba que mide la percepción del funcionamiento familiar validada por De la Cuesta, Pérez, Louro, et al. (1996). Su aplicación es con el fin de obtener el funcionamiento de las familias en estudio.

Material: La prueba consta de 14 ítems. Los miembros de la familia deberán valorar y evaluar de manera individual la frecuencia en que ocurren estas afirmaciones en el contexto familiar.

Procedimiento: Se presenta una escala de tipo Likert donde aparecen cinco frecuencias. Se le dan las orientaciones a los sujetos para que comprendan las instrucciones dadas. El llenado de la prueba es individual y de manera anónima.

Familia funcional	70 a 57 Puntos
Familia moderadamente funcional	56 a 43 Puntos
Familia disfuncional	42 a 28 Puntos

La evaluación y la obtención de los datos primarios se realizan por el investigador según los criterios de los autores de la prueba.

Calificación: Se realiza teniendo en cuenta la puntuación final obtenida de la suma de los puntos por ítems que permite clasificar a la familia en cuatro tipos:

Cuestionario para adultos (Anexo 4)

Descripción: Elaborado por la autora de esta investigación, siguiendo en las preguntas los criterios de Núñez de Villavicencio (1987), para obtener y registrar información primaria acerca del comportamiento de los factores de riesgo de la salud mental, previa revisión de la historia de salud familiar.

Material: El cuestionario consta de 64 ítems donde el miembro de la familia mayor de 18 años de edad responderá según su criterio a cada pregunta.

Procedimiento: La investigadora ofrece las orientaciones para la comprensión del llenado de la misma, se entrega al sujeto que la responda de manera individual. La información primaria obtenida se incorpora a la base de datos.

Los **métodos estadísticos** incluyeron métodos descriptivos siguientes:

➤ Métodos descriptivos:

- ✓ Análisis porcentual.
- ✓ Prueba exacta de Fisher para medir asociación entre variables.
- ✓ Estimación del riesgo relativo a través de la razón de productos cruzados para medir el grado de asociación entre variables.

➤ Métodos analíticos:

- ✓ Regresión logística y árbol de decisiones para determinar los predictores de los síntomas de afectación de la salud mental en la comunidad en estudio.

2.5. Procedimiento.

Para iniciar el estudio se aplicó un cuestionario diseñado para el consentimiento informado (Anexo 1) de los pacientes seleccionados para el estudio. Los que aceptaron se les aplicó un muestreo simple aleatorio en el cual a cada elemento o unidad de la población (familia) se le asignó un número único, y a partir de este listado se hizo un sorteo seleccionando los casos hasta llegar al tamaño deseado de la muestra probabilística que fue del 30 % del total de familias incluidas en la población en estudio.

Una vez seleccionada la muestra se aplicó el cuestionario (Anexos 2 al 4), con el objetivo de obtener el dato primario.

El llenado y evaluación de los formularios estuvo a cargo de la investigadora.

Para dar salida al objetivo específico de identificar la VIF y sus características sociodemográficas se determinó la distribución de las familias estudiadas según la cantidad de miembros y su ontogénesis así como su relación con la VIF.

Para dar salida al objetivo específico de definir la influencia de la VIF en la salud mental de los miembros de dicha familia se determinó los tipos de violencia, sus factores asociados y los síntomas de alteración de la salud mental encontrados.

Para dar salida al objetivo específico 3 y con ello enunciar los factores predictores de los síntomas de afectación de la salud mental se realizó una regresión logística y árbol de decisiones buscando el mejor modelo predictivo posible.

Con la triangulación de los resultados se determinaron los factores predisponentes y la influencia de la VIF en la salud mental de los pobladores de dicha comunidad con lo que se le da respuesta al objetivo general.

2.6. Análisis y procesamiento estadístico de los datos.

Los datos recogidos en el Test de VIF (Anexo 2), Prueba de percepción de disfunciones familiares (FF-SIL) (Anexo 3) y el cuestionario diseñado (Anexo 4) fueron registrados en un archivo de datos creado al efecto sobre el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 13.0 para ser procesados de forma automática y determinar la VIF así como la asociación de la misma a los subtipos los trastornos de la salud mental a través de la prueba de Chi-cuadrado.

Los niveles de confiabilidad en esta prueba se fijaron según el valor de la significación asintótica (p) como sigue:

p igual o mayor a 0,05 no existe asociación significativa.

p menor a 0,05 y mayor a 0,01 existe asociación significativa.

p igual o menor a 0,01 existe asociación muy o altamente significativa.

Para determinar el grado de asociación que existió se calculó el Odds Ratio (OR) o razón de productos cruzados para lo cual se utilizó el procesador de Evaluación Epidemiológica de Datos Tabulados (EPIDAT) versión 3,0.

El nivel de confianza para ambas pruebas se fijó al 95 %.

Posteriormente se realizó una regresión logística multivariada de los factores relacionados con la aparición de síntomas de afectación de la salud mental con el objetivo de modelar cómo interviene la probabilidad de aparición de los trastornos de la salud mental y la influencia o no de la VIF (factor de confusión), así como por su utilidad para la estimación de una mayor probabilidad de aparición de los trastornos de la salud mental al ser relacionado con más de dos categorías (factores relacionados) y establecer el procedimiento estadístico de las posibles interrelaciones entre las variables obteniéndose el modelo predictivo.

Las variables que integran la regresión logística son: VIF, disfunción familiar y abuso del alcohol. Dichas variables previamente reconocidas como factores relacionados integran la ecuación pronóstica, que permite estimar con una alta

probabilidad que los trastornos de la salud mental tengan lugar (modelo predictivo), aplicando las formulaciones de la regresión logística.

$$P_{|Y=1|} = \frac{1}{1 + e^{-\beta_0 - \beta_1 X}} \quad (\text{Fórmula general})$$

Dónde:

β_1, β_2, \dots Coeficientes de regresión (variables que integran la regresión logística).

e – Euler

Y – Individuo

X – Sujeto

β_0 – Constante de intersección

Logit $P (Y=1) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_n X_n$ (Fórmula que integra a las variables).

Concluido el procesamiento de los datos se recogen gráficos con sus tablas de datos y el diagrama de la regresión logística lo que posibilita su lectura e interpretación cuidadosa y permite brindar información inferencial.

Se utilizó el editor de textos Microsoft Word versión 2003 para la confección del informe final de la investigación y publicación de los resultados de la misma.

Para la presentación pública de los resultados se utilizó el Microsoft Power Point versión 2003.

2.7. Consideraciones bioéticas.

La investigación se realizó conforme a lo descrito en el proyecto inicial y cumpliendo con los principios éticos de las investigaciones en humanos, según Mundial (2008), recogidos en la Declaración de Helsinki y revisiones.

Capítulo 3. Análisis de los Resultados

3.1. Identificación de la VIF y sus características sociodemográficas.

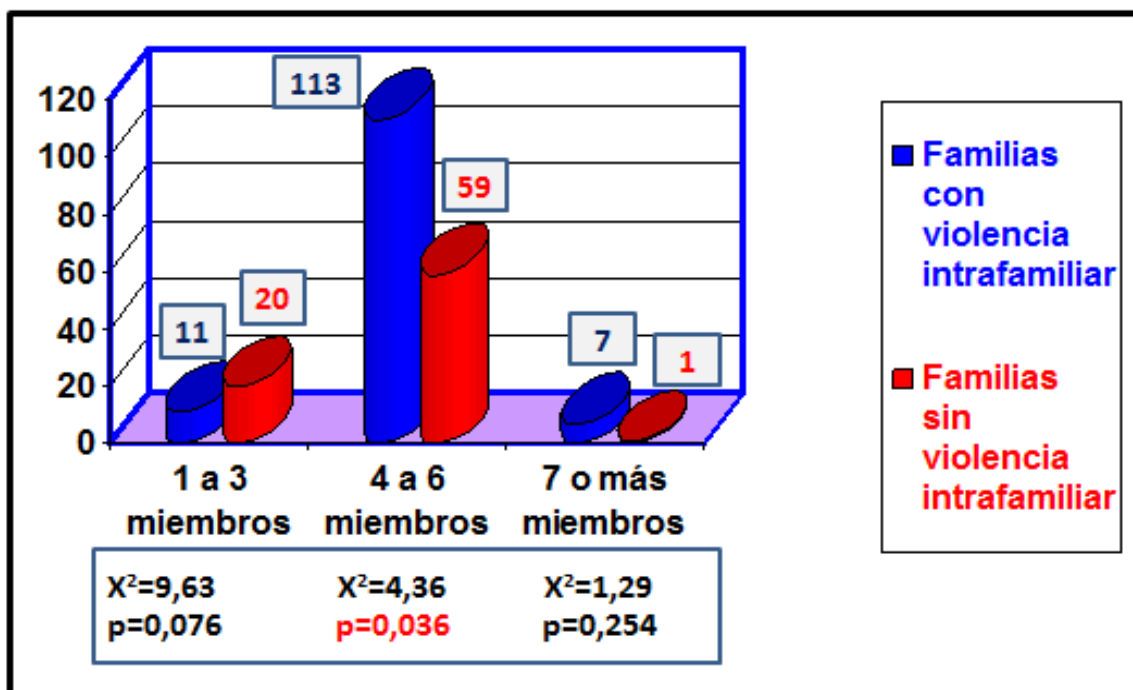


Gráfico 1: Distribución de las familias estudiadas según la cantidad de miembros.

En el Gráfico 1 se muestra la distribución de las familias estudiadas, que quedaron incluidas en la muestra, según la cantidad de miembros. En esta población 131 familias presentaron VIF (62 % de las 211 familias de la muestra) en este grupo se encontró que 113 de ellas tienen de 4 a 6 miembros –medianas– (86,2 %), seguido de las 11 familias con 1 a 3 miembros –pequeñas– (8,3 %) y por último las 7 familias de 7 o más miembros –grandes– (8,3 %). Similar distribución pero con diferentes porcentajes se presentó en el grupo de las 80 familias sin VIF (38 % de las 211 de la muestra), aquí hubo 59 familias con 4 a 6 miembros (73,7 %), 20 familias con 1 a 3 miembros (25 %) y 1 familia de 7 o más miembros (1,2 %).

Al revisar la distribución de los convivientes se encontró que en las 131 familias que presentan VIF conviven 608 personas y en las 80 donde no se encontró violencia conviven 370 personas.

En los resultados expuestos en este gráfico, también se aprecia que en las familias medianas existió un total de 172 familias, de ellas 113 presentan elementos de VIF (65,6 % de ese grupo) mostrando asociación significativa ($p = 0,036$) entre este tipo de familia y la VIF, al estimar el riesgo relativo se apreció que existe 2,2 veces más probabilidad de desarrollar VIF cuando se convive en este tipo de familia (con un Intervalo de Confianza de 1,10 – 4,51). Para las familias pequeñas y grandes no se obtuvo asociación significativa ($p = 0,076$ y $p = 0,254$ respectivamente).

