

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIEGO DE ÁVILA

Facultad de Ciencias Médicas

José Assef Yara



**Intervención comunitaria para prevenir la violencia contra la
mujer en una población de Morón.**

Autora: Dra. Madeline Espinosa Morales.

Tutora: Dra. Rady Moreira Ulloa.

Asesores: DrC León Mármol Soñora.

Dra C Hildelaysi Pérez Nápoles

Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Psiquiatría

2016

Agradecimientos

A Dios, fuerza insuperable, amigo que nunca falla.

A todos mis profesores, por el saber compartido, por el tiempo y dedicación.

A mis compañeros de trabajo, en especial a Sandra Margarita.

A todas las familias que participaron, por la confianza y seguridad depositada.

Al departamento de psicología del policlínico Norte de Morón.

*Dar gracias es la acción de quien ha recibido un bien, mi eterna gratitud
a TODOS*

DEDICATORIA

A mi Hijo, principio y fin de mi ser.

A mi abuela, quien desde el Cielo guía mis pasos.

A mi familia, en especial a mi mamá, para quien mis sueños son prioridad.

A mi esposo, por estar siempre presente, por ser parte de mi historia, por acompañarme y hacer tuyas mis metas.

“ Si assumes que no hay esperanza, garantizas que no habrá esperanza. Si assumes que hay un instinto hacia la libertad, que hay oportunidad para cambiar las cosas, entonces hay una posibilidad de que puedas contribuir para hacer un mundo mejor. Esa es tu alternativa ”

Noam Chomsky

RESUMEN

La violencia intrafamiliar hacia la mujer es un fenómeno que trasciende las barreras culturales, religiosas y sociales, que exige una transformación y pronto accionar por los sistemas nacionales de salud. La presente investigación se propone disminuir y controlar las acciones de fuerza que ocurren contra la mujer dentro del hogar. Se realizó una intervención que permitió la realización de un estudio pre-experimental (del tipo antes y después) a través de una intervención comunitaria, en una población del consultorio¹⁴, del policlínico norte de Morón, durante dos años. El universo estuvo constituido por 35 personas en edades comprendidas entre 20 a 59 años que conviven con las féminas. Entre las variables de interés se investigaron el sexo, la edad, la escolaridad y el tipo de familia. Se aplicó una encuesta al inicio y al final de realizar la intervención educativa con la modalidad de escuela y se utilizaron técnicas participativas en las 8 sesiones de trabajo diseñadas al efecto. La información obtenida se procesó por el programa de análisis estadístico SPSS 21.0 y los resultados finales se agruparon en cuadros donde se plasmaron los resultados alcanzados. Para el análisis se utilizó el por ciento como medida de resumen. Los grupos etarios más frecuentes fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años. Las mujeres estuvieron más representadas, con niveles educacionales de secundaria y preuniversitario perteneciendo mayormente a familias extensas y medianas. En los temas tratados el nivel de conocimiento era inadecuado antes de la intervención y de forma significativa se convirtió adecuado una vez aplicada, se disminuyó la presencia de violencia.

ÍNDICE

RESUMEN.	
• INTRODUCCIÓN.....	1
• OBJETIVO	8
• MARCO TEORICO	9
• DISEÑO METODOLOGICO.....	29
• ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	34
• CONCLUSIONES.....	44
• RECOMENDACIONES.....	45
• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
• ANEXOS.	

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica, familiar, o intrafamiliar, comprende todos aquellos actos desde el empleo de la fuerza física, hasta el acoso o la intimidación, que se producen en el seno de un hogar, y es perpetrada, al menos, por un miembro de la familia contra algún otro familiar. El término *violencia de género*, es muy frecuentemente utilizado, es una expresión menos concreta, y que, en cierto modo, oculta la verdadera naturaleza de la violencia contra la mujer. Estos términos en sí abarcan la violencia entre todos los miembros de la familia, con una importante presencia en Sudamérica. Se vienen utilizando desde 1988 para referirse a la violencia ejercida contra la mujer en el ámbito de la familia, y más concretamente, de la pareja. (1)

La existencia de este tipo de violencia indica un retraso cultural, en cuanto a la presencia de los valores como la consideración, la tolerancia, la empatía y el respeto por las demás personas, independientemente de su sexo. El maltrato doméstico incluye las agresiones físicas, psicológicas o sexuales, llevadas a cabo en el hogar por parte de un familiar que hace vulnerable la libertad de otra persona y que causa daño físico o psicológico. (1)

Habitualmente la violencia no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo. Los principales sujetos pasivos son las mujeres, los niños y las personas dependientes. Lo que todas las formas de violencia familiar tienen en común, es que constituyen un abuso de poder y de confianza. En la pareja el maltrato es mayoritariamente ejercido por él contra ella, y tiene 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). (2)

Los rasgos más visibles del maltrato son los golpes y los asesinatos, los cuales trascienden del ámbito de la pareja, sin embargo los llamados *de baja intensidad*, los maltratos psíquicos, que mantenidos en el tiempo socavan la

autoestima de la mujer, son los que mayoritariamente ocurren. Las peores consecuencias de la violencia contra la mujer en la pareja son los cientos de mujeres muertas cada año en diferentes países, a manos de su pareja o ex-pareja. En algunas sociedades del mundo la mujer vive en constante miedo de la violencia masculina, y de acuerdo con este miedo, limita y da forma a su vida. El hecho de que existan mujeres maltratadas por su pareja es algo muy común en la realidad de la mujer latinoamericana. (3-9)

En la actualidad la violencia doméstica es un problema de salud pública a nivel nacional y mundial. Este drama de mujeres maltratadas se ha convertido en una verdadera pandemia, es una enfermedad que ataca a grupos familiares sin distinción de edades o niveles económicos, sociales y culturales. Hay gestiones constructivas en el plan de solucionar este problema según la OPS, y en base a esto se han elaborado nuevos modelos de gestión con enfoques en las relaciones familiares. Una de ellas es el brindar atención integral a la persona y su familia, y que la prevención y la seguridad, sean los ejes articuladores de la gestión e 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. (10, 11)

Por tanto es un problema complejo y multidimensional, donde existen factores individuales, familiares y sociales que sitúan a la mujer ante el riesgo de sufrir actos violentos o, por el contrario, ayudan a reducir ese riesgo. La violencia contra la mujer está imbricada en las normas sociales y culturales que perpetúan la desigualdad entre las mujeres y los hombres y que perdonan e incluso favorecen la discriminación contra la mujer, incluyendo el castigo por parte de los hombres y otras personas. En especial, la violencia doméstica es el epítome de las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres. El Panel Canadiense sobre Violencia contra la Mujer (1993) afirmó en la introducción a su informe que: *“Es indudablemente claro que las mujeres no se hallarán libres de violencia hasta que exista igualdad, y la igualdad no se conseguirá hasta que la violencia y la amenaza de la violencia desaparezcan de las vidas de las mujeres.”* (12)

En 1975 tuvo lugar la I Conferencia Mundial sobre las mujeres en México. En la que se señala como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer y se declara que el cuerpo humano, sea de hombre o mujer, es inviolable y el respeto por el es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana. Las Naciones Unidas declararon la década de 1976-1985 como Decenio de Naciones Unidas para la Mujer, durante el cual se llevó a cabo un gran esfuerzo internacional en la revisión de los derechos de las mujeres. En 1980 se reconoce que la violación contra la mujer es el crimen encubierto más frecuente en el mundo. (12)

El