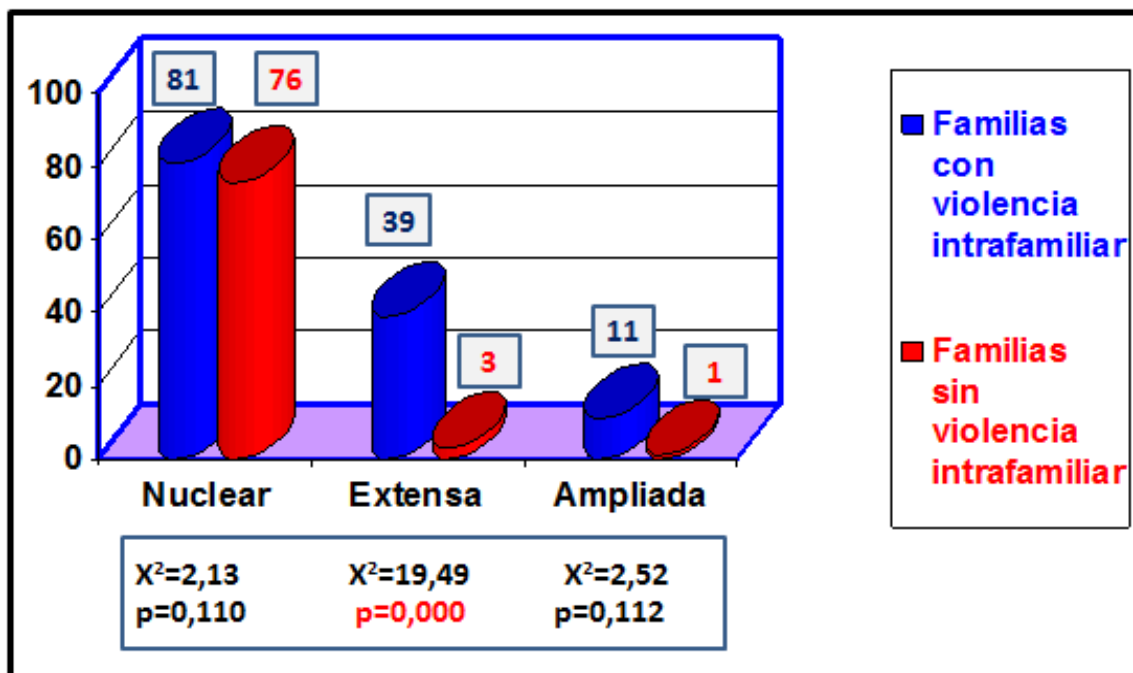


Gráfico 2: Distribución de las familias estudiadas según la ontogénesis.

El Gráfico 2 presenta la distribución de las familias estudiadas según la ontogénesis. En el grupo de 131 familias con VIF se encontró una distribución de la ontogénesis con predominio de las nucleares con 81 familias (61,8 %), seguido de 39 familias extensas (29,7 %) y 11 familias ampliadas (8,3 %); en el grupo de

las 80 familias sin VIF se presentó un porcentaje más amplio en las nucleares con 76 familias (90,9 %), a continuación y con porcentajes bajos estuvieron 3 familias extensas (6,8 %) y 1 familia ampliada (2,2 %).

En la valoración de la significación estadística de los resultados por tipos de familia representados en este gráfico se apreció que en las familias nucleares existió un total de 157 familias de ellas 81 presentaron VIF (51,5 % de esa clase) lo que demuestra una distribución equitativa para ambas categorías sin que se encontrara asociación significativa entre estas dos variables estudiadas ($p = 0,110$). Diferente situación se encontró en las familias extensas de las cuales el 92,8 % (39 de 42) conviven con la VIF mostrándose asociación altamente significativa ($p = 0,000$) entre este tipo de familia y la VIF, en la estimación del riesgo relativo se apreció que existe 10,8 veces más probabilidad de desarrollar VIF cuando se convive en este tipo de familia (con un Intervalo de Confianza de 3,23 – 36,58). Para las familias ampliadas tampoco se apreció asociación significativa ($p = 0,112$).

Los resultados que ofrecen ambos gráficos acorde a los tipos de familias estudiadas traducen que se trata de una población relativamente joven y en edad reproductiva. Ello no se corresponde con los datos del anuario de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba, versión 2006 pues Cuba posee una población envejecida que ha incrementado su expectativa de vida; sin embargo, si se corresponde con Sandoval y Hernández (2004b), Ramis (2005), Duany y Ravelo (2005) y Ortega, Osorio y Fernández (2003) donde aseguran que para poblaciones con características socio – demográficas como esta donde existe una relación de masculinidad de 4 hombres por cada 3 mujeres

Es opinión de esta autora los gráficos muestran que las familias estudiadas, en su mayoría poseen condiciones demográficas para ser económicamente activas y mantener una interacción social. Significa que al enfrentar comunidades de este tipo se podrá encontrar de manera frecuente estos atributos como elementos para estudios e intervenciones posteriores y poblaciones como esta podrán ser

influenciadas para cambios sustanciales en los modos y estilos de vida por el Grupo Básico de Trabajo y el Equipo de Salud Mental.

La Oficina Nacional de Estadísticas (2006) asegura que la pirámide poblacional cubana, ilustra que en los hogares generalmente hay un solo hijo. Las nuevas parejas tienen una mayor motivación en disminuir el número de hijos y reducir el tamaño de la familia, esto coincide con el estudio que se presenta.

La investigación asume que las características de la familia cubana están dadas por la disminución en los niveles de fecundidad y el descenso de la mortalidad. Díaz, Peralta, López, et al. (2006) apuntan que ello provoca importantes variaciones en la estructura por edades, con un aumento de la población de ancianos. La nupcialidad en Cuba ha cambiado en cuanto al rejuvenecimiento, en el momento de la unión, esto reduce el número de hijos que disminuye el tamaño promedio de la familia. Según la Oficina Nacional de Estadísticas. (2006), en los hogares la mayoría de los jefes son hombres y los dirigidos por mujeres presentan una tendencia creciente que obedece a los cambios dentro de la sociedad y el incremento de las tasas de divorcio. El tipo de hogar más frecuente es el nuclear, seguido del extendido. Los primeros dirigidos por hombres activos y casados; los segundos por mujeres sin ocupación y sin vínculo marital. Existe dificultad en la formación espontánea de unidades nucleares por el nuevo contexto psico – social que ha creado modos y estilos de vida diferentes donde las personas han variado su concepción acerca de la familia y predominan las uniones consensuales, pero el nuevo tipo de familia no abandona las formas tradicionales de funcionamiento.

De acuerdo con Cepero, Verdecia, López, et al. (2006), en lo referente a la relación de estructura, ontogénesis y violencia se reconoce que la violencia familiar o doméstica es un tipo de abuso. Implica lastimar a alguien, por lo general un cónyuge o una pareja, pero también puede ser un padre, un hijo u otro familiar. La violencia doméstica es un problema muy serio. Es una causa común de lesiones. Las víctimas pueden sufrir lesiones físicas y emocionales relacionadas

con depresión, ansiedad o aislamiento social. Es difícil conocer con exactitud la incidencia de la violencia doméstica, ya que frecuentemente las personas no la denuncian. No existe una víctima típica. Ocurre entre personas de todas las edades. Afecta todos los niveles de ingresos y de educación.

En Cuba, como política del estado, pone en función de la familia todos los recursos necesarios para brindar atención prioritizada, en distintos programas de educación y salud, que garantizan la adecuada calidad de vida y mejoramiento de la condición humana. Kelley, Finkel, y Ashby (2003) apuntan que es una oportunidad para reflexionar y abordar este fenómeno, no solo para salvar vidas, sino para erradicarlo definitivamente de la sociedad.

Esta investigadora, en una monografía sobre la salud familiar de Cepero, et al. (2005a), señala que dicha situación implica la posibilidad de aparición de conductas violentas y patrones inadecuados de educación y crianza que dan al traste con características de personalidad no saludables por la atención desmedida para un único hijo o lo contrario.

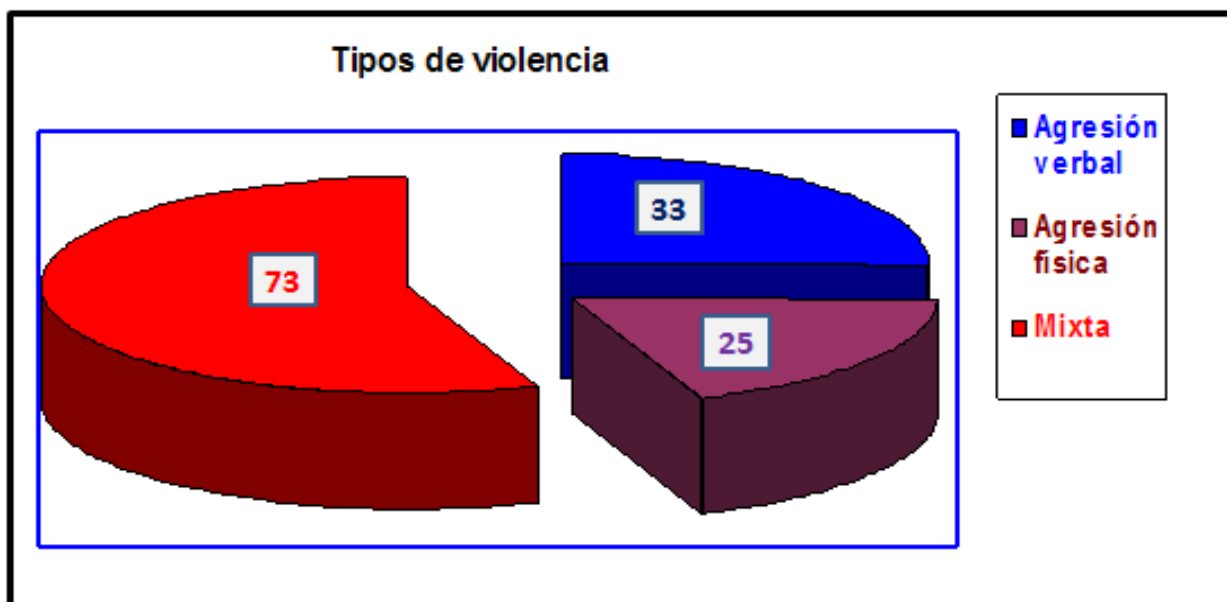


Gráfico 3: Distribución según el tipo de violencia.

En el Grafico 3 se muestra la distribución según el tipo de violencia en las 131 familias que la presentaron. En un total de 33 familias (25,1 %) se expresó únicamente la agresión verbal, en 25 (19 %) solamente la física y en 73 (55,7 %) mixta. Si se desglosa este último acápite para ver la total expresión de los tipos de violencia se muestra 106 familias –incluyendo las 33 puras y las 73 mixtas– (80,8 %) donde se produce agresión verbal y 78 (74,7 %) con agresión física.

En correspondencia a los datos presentados en este gráfico, una monografía de esta autora y según Acosta (2007); Kelley, et al. (2003) y Pérez (2007) donde relacionan que la agresión física está precedida en ocasiones por años de violencia psicológica, referida a despreciar a la pareja, insultarla de tal manera, que esa persona maltratada psicológicamente ya cree que esos golpes son los merecidos. Difícil es convencer a una paciente de que vaya a pedir auxilio cuando cree que no lo necesita. Dentro de estas manifestaciones de violencia psicológica que preceden hasta el 80 % de las agresiones físicas se pueden incluir el abuso verbal (rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir), amenazas (de herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños), desprecio (tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro) y la intimidación (asustar con miradas, gestos o gritos).

Esta investigadora asume que la violencia psicológica se detecta con mayor dificultad. Quien ha sufrido violencia física tiene huellas visibles y puede lograr ayuda más fácilmente. Sin embargo, Pérez (2007) considera que a la víctima que lleva cicatrices de tipo psicológicas le resulta más difícil comprobarlo. También se dificulta comprobar, por ejemplo, la habilidad manipuladora del esposo que presenta a su esposa como exagerada en sus quejas o simplemente como loca.

Otro aspecto estudiado es la agresión física que puede comenzar sin violencia; o sea, con descuido, lo que incluye el no satisfacer las necesidades de intimidad física que tiene la víctima. De acuerdo con Jiménez, Hidalgo, Ulloa, et al. (2006), cuando el abuso cruza la línea hacia la violencia franca, puede comenzar con asaltos relativamente menores tales como pellizcando o apretando. Cada vez que se repite el abuso, se vuelve más violento y es más directo; o sea, dirigido a una

parte del cuerpo como el torso donde las lastimaduras no sean tan visibles. La violencia ha sido estudiada incluso en el marco bioético por las implicaciones legales que han enmarcado al devenir histórico de esta conducta.

En la investigación que se presenta las agresiones físicas tampoco superan a las verbales. Ofensas, humillaciones y amenazas son las más sobresalientes, coincidiendo con investigaciones realizadas en Cuba las cuales revelan que la problemática no es tan alarmante y dramática como en otros países. Las agresiones más comunes van desde los insultos, los gritos, el desprecio, el encierro y las privaciones económicas en más del 60 % de los casos de violencia en las series revisadas, hasta los golpes en la cara, la violación y el abuso sexual (30 %). Jiménez, et al. expone que cuando las agresiones son constantes destruyen paulatinamente a las personas y empiezan a sentir que no valen nada, dejan a un lado su vitalidad, creatividad, capacidad para relacionarse y disminuyen su grado de autoestima. No hablar, callar, ocultar es la tentación de las que sufren. Aun cuando para las cubanas estas situaciones pueden resultar inauditas porque se goza de todos los derechos y se tienen leyes que amparan al respecto.

En Cuba, la existencia de la violencia en todas sus manifestaciones comienza a mostrarse estadísticamente. Por ello de conjunto la medicina familiar y la psiquiatría comunitaria deben replantearse acciones más enérgicas con relación a esta situación que afecta a la familia.

Esta autora asume criterios como los de Vidal, Acosta y Galindo (2004) que consideran con alto riesgo a aquellos que presentan un perfil psicológico denominado "comportamiento problema", caracterizado por tendencia a la agresividad con énfasis en la independencia personal y tendencia a actividades relacionadas con los accidentes, uso de drogas, alcohol y promiscuidad. Existe una estrecha relación entre el proceso de alcoholización con diferentes manifestaciones de crisis reflejada en los casos de muertes violentas, suicidios, accidentes de tránsito, accidentes laborales, violencia hogareña, asociación a otras drogadicciones, elementos no encontrados en esta investigación.

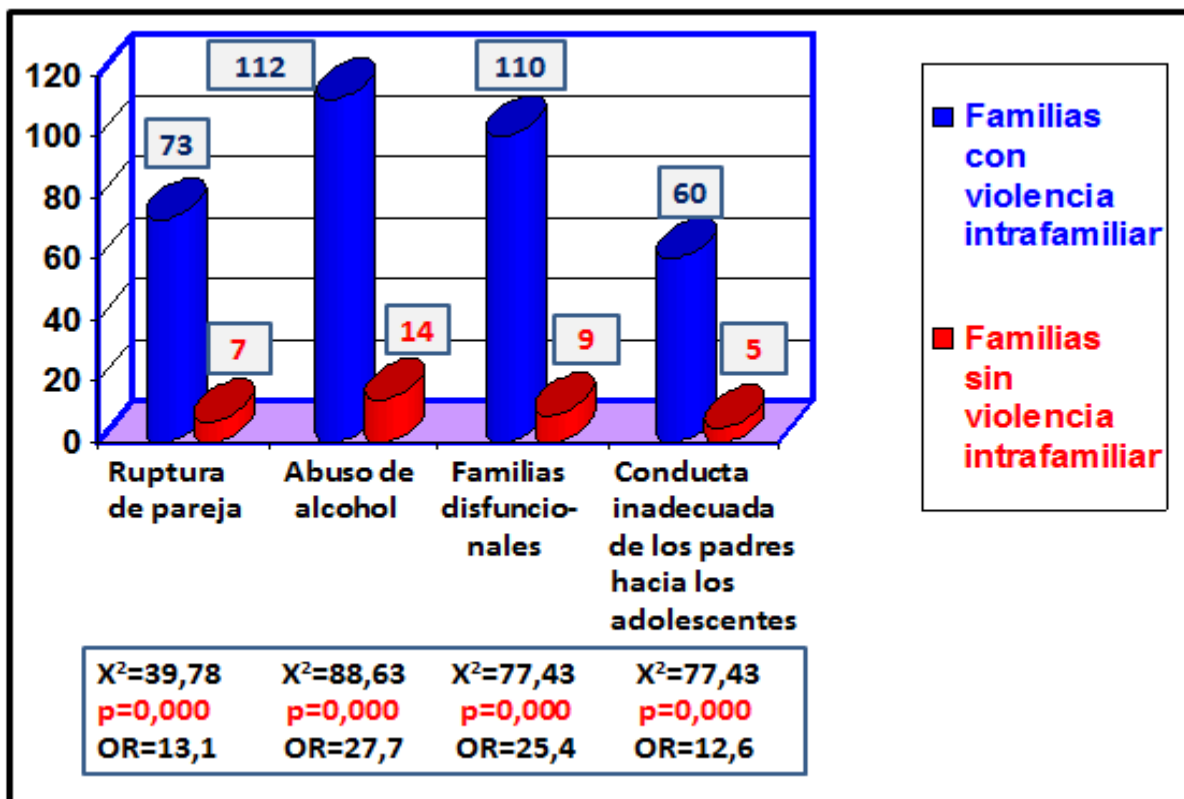


Gráfico 4: Factores asociados a la violencia intrafamiliar.

En el Gráfico 4 se estudian los factores asociados a la VIF en él se presentan cuatro secciones de barras que se relacionan con los factores de mayor valor porcentual, entre ellos la ruptura de parejas, el abuso del alcohol, las disfunciones familiares y la conducta inadecuada de los padres hacia los adolescentes.

En la sección de barras referida a la ruptura de parejas se puede apreciar que 73 de las 131 familias donde existe VIF (55,7 % de ese grupo) hubo ruptura de pareja, diferente correlación se apreció en aquellas familias sin violencia donde solo 7 de las 81 de esa clase (8,7 %) presentaron este factor mostrándose asociación altamente significativa ($p = 0,000$) entre este y la VIF, en la estimación del riesgo relativo a través del OR se apreció que existe 13,1 veces más probabilidad de desarrollar VIF en hogares donde se produce rupturas de parejas (con un Intervalo de Confianza de 5,61 – 30,66).

La segunda sección ocupa al abuso del alcohol y se puede apreciar que en el grupo de las familias que padecen de VIF en 112 de esas 131 familias en las cuales uno de sus miembros abusa del alcohol (85,4 % de ese grupo) mostrándose asociación muy significativa ($p = 0,000$) entre el mismo y la VIF, en la estimación del riesgo relativo se apreció que existe 27,7 veces más probabilidad de desarrollar VIF cuando se convive en este tipo de familia (con un Intervalo de Confianza de 13,06 – 59,08). Lo contrario ocurre en las familias en las que no hay violencia de las cuales solo el 17,5 % sufre abuso del alcohol por alguno de sus miembros.

La tercera sección de barras presenta las disfunciones familiares. Al evaluar la correlación entre estas dos variables se encontró que en las familias con violencia el 76,3 % eran familias disfuncionales y en las que no existe violencia sucede el fenómeno inverso pues solo el 11,2 % de ellas eran disfuncionales. En el análisis estadístico de esta sección se arrojó una asociación muy significativa ($p = 0,000$) entre las familias disfuncionales y la VIF, en la estimación del riesgo relativo se apreció que existe 25,4 veces más probabilidad de desarrollar VIF cuando se convive en familias disfuncionales (con un Intervalo de Confianza de 11,41 – 56,75).

La última sección de barras del gráfico muestra la conducta inadecuada de los padres hacia los adolescentes en la cual el 45,8 % de las familias muestra VIF. La misma va acompañada de esta conducta inadecuada de los padres hacia los adolescentes mostrándose asociación altamente significativa ($p = 0,000$) entre este tipo de conducta y la VIF. En la estimación del riesgo relativo se apreció que existe 12,6 veces más probabilidad de desarrollar VIF cuando se convive en este tipo de familia (con un Intervalo de Confianza de 4,81 – 33,38). En el acápite de las familias sin VIF solo el 6,2 % tienen este tipo de conducta.

Al comparar los resultados del gráfico con lo publicado en la literatura especializada se plantea que en una familia con problemas, los conflictos se asocian a deficiencias en la interacción y comunicación entre sus miembros. Estos conflictos y eventos son los de mayor relación con la VIF en esta investigación.

Otros estudios de Louro (2005); Valente & Wight (2007) y Ortiz, Louro, Jiménez, et al. (1999), relacionados con la caracterización socio – demográfica y su condición disfuncional están asociados con condiciones materiales limitadas, con la estructura multigeneracional y con riñas intramatrimoniales e intergeneracionales. Oblitas (2006) manifiesta que las familias disfuncionales tienen un 70 % de incidencia de enfermos crónicos con pobre control de sus enfermedades; las mujeres no planifican su reproducción; los hogares concentran los problemas en el alcoholismo, la conducta antisocial, la promiscuidad, la conducta suicida y métodos incorrectos de crianza. Alguno de estos conflictos como el abuso del alcohol y los métodos incorrectos de crianza, sobre todo en la adolescencia también se describen en los resultados de la investigación que analiza esta tesis.

Muñiz, et al. (1996) plantea que por su efecto desinhibidor el consumo de alcohol en su estudio tuvo una asociación significativa con la violencia. Estadísticamente se vincula al 50 % de los actos de violencia doméstica, aspecto sobresaliente como factor de riesgo en este trabajo.

La investigación de Ortiz (1999) incluye la VIF y crisis provocada por eventos y conflictos sobresalientes, está relacionada con salidas del país y divorcio en un 48 % de los casos, lo que se traduce en el desmembramiento. El divorcio también es un factor de riesgo en este estudio.

Dagmar, Víctor, Clara, et al. (2005) refieren que la tasa de divorcio en Cuba ocupa el primer lugar entre los países de América Latina y el Caribe. Se puede distinguir que una de cada tres familias ha sufrido crisis de desorganización.

Los resultados en la aplicación de la prueba FF-SIL en la muestra que se estudia en el presente trabajo denotan dificultades en la cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol y permeabilidad, expresado en las familias disfuncionales. Louro (1996) esboza que al compararla con su utilización en un grupo de familias de un Equipo de Salud en otro tipo de comunidad se muestra que la disfuncionabilidad familiar (vista en el 67 % de esa muestra) tiene sus causas en los bajos ingresos, hacinamiento, condiciones de vida desfavorable, divorcio, emigración, alcoholismo y enfermedades psiquiátricas.

Los puntos coincidentes de esta tesis con ese estudio, además de la incidencia de disfuncionabilidad diagnosticada por la prueba, expresan que las dificultades en las dimensiones están, entre otras, en el abuso de alcohol y la ruptura de pareja.

La funcionabilidad estudiada en una población de la provincia de Cienfuegos según Ortega, et al. (2003) utiliza el APGAR familiar que tiene 76 % de disfunción, muy similares a los de esta investigación.

En opinión de esta autora estos conflictos que forman parte de las crisis paranormativas no relacionadas con el ciclo vital de la familia demuestran lo necesario de acciones en la atención primaria de salud con la presencia oportuna de las redes de apoyo social en interés de la comunidad.

3.2. Influencia de la VIF en la salud mental de los miembros de las familias estudiadas.

En la introducción de este epígrafe es preciso esclarecer que en todas las familias donde hubo violencia hay afectaciones de al menos un miembro con síntomas de afectación de su salud mental.

La distinción entre enfermedad y salud mental resulta polémica. En nuestro criterio, ambos constructos constituyen los polos positivos y negativos de un continuo que representa un proceso dinámico de la interacción del sujeto con su entorno. Este proceso está multideterminado por variables de diversa naturaleza: biológicas, psicológicas y sociales.

El concepto de 'salud mental' dado por Casullo (2008) confirma esta idea anterior, "podría decirse que la salud mental consiste en el aprendizaje de la realidad para transformarla a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de conflictos, tanto internos del individuo como los que se dan entre él y su medio. Cuando dicho aprendizaje se perturba o fracasa en el intento de su resolución, puede comenzarse a hablar de enfermedad". En sentido similar, Pichón Riviere apunta: "La salud mental se concibe como la capacidad de mantener con el mundo relaciones dialécticas y transformadoras que permitan resolver las contradicciones internas del individuo y las de éste con el contexto social".

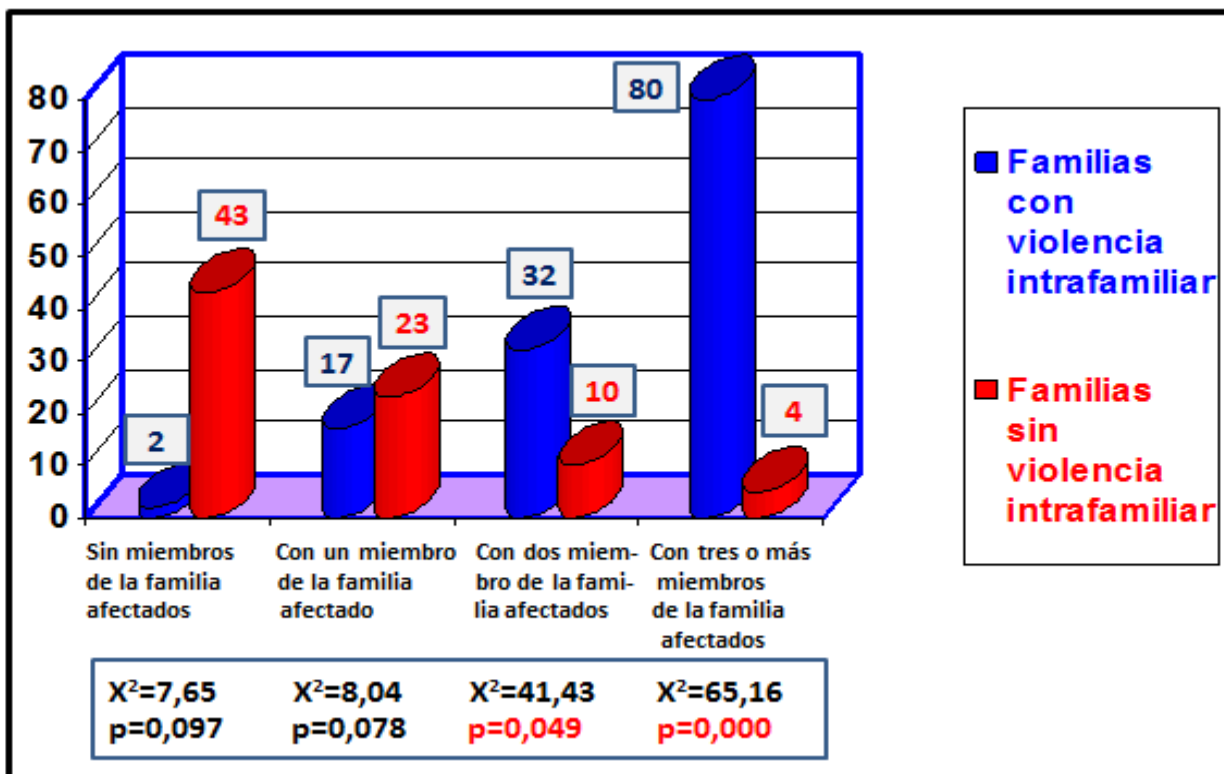


Gráfico 5: Cantidad de miembros de las familias afectados.

En el Gráfico 5 se presentan la distribución de la cantidad de miembros afectados por síntomas de afectación de salud mental. El gráfico está dividido en cuatro secciones de barras, en la primera se presenta las familias donde ninguno de sus miembros aquejaba síntomas de afectación de salud mental aquí solo el 1,5 % de los que conviven con VIF contrario a lo que ocurre en las familias donde no existe este mal, de las cuales en el 53,7 % de ellas ninguno de sus miembros padece síntomas relacionados con afectación de la salud mental.

En la segunda sección se presentan las familias en las cuales uno de sus miembros sufre síntomas relacionados con afectación de la salud mental. En este acápite la distribución es similar en ambos tipos de familia pues en las familias con VIF el 12,9 % convive un miembro de ella con este tipo de síntomas y en las que no tienen violencia el 17,5 % clasifica dentro de esta clase.

En la valoración de las siguientes dos secciones del gráfico los resultados estadísticos muestran las familias en las cuales dos de sus miembros afectados presentan síntomas relacionados con daño a la salud mental. Se apreció que en las familias que presentaron VIF existió un total de 32 personas con esta afección (24,4 % de esa clase) por 10 en las familias no violentas (12,5 % de ellas) lo que demuestra una asociación significativa entre estas dos variables estudiadas ($p = 0,049$) por lo que se estimó un riesgo de 2,2 veces más probabilidades de que más de un miembro de la familia padezca síntomas de afectación de la salud mental cuando se convive en familias con VIF (con un Intervalo de Confianza de 1,04 – 4,90).

En la última sección de barras del gráfico se encontró en el 61 % (80 de 131) de las familias con VIF conviven 3 o más de sus miembros presentando síntomas de afectación a la salud mental, mostrándose asociación altamente significativa ($p = 0,000$) entre estas dos variables, contrario a lo que ocurre en las familias sin VIF en las cuales solo en el 5 % de ellas (4 de 80) existen tres o más de sus miembros con síntomas de afectación de la salud mental. En la estimación del riesgo relativo se apreció que existe 29,8 veces más probabilidad de que tres o más de sus miembros padezcan síntomas de afectación de la salud mental cuando se convive con VIF (con un Intervalo de Confianza de 10,27 – 86,45).

Según León (2002) cuando se inició en Cuba el proceso de reorientación de la psiquiatría hacia la Atención Primaria de Salud (APS) en octubre de 1995, dándole un sentido un poco más salubrista a la atención psiquiátrica de la población, que se centró básicamente en la prevención y la promoción de salud, sin dejar de atender el daño y su rehabilitación, se implantó el Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.

De acuerdo con Vallejo (2007) esta estrategia comenzó a valorar la atención de la salud mental no solo enfocada hacia el individuo sino al núcleo familiar y la relación de los mismos en el contexto familiar, con el principio de plantear como condiciones de riesgo identificables de forma fundamental dos conceptos: el riesgo como el peligro o la contingencia de un daño y la vulnerabilidad referida a algo que puede ser herido o atacable.

García (2006) alude que se puede considerar a un grupo humano como vulnerable cuando por alguna condición natural o biológica (género, edad, raza, etc.) es propenso -más que otros grupos- al ser sometido a otra condición externa (factores del medio físico, químico, biológico, social, etc.), a recibir un daño en su organismo. Por ejemplo, los niños y ancianos son grupos vulnerables para adquirir enfermedades infectocontagiosas por tener un sistema inmunológico más débil que el resto de las personas, o son más vulnerables a los accidentes domésticos, o a sufrir los daños de la violencia familiar, etc.

En un estudio relacionado con los trastornos de ansiedad se plantea que los mismos constituyen la forma más prevalente de enfermedad psiquiátrica en la sociedad occidental, y sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos no son correctamente identificados ni reciben un tratamiento adecuado.

Velásquez, Mora y Zapata (2006) presentan los resultados de una investigación cualitativa, en la cual se explica la comprensión de las crisis que aparecen dentro de la familia, frente a la situación límite de la muerte presunta de uno de sus miembros, que puede llegar a ser para ésta agente de transformación. Parte de una descripción significativa de corte fenomenológico, a partir de las experiencias narradas por la familia, para llegar a la esencia de éstas, y describir e identificar categorías que enmarcan la comprensión de la estructura familiar a lo largo del Ciclo Vital. De esta forma se llegó a la comprensión de que la confrontación con la situación límite de la muerte presunta puede generar, en varios miembros de la familia, síntomas relacionados con afectación de la salud mental.

Esta autora considera que la VIF es un evento que afecta de forma negativa la salud mental de los que en ella están implicados que repercutirá en el deterioro psicológico y la adaptación creadora al medio.

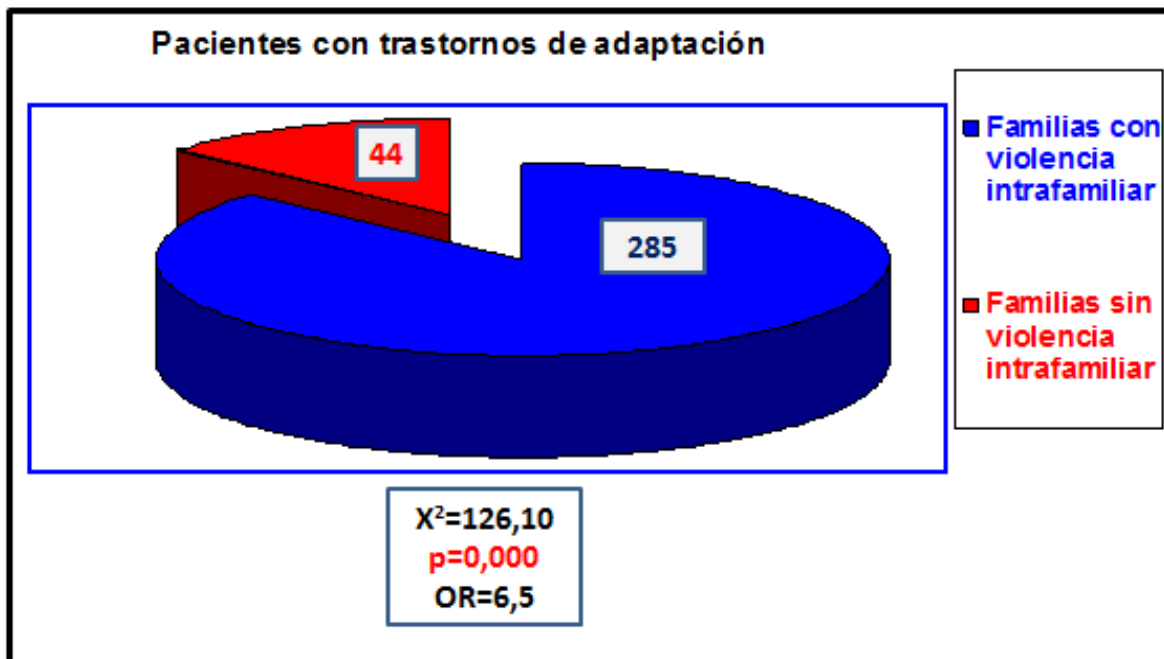


Gráfico 6: Trastornos de adaptación.

En el Gráfico 6 se presentan los pacientes con síntomas relacionados con afectación de la salud mental compatibles con trastornos de adaptación. De los pacientes que viven en familias con VIF, el 46,8 % (285 de 608) aquejan trastornos de adaptación, sin embargo en las familias sin violencia solo el 11 % de los convivientes (44 de 370) presentan este cuadro.

En el orden estadístico se encontró una asociación altamente significativa ($p=0,000$) entre la VIF y la posibilidad de padecer de trastornos de adaptación y en la estimación del riesgo relativo se demostró en una probabilidad de 6,5 veces más de padecer de trastornos de adaptación cuando se convive en familias con VIF que cuando no se cumple esta condición (con un Intervalo de Confianza de 4,59 – 9,30).

Alvarado (1985) asegura que la vida implica inevitables circunstancias que la mayoría de seres humanos aprenden a manejar adaptando sus respuestas bio-psico-sociales para superarlas. Tal resultado no ocurre en el trastorno de adaptación, cuya característica es la respuesta no adaptativa a situaciones de estrés, con desarrollo de síntomas psíquicos y conductuales ante un estresor identificado y cuya acción se produce dentro de los 3 meses previos. Luego de producido el trastorno evoluciona generalmente en pocas semanas, nunca más de seis meses, aunque puede tener un curso más prolongado si el estresor resulta crónico y persistente. Se distingue de la reacción normal ante el estrés porque sus componentes emocionales y conductuales resultan de mayor intensidad o son más incapacitantes que lo esperado.

Todo estímulo, situación o acontecimiento que impacte en el individuo y lo obligue a esfuerzos de ajuste adaptativo constituye un estresor; por ejemplo, el cambio a una nueva escuela, la mudanza a otra ciudad, un cambio laboral, una agresión tal como un asalto, una pérdida como la muerte de un ser querido. El estresor puede afectar tanto a individuos como a grupos.

Valdivia (2008) expresa que el impacto y la respuesta global personal, biológica y conductual ante el estresor, constituyen el estrés. Este implica dos elementos fundamentales: a) por un lado una toma de conciencia de la demanda o amenaza impuesta; y, b) una activación de la vigilia la cual se expresa, al menos inicialmente, como una mejora del rendimiento. Sin embargo, de mantenerse o incrementarse el estrés, tarde o temprano se produce una disminución o alteración de la respuesta. El momento crítico en el cual la curva de rendimiento disminuye varía de persona a persona y también en el mismo sujeto de acuerdo a su circunstancia vital. Hecho importante en ello es el grado de capacidad que la persona, subjetiva u objetivamente, se asigna autoevaluativamente para superar tal situación.

Según (2006) hace mención a una prevalencia del 5 – 20 % en población asistida (hospitales y centros de atención de salud mental). En el Perú, en el Hospital Hermilio Valdizán un centro especializado de atención, los porcentajes fueron: 2,8 y 3,9 % en 1995 y 1996, respectivamente. Las prevalencias aumentan en situaciones de desastre.

Es probable que el porcentaje de población afectada dependa de la época y el lugar en que vive el sujeto, y de la influencia producida por las macrovariables sociales, económicas, políticas, culturales y ecológicas en general. Entre los factores que intervienen en la dinámica patogénica consideramos los estresores, la persona y el entorno social.

Valdivia (2008) reconoce que la importancia de los desastres naturales, es de fundamental importancia aceptar que los estresores generados por la humanidad misma propician más frecuentemente el trastorno de adaptación en muchos individuos. El señalamiento de la especie humana como generadora de conflicto ha sido múltiple.

Según Ochoa, Vásquez, Carrasco, et al. (2009) y Rueff-Escoubes (2009), algunos autores como Morris han denominado a las grandes urbes industrializadas no con el apelativo de jungla (que implicaría naturalidad), sino con el de zoológicos humanos; Miller alude al factor estresógeno de la civilización occidental cuando habla de Pesadilla de aire acondicionado; Freud teorizó sobre el malestar en la cultura; y, los ecologistas han acuñado el vocablo Tecnósfera, resaltando así, el reemplazo parcial del medio ambiente natural por un conjunto de estresores de manufactura humana.

Alonso (2007) apunta que al referirse a la personalidad, ha identificado que hay dos grandes esquemas de afrontamiento ante los estresores. Uno de ellos dirigido a la resolución del problema, previo acopio de información con dicho fin; el otro, la inmersión en la emoción y la búsqueda de apoyo emocional. En los trastornos de adaptación suele no practicarse el primer afrontamiento sino el segundo y, a veces, ninguno de ellos. Ha señalado además, con toda propiedad, que el impacto del estrés no depende exclusivamente de la amenaza real que representa el

estresor, sino de la valoración subjetiva (cognición) que el individuo adjudica a tal amenaza. J King y colaboradores han señalado, que el impacto del estresor aumenta cuando el sujeto percibe o evalúa que él no será capaz de hacerle frente.

Se considera que otra característica personal implicada en el trastorno de adaptación es la coexistencia de contradicciones subjetivas internas, que interfieren con la solución del problema, como cuando se considera un deber el no expresar llanto o pedir apoyo a pesar de ser consciente que ello es indispensable; o creer que por atravesar una situación de sufrimiento, sea por enfermedad grave de un familiar o por su muerte, no se debe acceder a situaciones de alegría o de placer.

Josué, Torres, Urrutia, et al. (2006) y Roblejo (2006) plantean que el entorno social puede constituir un factor de protección (como lo serían un contexto social de respeto o una familia bien estructurada) o cumplir un rol estresor. Contar con el apoyo social otorgado por otra persona disminuye el nivel de tensión. Un grupo familiar integrado resulta toda una barrera protectora. La influencia de la red parental queda demostrada, por ejemplo, en el estudio de Chess y Tomas: en casos de niños diagnosticados de trastornos de conducta entre los cuales el 89% fue calificado de padecer de trastorno de adaptación, hallándose una relación directa entre conflictos conyugales de los padres de infantes de 3 años de edad y Trastornos de Adaptación con su dificultad de adaptación ulterior en la vida adulta.

Esta autora considera que los trastornos de adaptación son entidades nosológicas reversibles que pueden aparecer por cualquier contingencia en la historia vital del individuo, pero la VIF en Cuba no encabeza las listas de las principales contingencias porque su estudio es pobre lo que no muestra la verdadera dimensión del problema y su significado etiológico en este trastorno.

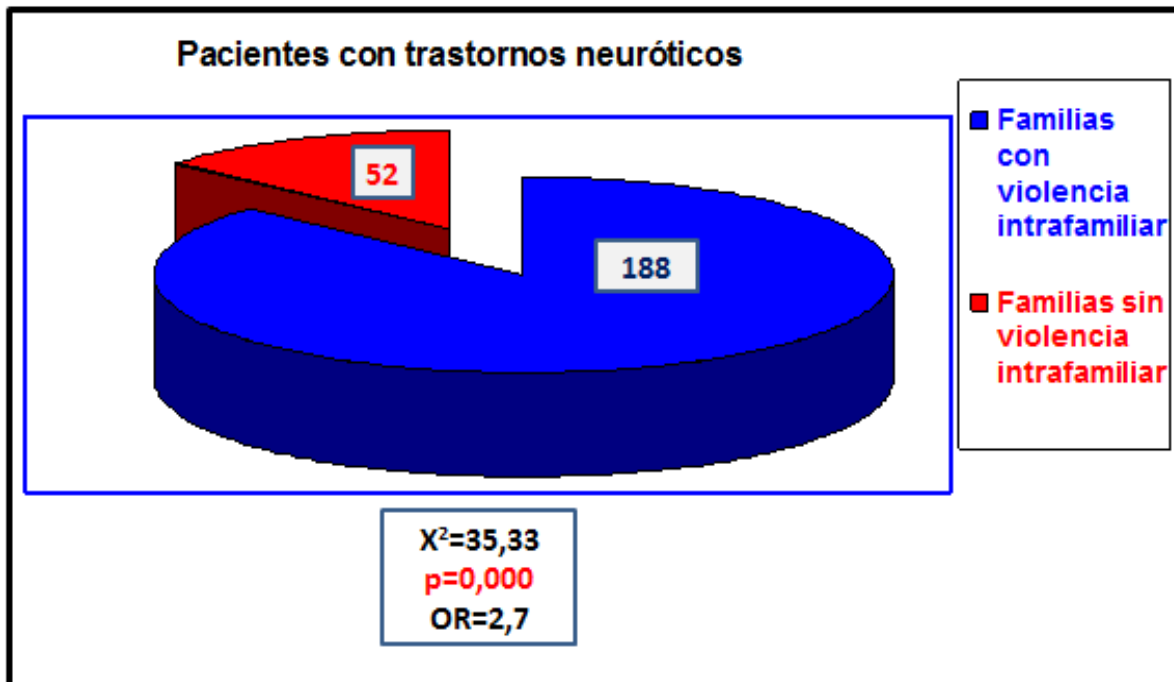


Gráfico 7: Trastornos neuróticos.

En el Gráfico 7 se presentan los pacientes con síntomas relacionados con afectación de la salud mental compatibles con trastornos neuróticos. De los pacientes que viven en familias con VIF el 30,9 % (188 de 608) aquejan trastornos neuróticos, en el caso de las familias sin violencia el 14 % de esos convivientes (52 de 370) presentan este cuadro.

El análisis estadístico mostró una asociación altamente significativa ($p=0,000$) entre la VIF y la posibilidad de padecer trastornos neuróticos y en la estimación del riesgo relativo se encontró una probabilidad de 2,7 veces más de desarrollar trastornos neuróticos cuando se convive en familias con VIF que cuando no se cumple esta condición (con un Intervalo de Confianza de 1,94 – 3,84).

Al revisar la literatura y según Baptista (2008) se encontró que el término neurosis es relativamente joven, fue introducido por el médico escocés W. Cullen (1710-1790). Aparece primero en su "Sinopsis Nosológica" (1769), y luego en su "Medicina Práctica" (1777), con una acepción que incluía diversas patologías que nada tenía que ver con lo que actualmente se considera como tal. Este concepto

ha sido interpretado de diferentes maneras a través del prisma de las diversas teorías que han intentado explicarlo. De ellas se distinguen por un enfoque ético las corrientes fenomenológicas y existenciales, las cuales hacen ver en toda neurosis un "error" o "herejía vital", una "estructura existencial restringida de la relación del hombre con el mundo, con las cosas, con los demás hombres y con los valores." Consideran a la neurosis como una pérdida del sentido del significado de la vida o como una radical alteración de la relación con "el otro". También dentro de la corriente cultural del psicoanálisis, Erich Fromm y Carl Jung consideran a la neurosis como producto de un trastorno en el desarrollo moral de la personalidad.

López (1989) comenta que es importante destacar que el paciente con trastorno neurótico no presenta afectaciones inadaptativas en todas sus actitudes, lo cual significaría una desintegración total de su personalidad, sino solamente en algunas de ellas, pero que resultan muy significativas para su equilibrio. La exigencia vital que desestructura al neurótico es por lo general "banal" para la mayoría de las personas y, sin embargo, el paciente puede enfrentar satisfactoriamente exigencias de mucho más rigor, como por ejemplo la enfermedad de un hijo. La esencia del problema no se encuentra en la magnitud de las exigencias vitales que el individuo tiene que enfrentar, sino en las deficiencias del individuo para enfrentarlas y superarlas. Determinadas actitudes o sistemas de ellas no le permiten un enfrentamiento maduro y efectivo a través de una actividad orientada a la solución de sus conflictos, ya que de ellas se derivan medidas insuficientes, y el paciente padece de una insuficiencia, pero no cardíaca o renal, sino existencial.

En Cuba el Dr. Arturo Sánchez publica dos artículos relacionados con el tema: "Una aproximación teórica a la relación entre los trastornos neuróticos y los valores ético-morales", en el año 2001 y, en el 2007 el otro titulado, "Particularidades de los procesos valorativos en los trastornos neuróticos". Sánchez (2001) en el primero comienza argumentando la importancia del tema, primero en términos de su repercusión para la calidad de vida de los pacientes que la portan y luego desde el punto de vista económico. Partiendo de los

conceptos de neurosis, socialización, actitudes neurotizantes, valor ético-moral, zona o dominio axiológico y adaptación, plantea que existe un nexo esencial entre los trastornos neuróticos y el proceso de formación de valores, y que los antivalores que juegan un papel esencial en la génesis y mantenimiento de la patología analizada, son los pertenecientes al dominio de los valores ético-morales. Continúa planteando que el paciente con trastorno neurótico no presenta afectaciones inadaptativas en todas sus actitudes, sino solamente en algunas de ellas, pero que resultan muy significativas para su adaptación social. Continúa argumentando que existe una gradación, sin frontera definida, entre el valor y el antivalor ético-moral, y que, el paciente neurótico es portador de antivalores que tienen la suficiente magnitud como para impedirle la adaptación efectiva al medio social, y esto los convierte en sufridores crónicos. Termina exponiendo a manera de hipótesis la relación existente entre los trastornos neuróticos y específicos valores y antivalores ético-morales como son: la asertividad, la seguridad en uno mismo, el complejo axiológico aceptación- no aceptación, la flexibilidad, y los relacionados con el sentido de la vida. Sánchez (2007) en el segundo argumenta que el ser humano madura en el continuo proceso de enfrentamiento con exigencias existenciales, lo cual implica que la personalidad se encuentre en un interminable proceso de reestructuración con el objetivo de lograr la adaptación y evolucionar hacia la madurez, para lo cual cuenta con una serie de mecanismos que involucran a todos los factores de la personalidad. Pero pueden ocurrir sucesos que produzcan una aberración de estos mecanismos, y se produce entonces una estructuración patológica que, en forma de círculo vicioso, atrapa más y más al individuo en su aberración evolutiva.

En otra arista encontrada en la literatura internacional Lombardi (2008) hace mención a que Sigmund Freud descubrió la participación de algunos mecanismos inconscientes en la producción de los síntomas neuróticos. Sin embargo el psicoanálisis evidencia que la etiología de la neurosis no es meramente orgánica, ni tampoco se reduce a un mecanismo lingüístico. Su causa acaece en un ser capaz de elección, y es en tanto sujeto participante de una elección que alguien resulta afectado de una neurosis. El método psicoanalítico permite una revisión de

la elección de la neurosis mediante una propuesta de libertad asociativa exaltada por la interpretación, de exploración de los límites de esa libertad, y de conclusión que reabre opciones vitales. Conclusión realista, ya que el plus de libertad que resulta de un psicoanálisis se apoya en lo que permanece incurable del síntoma, definido como esa parte de sí que el sujeto conoce sin reconocerse en ello. Como propuesta ética, va en un sentido radicalmente divergente de las diversas promesas sugestivas, reeducativas, farmacológicas, etcétera, que tratan al sujeto de la neurosis como un ente manipulable desde el exterior.

En estudios específicos relacionados con pacientes neuróticos Alonso y Mendoza (2003) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la capacidad intelectual de sujetos con trastornos neuróticos, y en particular, demostrar la inhibición neurótica de la inteligencia. Para ello se seleccionó una muestra de 25 sujetos normales, equivalentes en edad y escolaridad, a los que se les aplicaron la Técnica de Rorschach y las pruebas de inteligencia del Rorschach y el Anstey y el INV de Weil. Se analizan los distintos indicadores de inteligencia del Rorschach y el resultado de ambas pruebas de inteligencia. Se incluye que los sujetos con trastornos neuróticos presentan una seria desestructuración de sus funciones cognitivas como resultado de sus alteraciones afectivas.

Por otra parte los profesores García, N., García, A. L. y Herrera (2005) realizaron un estudio de las alteraciones del componente operacional del pensamiento en pacientes neuróticos en crisis. La muestra estuvo integrada por 50 pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico Provincial Docente de Santa Clara durante el período de Junio de 2004 a Enero de 2005. Ellos conformaron dos subgrupos de 25 miembros cada uno. El primero lo integraron pacientes neuróticos que fueron hospitalizados en la unidad de intervención en crisis y el segundo grupo quedó constituido por trastornos neuróticos en evolución atendidos en el cuerpo de guardia de esta institución. La exploración psicológica incluyó las técnicas: White - Bear Supresión Inventory (WBSI), conteo, correlación de frases y refranes, comparación de conceptos y completamiento de frases. En el análisis estadístico se utilizó la técnica U de Mann Whitney y se comprobó que el componente operacional del pensamiento en los pacientes neuróticos en crisis se encuentra

afectado, apareciendo manifestaciones de alteraciones en el nivel de generalización y distorsión que son significativamente más notables que las registradas en los pacientes neuróticos que no se encuentran en crisis. En los pacientes estudiados predominaron las mujeres; las personas solteras; con nivel escolar medio y con una edad comprendida entre los 26 y 45 años de edad.

Otra investigación realizada por Swaby, et al. (2006) en el servicio de la Unidad de Intervención en Crisis del Hospital Psiquiátrico Provincial "Luis Ramírez López" de Guantánamo durante el semestre julio-diciembre de 2005, con el objetivo de demostrar la relación entre la inteligencia emocional y la comunicación en el paciente neurótico. A cada paciente se le toman los datos generales de identidad, sexo, edad, escolaridad y se les aplica un cuestionario para conocer la existencia de dificultades en la canalización de las emociones, así como prueba de inteligencia, además del IDARE y el Cornell-Index. Se obtuvo como resultado que la relación entre coeficiente de inteligencia e inteligencia emocional resultó ser casi inversamente proporcional, por lo que concluyeron que la dificultad con la inteligencia emocional repercute de manera negativa en la comunicación del paciente neurótico.

Acosta (2007) en su libro hace referencia a un estudio realizado en los Estados Unidos relacionado con la violencia y su repercusión sobre la salud mental en la cual publica que se estima que la mitad población norteamericana está aquejada de algún tipo de perturbación mental relacionada con la violencia.

Esta autora opina que la aparición de síntomas compatibles con trastornos neuróticos en familias con VIF apunta a estados prolongados de situaciones estresantes que, si bien las neurosis aparecen en terrenos endebles de la personalidad como forma de reacción tienen en el desarrollo neurótico la explicación a la influencia de situaciones negativas de largo tiempo insidioso y psicológicamente agotador para el implicado.

3.3. Factores predictores de la aparición de los síntomas de afección de la salud mental.

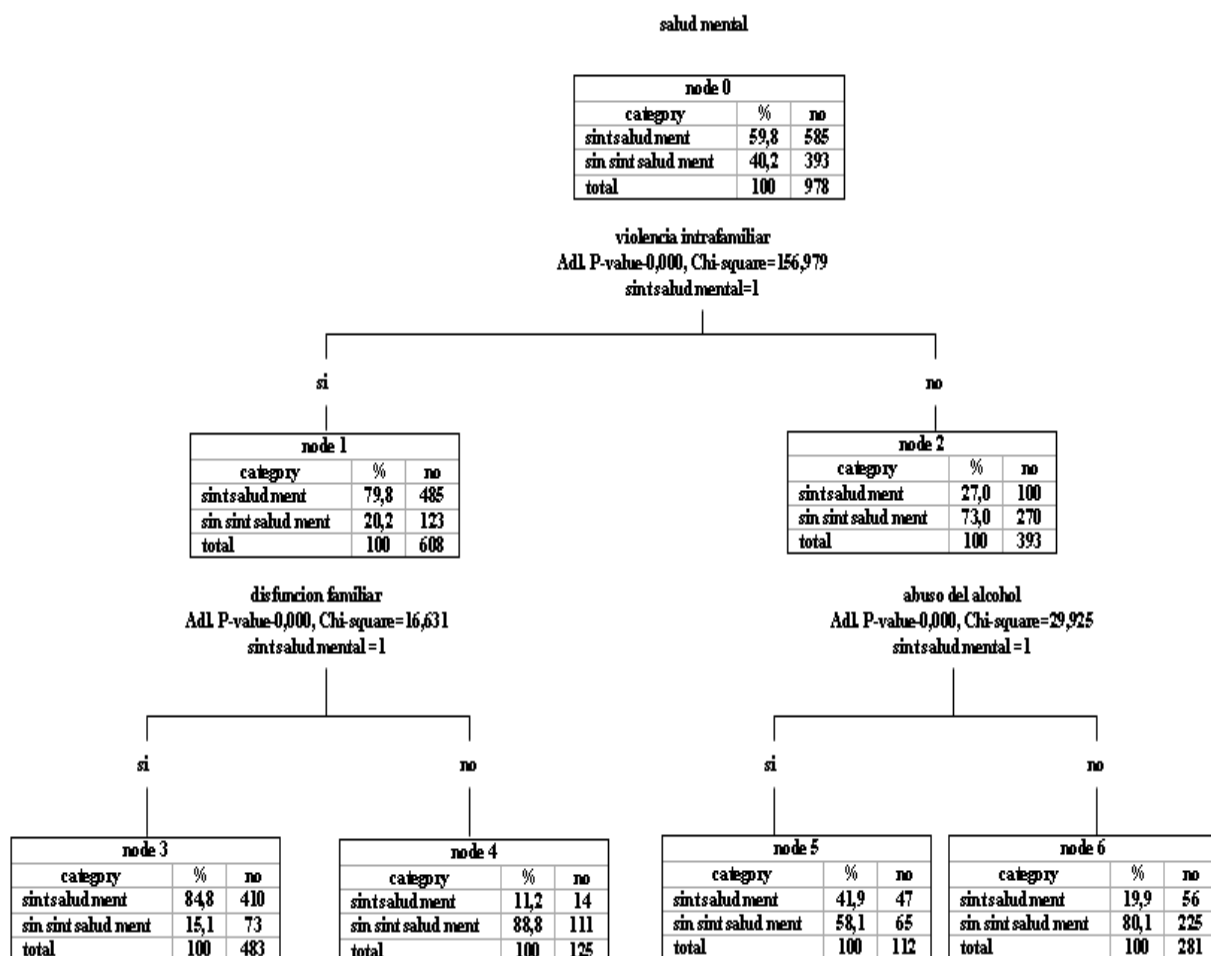


Diagrama 1: Clasificador de riesgo de las alteraciones de la salud mental a partir de la violencia intrafamiliar.

En el Diagrama 1 se describe el árbol de decisión, técnica estadística que utiliza como principio a la frecuencia. Esta definió un Índice Integral de Riesgo a partir de los tres indicadores fundamentales.

Se escogió para el primer nivel el indicador VIF por ser el factor de mayor incidencia. Para el segundo nivel se escogieron la disfunción familiar y el abuso del alcohol, la primera porque se asoció significativamente a la VIF y el abuso del alcohol tuvo esta misma asociación pero para las familias donde no existía la VIF.

El árbol partió de la muestra total de 978 pacientes que estuvieron incluidos en la muestra, 585 de ellos (59,8 %) padecían algún síntoma relacionado con afectación de la salud mental y 393 (40,2 %) sin estos síntomas. El primer factor que cambiaba estas proporciones era la VIF. Cuando había tales situaciones, el porcentaje de pacientes con síntomas de afectación de la salud mental se elevaba al 79,8 % mientras que cuando no había tal problema la proporción de síntomas de afectación de la salud mental se reducía al 27 %.

Al construirse un segundo nivel, cuando había VIF, aparecía la variable disfunción familiar. Cuando ella estaba presente además, los síntomas de afectación de la salud mental eleva el porcentaje al 84,8 %. Cuando había VIF pero no había disfunción familiar, la proporción de síntomas de afectación de la salud mental era del 11,2 %. Por otra parte, cuando no existía VIF pero había abuso del alcohol, la proporción de síntomas de afectación de la salud mental era de 41,9 %. Sin embargo, si no había VIF, ni tampoco abuso del alcohol, la frecuencia de síntomas de afectación de la salud mental era de 19,9 %.

Tal árbol se traduce en las pautas, como un Indicador Integral de Riesgo para pacientes que viven en la comunidad donde se realizó el estudio:

Si hay VIF y disfunción familiar, los resultados del análisis afirman que existe 84,8 % de probabilidad que se presenten síntomas de afectación de la salud mental.

Si hay VIF pero no hay disfunción familiar, los resultados del análisis afirman que hubo 11,2 % de probabilidad que se presenten síntomas de afectación de la salud mental

Si no hay VIF pero hay abuso del alcohol, los resultados del análisis afirman que hay un 41,9 % de probabilidad que se presenten síntomas de afectación de la salud mental.

Si no hay VIF y no hay abuso del alcohol, los resultados del análisis afirman que existe un 19,9 % de probabilidad que se presenten síntomas de afectación de la salud mental.

La VIF, la disfunción familiar y el abuso del alcohol se muestran como predictores de la aparición de síntomas que afectan la salud mental brindando elementos científicos que ayudan a prevenir los trastornos psicopatológicos al significar la necesidad de dispensarizar las familias e individuos con rasgos violentos, puerta de entrada del abuso del alcohol y por ende de las situaciones familiares inadecuadas, propiciando la aparición de un círculo vicioso que necesita de un apoyo multisectorial.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de familias en la población estudiada con VIF y mayor probabilidad de desarrollar este tipo de violencia en familias ampliadas y extensas.

En la mayoría de las familias estudiadas con VIF predominaron manifestaciones de agresión verbal y física.

Existe mayor probabilidad de aparición de la VIF en hogares donde se produce ruptura de pareja, hay abuso del alcohol por alguno de sus miembros, hay disfuncionabilidad familiar y/o conducta inadecuada de los padres hacia los adolescentes.

En las familias con VIF predominó la existencia de miembros con síntomas de afectación a la salud mental apareciendo de manera significativa trastornos de adaptación y síntomas compatibles con trastornos neuróticos.

Los predictores de la aparición de síntomas de afectación a la salud mental son: la VIF, la disfunción familiar y el abuso del alcohol.

RECOMENDACIONES

Informar los resultados de este estudio a las instancias pertinentes (salud, gobierno)

Realizar estudios en otras comunidades con otras características sociodemográficas para triangular los resultados

Trazar estrategias de salud mental que posibiliten influir sobre este problema de salud.

REFERENCIAS

- Acosta Tieleles, N. (2007). *Maltrato infantil. Prevención*. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Alonso Alvarez, A. (2007). Alteraciones de la personalidad. *Psicología Revista*, 10(14), 13-24.
- Alonso Alvarez, A. y Mendoza Tabares, E. (2003). Estudio de la capacidad intelectual en sujetos con trastornos neuróticos. *Revista Cubana de Psicología*, 20(2), 103-110.
- Alvarado, C. (1985). Función del soporte social en el desorden de adaptación. *Anales de Salud Mental*, 1(1/2), 127-142.
- Alvarado-Zaldivar, G., Salvador-Moysén, J., Estrada-Martínez, S. y Terrones-González, A. (2008). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de México*, 40, 481-6.
- Amaro Cano, M. C. (2003). Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(6). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000600005
- Arés Muzio, P. (1995). Mito o realidad. Algunas consideraciones para el estudio de la familia como objeto de investigación científica. En: *Familia y comunidad* (pp. 19-21). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Baptista Torrelló, J. (2008). Neurosis. En: *Gran Enciclopedia* (t. xvi, pp. 775-776). Madrid: Ediciones RIALP.

- Casullo, M. M. (2008). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica. Cuadernos de Evaluación Psicológica*. Madrid: Editorial Paidós.
- Cepero Rodríguez, I., Mederos Luis, I. y Hidalgo Mesa, C. (2005a). Consideraciones acerca de la salud familiar. *Medicentro* 9(3). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v9n305/consideraciones10.htm>
- Cepero Rodríguez, I., Mederos Luis, I. y Hidalgo Mesa, C. (2005b). El paradigma biopsicosocial: una necesidad de la atención médica actual. *Medicentro* 9(4 supl 1). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/1092/1101>
- Cepero Rodríguez, I., Verdecia Navarro, D., López Ruíz, J. A., Pineda Moya, A. y Pérez Ferrás, E. (2006). *Violencia Intrafamiliar* [CD-ROM]. II Encuentro Teórico Internacional Universalización y Sociedad. 1ª ed. Santa Clara. Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2007). Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar.
- Cuba. Oficina Nacional de Estadísticas. (2006). Población. En: *Anuario estadístico de Cuba 2005* (pp. 59-88). La Habana: autor.
- Dagmar Holmgren, G., Víctor Lermanda, S., Clara Cortés, V., Isabel Cárdenas, M., Karen Aguirre, A. y Karem Valenzuela, A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4). 275-86. Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v43n4/art02.pdf>
- Davidoff, F., Case, K. y Fried, P. W. (2005). Evidence - based medicine: Why all the fuss? *Annals of Internal Medicine*, 67(3), 122-27.

- De la Cuesta Freidomil, D., Pérez González, E., Louro Bernal, I. y Bayarré Veá, H. (1996). Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12 (1), 24-31.
- Mundial, A. M. (2008). *Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Korea.
- Díaz, A. A. y Iceta G. M. (2008). *Trastornos del estado de ánimo*. Madrid: Editorial Salvat.
- Díaz Benítez, R. E., Peralta Castellón, L. I., López Chaviano, M., Calvo López, M. D., Jover Benavides, A. y Delgado Castellón, Y. (2006). *Comportamiento del divorcio en un Área de Salud [CD-ROM]*. II Encuentro Teórico Internacional Universalización y Sociedad. 1ª ed. Santa Clara.
- Duany Navarro, A. & Ravelo Pérez, V. (2005). Violencia intrafamiliar en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2).
Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi041-205.pdf>
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Guay, S. & Pedlar, D. (2007). Mental health treatment seeking by military members with posttraumatic stress disorder: findings on rates, characteristics, and predictors from a nationally representative Canadian military sample. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(2), 103-10.
- García Higuera, J. A. (2006). Salud mental en la sociedad. *Revista Psicoterapeutas.com*. (2), 1-4.

- García Medina, N., García Ferreiro, A. L. y Herrera Jiménez, L. F. (2005, abril). *Alteraciones del componente operacional del pensamiento en pacientes neuróticos*. Presentado en IV Simposio Internacional de Psicología y Desarrollo Humano. Santa Clara. Cuba.
- González Ceinos, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&nrm=iso
- González Menéndez, R. (1993). Modalidades clínicas del alcoholismo. En: *El alcoholismo y su atención específica* (pp.41-9). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Hidalgo Mesa, C. J., Cepero Rodríguez, I. y González Toledo, H. O. (2006). El método clínico y el nuevo modelo pedagógico. *Medicentro*, 10(3). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/viewFile/904/913>
- Jiménez López, M., Hidalgo Mesa, C. J., Ulloa Quintanilla, F. O., Martínez Frómata, M. y Reyes Pérez, A. D. (2006). *Raíces históricas de la bioética en Cuba y la práctica de la medicina en el nuevo siglo* [CD-ROM]. II Encuentro Teórico Internacional Universalización y Sociedad. 1ª ed. Santa Clara.

- Josué Díaz, L., Torres Lio-Coo, V., Urrutia Zerquera, E., Moreno Puebla, R., Font Darías, I. y Cardona Monteagudo, M. (2006). Factores psicosociales de la depresión. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(3).
Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v35n3/mil09306.pdf>
- Kelley, M. L., Finkel, L. B. y Ashby, J. (2003). Geographic mobility, family, and maternal variables as related to the psychosocial adjustment of military children. *Military Medicine*, 168 (12), 1019-24.
- Laurell AC. (1991). Trabajo y salud: estado del conocimiento. En: Organización Panamericana de la Salud. *Alames Debates en Medicina Social (Serie Desarrollo de Recursos Humanos, 92) (pp. 249-339)*. Quito: Imprint Non Plus Ultra.
- León González, M. (2002). La atención comunitaria en salud mental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(5). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000500009&nrm=iso
- Lombardi, G. (2008). Predeterminación y libertad electiva. *Revista Universitaria de Psicoanálisis*, 8, 103-26.
- López Ginar, H. C. (1989). *Histeria y neurosis*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- López Ruíz, J. A., Cepero Rodríguez, I., Pineda Moya, A., Pérez Ferrás, E. y Verdecia Navarro, D. (2006). *El entorno psicosociofamiliar de los adolescentes* [CD-ROM]. II Encuentro Teórico Internacional Universalización y Sociedad. 1ª ed. Santa Clara.

- Louro Bernal, I. (1996). *Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud -enfermedad*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Louro Bernal, I. (2001). Familia. En: R. Álvarez Sintés. *Medicina general integral* (pp 209-34). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Louro Bernal, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v31n4/spu11405.pdf>
- Manrique Solano, R. (2004). Familia y sociedad. Su papel en la atención primaria. En: J. I. Vázquez, et al. *Psiquiatría en la atención primaria* (pp. 595-508). Madrid: Editorial Aula Médica.
- Martínez Gómez, C. (2001). Crisis familiares. En: *Salud Familiar* (pp. 119). La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Martínez Gómez, C. (2003). Enfermedad mental y familia. En: *Salud Familiar* (pp. 50-51). La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Menéndez López, J. R., Infante Velásquez, M., Moreno Puebla, R. A. y Sotolongo García, Y. (2003). Salud para la defensa: enfoque conceptual global de la investigación médico-militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 32(4). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Mills, L. G. (2003). *Insult to Injury: rethinking our responses to intimate abuse*. New Jersey: Princeton University Press.

- Muñiz, M. C., Jiménez, Y. y Ferrer, D. (1996). Sobre la percepción de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12(2). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000200003&nrm=iso
- Narro Robles, J. (1996). Medicina Familiar. Primera parte. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 91(3), 28.
- Núñez de Villavicencio Porro, F. (1987). Entrevista e historia clínica. En: *Psicología médica* (pp. 33-8). La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Oblitas Bejar, B. (2006), *Trabajo social y violencia familiar: una propuesta de gestión profesional*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Ochoa Roca, T. Z., Vásquez Concepción, M. L., Carrasco Feria, M. A., Sánchez ernández, M. y Cruz Casaus, M. S. (2009). Epidemiología de la conducta suicida en la Policlínica Docente "René Ávila Reyes". *Correo Científico Médico de Holguín*, 1(1). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.cocmed.sld.cu/no131/n131ori9.htm>
- Ortega, RE. (2005). *Sobre... violencia doméstica*. San Juan: Ediciones Scisco.
- Ortega Avelay, A., Osorio Pagola, M. F. y Fernández Vidal, A. T. (2003). Diagnóstico de funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200004&nrm=iso

- Ortiz Gómez, M. T., Louro Bernal, I., Jiménez Cangas, L. y Silva Ayzaguer, L. C. (1999). La salud familiar. Caracterización en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (3). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf>
- Otero Ojeda, A. A., Rabelo Pérez, V., Echazábal Campos, A., Calzadilla Fierro, L., Duarte Castañeda, F., Magriñat Fernández, J.M. y Acosta Nodal, C. (2008). *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Palermo, G. (2005). La violencia intrafamiliar e diritto e mediazione. La città del sole. Napoli.
- Pereira, R. (2006). Violencia filio-parental, un fenómeno emergente. *Revista Mosaico*, 36, 7-8.
- Pérez Milán, J. F. (2007). Aspectos psicosociales y biológicos de la conducta violenta. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 4(2). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.revistahph.sld.cu/hph0207/hph020607.html>
- Polsky, S. S. y Markowitz, J. (2006). *Atlas en color de violencia doméstica*. Barcelona: Masson.
- Ramis Andalia, R. M. (2005). Proceso salud enfermedad. En: *Tronco común Maestrías. Escuela Nacional de Salud Pública*. [CD-ROM]. Ciudad de la Habana. Editorial Ciencias Médicas.
- Resik Habib, P. (1994). El hombre en su contexto ecológico. En: *La causalidad en epidemiología* (pp. 15). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

- Roblejo Ramos, P. M. (2006). Intervención comunitaria con pacientes atendidos por estrés. *Revista Cubana Enfermería*, 22(4). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400006&nrm=iso
- Rueff-Escoubes, C. (2009). Descubiertas e perplexidades de una psicanalista iniciando na psicossomática. *Revista Brasileira de Psicoterapia* 7(2/3), 241-55.
- Sánchez Hernández, A. (2001). Una aproximación teórica a la relación entre los trastornos neuróticos y los valores ético-morales. *Revista Humanidades Médicas*, 1(2). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v1n2/hmc030201.pdf>
- Sánchez Hernández, A. J. (2007). Particularidades de los procesos valorativos en los trastornos neuróticos. *Rev Hum Med*, 7(1). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v7n1/hmc040107.pdf>
- Sandoval Ferrer, E. y Hernández Guerrero, A. E. (2004a). Mitos y realidades. En: *Alcohol: mito y realidad* (pp. 22-7). La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Sandoval Ferrer, J. E. y Hernández Guerrero, A. E. (2004b). Alcohol, alcoholismo y familia. En: *Alcohol: mito y realidad* (pp.84-90). La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Seguín, C. A. (2006). "El Síndrome psicossomático de desadaptación". En: *Anales de Salud Mental* (pp. 135-43). México: Editorial GENOVA.

- Swaby Atherton, E., et al. (2006). Inteligencia emocional y comunicación en el paciente neurótico. *Revista Información Científica*, 50(2).
- Tejada de Rivero, D. A. (2003). Alma-Ata: 25 años después. *Perspectivas en salud*, 8(2), 2-7.
- Valdivia, O. (2008). *Migración interna a la metrópoli. Contraste cultural. Conflicto y desadaptación*. Buenos Aires: Editorial San Marcos.
- Valente, S. & Wight, C. (2007). Military sexual trauma: violence and sexual abuse. *Military Medicine*, 172(3), 259-65.
- Vallejo, J. (2007). *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Editorial Salvat.
- Velásquez Moreno, J E., Mora, A. M. y Zapata Carrillo, J. M. (2006). La crisis familiar ante la situación límite de la muerte presunta, una mirada gestáltica y existencial. *Agora USB*, 6(2), 187-214.
- Vidal Palmer, L. E., Acosta González, M. y Galindo Ruiz, M. C. (2004). Trastornos de personalidad y su relación con la violencia. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 1(2-3). Extraído el 5 de Diciembre de 2014 desde <http://www.revistahph.sld.cu/hph0204/hph02604.htm>

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado.

Yo: _____.

Acepto participar de forma voluntaria en la investigación que realiza la Dra Glenis González Gallardo para optar por la Categoría Científica de Master en Ciencias cuyo objetivo es determinar las características de la violencia intrafamiliar, su influencia en la salud mental de los pobladores y los factores predictores de la misma en mi comunidad. He sido informado de las características y peculiaridades de la investigación de la cual voy a ser objeto conjuntamente con mi familia. Se me informa que dicho estudio está exento de riesgos o daños a la salud personal y familiar y que tengo el derecho de abandonar la misma cuando lo desee. Para que así conste doy mi aprobación por escrito para ser parte de la investigación.

Firma:

ANEXO 2: Encuesta de violencia intrafamiliar (VIF).

Centro Salud Mental de Ranchuelo

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 usted. 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 3: Test de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL).

A continuación se presentan un grupo de situaciones que pueden ocurrir en su familia o no. Usted debe clasificar y marcar con una **X** su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1	De conjunto se toman decisiones para cosas importantes en la familia					
2	En mi casa predomina la armonía					
3	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias, ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema, los demás ayudan					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					

		Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

ANEXO 4: Encuesta para los adultos que conviven en la comunidad.

Compañero(a):

La realización de esta encuesta es necesaria para un estudio que realiza el personal médico del área, es completamente confidencial por lo que no se recoge nombres ni apellidos, solo algunos datos necesarios para el procesamiento de la información.

Esperamos su colaboración. Gracias.

En todos los casos marque con una equis (x).

1. Estado civil: Soltero___
Casado___
Divorciado___
Viudo___
2. ¿Cuántas personas viven en la casa?. _____
3. ¿Qué parentesco tienen con usted?. Padre _____ Madre___
Hijo (a) _____ Abuelo (a) _____
4. ¿Cuántos cuartos tiene la vivienda?. _____
5. ¿Hay presencia de roedores y vectores en casa?. Si _____ No _____
6. Usted ingiere bebidas alcohólicas: Si_____ No_____
- 7.- Cuando lo hace en su casa como se manifiesta:
Agresivo:_____ Contento:_____ Duerme:_____
8. A que edad comenzó a ingerir bebidas alcohólicas._____
9. Con qué frecuencia lo hace: Diariamente___
De 3 a 4 veces por semana___
Los fines de semana___
Ocasional___
10. ¿Con qué frecuencia ha visto o escuchado mensajes que promuevan la ingestión de bebidas alcohólicas a través de la radio, la televisión, prensa escrita, etcétera?. 3 o más veces a la semana___
1 o 2 veces por semana___
Menos de 1 vez por semana___

11. Los conflictos familiares o el rechazo de ellos hacen que ingiera bebidas alcohólicas con frecuencia: Si___ No___
12. Los conflictos con su pareja o el rechazo de esta hacen que ingiera bebidas alcohólicas con frecuencia: Si___ No___
13. Usted o alguno de sus familiares ha estado alejado del hogar por más de seis meses en el último año: Sí___ No___.
14. Cuales considera las posibles causas:
Estar trabajando fuera de la ciudad:_____
Estar estudiando fuera de la ciudad:_____
Por conflictos familiares:_____
Otras:_____
15. Convive o convivió con algún familiar que ingiere o ingirió bebidas alcohólicas:
Si___ No___
16. Su esposa(o) o sus padres lo han maltratado: Sí___ No___.
17. ¿Cómo?: empujado ____, lanzado objetos ____, tirado del pelo ____, te han dejado de hablar ____, castigado de otra forma ____,
Cuál_____.
18. ¿Es cierto que el alcohol hace a las personas más fuertes para enfrentarse a los problemas?. Sí___ No___
19. ¿Es cierto que el alcohol nos hace tener más amigos?: Sí___ No___
20. Ingiere bebidas alcohólicas por esa causa: Sí___ No___
21. Se altera y maltrata a otro familiar con el que convive por esa causa:
Sí___ No___
22. ¿Se molesta cuando le sucede algo que estaba fuera de sus planes?
5 de cada diez veces o más___
Entre 2 y 5 de cada diez veces ___
Menos de 2 de cada diez veces ___
23. ¿Se discute frecuentemente en su casa?. Si___ No___
24. ¿Cuando se discute en su casa las personas llegan agredirse físicamente:
5 de cada diez veces o más ___
Menos de 5 de cada diez veces ___

No se agreden___

25. ¿Siente que los otros miembros de su familia no lo quieren?.

Sí___ No___

26. ¿Esto lo resuelve ingiriendo bebidas alcohólicas con frecuencia?.

Sí___ No___

27. ¿Acepta los cambios que ocurren en su vida (rompimiento de relaciones personales, fallecimientos de personas queridas, etcétera) con relativa facilidad?. Sí___ No___

28. Ingiera bebidas alcohólicas por esa causa: Sí___ No___

29. Cuando discute con su pareja llegan a agredirse físicamente:

Más de 5 de cada diez veces ___

Hasta 5 de cada diez veces___

No se agreden ___

30. La ingestión de bebidas alcohólicas por su pareja ha causado disgustos con la misma: Sí___ No___

31. La ingestión de usted le ha causado disgusto a su pareja:

Sí___ No___

32. Se ha sentido ignorado, se comportan como si no existieras:

Si___ No___

33. Ingiera bebidas alcohólicas por esa causa: Sí___ No___

34. Ha recibido por parte de su pareja o padres burlas, castigos, insultos, humillaciones, críticas o frases obscenas: Sí___ No___

35. Te has sentido obligado por parte de tu pareja a realizar el acto sexual cuando no lo deseas: Si: ___ No: ___

36. Han sido sus familiares o los de su pareja causa de discusión entre usted y su pareja: 3 o más veces por mes___

1 o 2 veces por mes ___

Menos de una vez ___

37. El comportamiento de sus hijos o los de su pareja han causado discusiones con la misma: Si ___ No ___

38. Ha ingerido bebidas alcohólicas por ello: Sí___ No___

39. Los problemas con su(s) hijo(s) (en caso de tenerlos) son por:

39.1. Escolares: Las calificaciones y nivel de rendimiento escolar:_____

Los hábitos de estudio:_____

La asistencia a clases:_____

La actitud respecto a los estudios y profesores:_____

La conducta en la escuela:_____

39.2. Familiares: Cuidado de sus cosas personales y de su propia habitación:_____

Falta de respeto a ustedes(los padres):_____

Riñas con los hermanos:_____

Relaciones con los abuelos:_____

Realización de las tareas familiares:_____

Consumo y uso del dinero:_____

Toma de decisiones inadecuadas:_____

39.3. Sociales: Elección de amigos y parejas:_____

Pasar la noche fuera de casa:_____

Tipos de actividades de ocio:_____

Hora de volver a la casa:_____

Edad de tener relaciones de parejas estable:_____

Elecciones de ropas y peinado:_____

Conductas perjudiciales como:

Beber, fumar y el consumo de drogas:_____

El tipo de lenguaje utilizado:_____

La honestidad:_____

La conducta sexual:_____

El cumplimiento de las leyes:_____

39.4 Las actitudes de usted hacia su hijo son:

Sobreprotección:_____

Permisividad:_____

Exceso de ansiedad:_____

Rechazo:_____

Exceso de autoridad:___

Se identifica con él:___

40. Estos conflictos hacen que usted ingiera bebidas alcohólicas:

Sí___ No___

41. Puede controlarse: Sí___ No___

42. Se ha divorciado: Actualmente: ___

Antes del actual matrimonio: ___

No: ___

En caso de haberse divorciado: ¿Cuántos veces?. ___

42.1 Si estaba unido consensualmente hace un año ¿Esta separado actualmente?: Sí___ No___

43. Ha tenido problemas en el vecindario cuando bebe: Si: ___ No: ___

44. Ha tenido problemas de salud por la bebida: Si: ___ No: ___

45. Aparte de su pareja, alguna otra persona comparte su habitación: Si: ___

No: ___

46. Cuenta con la privacidad necesaria para las relaciones con su pareja:

Si: ___ No: ___

47. Usted y su pareja comparten las labores del hogar: Si: ___ No: ___

48. Disfruta usted plenamente de las relaciones sexuales con su pareja:

Si ___ No ___

49. Considera que su pareja lo cela con exceso: Si: ___ No: ___

50. Ha cambiado de pareja frecuentemente: Si: ___ No: ___

51. Vive con su pareja en la misma casa actualmente: Si: ___ No: ___

52. ¿Se comportaron de forma correcta tus padres cuando eras pequeño y convivías con ellos? Si:___ No: ___

53. Consideras que esto pudo haberte afectado en las relaciones con tu familia actual: Si:___ No:___

54. Te afectan las situaciones violentas a que te ves sometido (a):

Si ___ No ___

55. En la casa si alguien ingiera bebidas alcohólicas se pone violento>

Sí___ No___

56. ¿Qué ha hecho usted para aliviar esta situación?.

Ingerir bebidas alcohólicas: ____

Abandonar la casa: ____

Se aparta de los miembros de la familia: ____

No va al trabajo o la escuela: ____

Piensa en autoagredirse: ____

Se conforma: ____

57. Depende usted y su pareja excesivamente de sus familiares:

Si: ____ No: ____

58. En caso de tener hijos (tanto propios como los de su pareja) se ha sentido impotente en la crianza de los mismos: Si: ____ No: ____

59. Por ello los has maltratado: Si: ____ No: ____

60. Cuando ocurren actos violentos en su casa se siente:

Deprimido: ____

Ansioso: ____

Triste: ____

Con miedo: ____

Con temblor por dentro: ____

Le cuesta trabajo dormirse: ____

No duerme bien: ____

Se despierta temprano: ____

Se siente fatigado física y mentalmente: ____

Molesto: ____

Se desmaya sin perder el conocimiento: ____

Muestra total desinterés por todo: ____

Ha bajado de peso: ____

No siente nada: ____

Deja de comer: ____

Dolor en el pecho: ____

Respiración alterada: ____

Cansancio exagerado: ____
Va varias veces al baño: ____
Se le entumecen las manos: ____
Tiene palpitaciones: ____
Sudoraciones: ____
Sequedad de la boca: ____
Sofocación: ____
Salto en la boca del estómago: ____

61. Durante que tiempo se han mantenido esas sensaciones:

Días: ____ ¿Cuántos?: ____
Meses: ____ ¿Cuántos?: ____
Años: ____ ¿Cuántos?: ____

62. La situación violenta ha conllevado a:

Muerte de personas: ____
Daños a su integridad física o moral: ____
Pérdidas materiales devastadoras: ____

62.1. De marcar alguna de ellas responda:

Le ha producido por algunos momentos: ____ horas: ____ días: ____
Distanciamiento del entorno: ____
Desorientación: ____
Agresividad: ____
No habla: ____
No come: ____
No se mueve: ____

62.2. Sueña con el hecho pasadas dos semanas de ocurrido:

Si: ____ No: ____

De ser afirmativa su respuesta diga si le causa:

Depresión: ____
Ansiedad: ____
Temor importante: ____

63. ¿Has solicitado ayuda profesional por causa de la violencia en los últimos dos años?

Si: ____ No: ____

64. Desea ser ayudada(o). Si: ____ No: ____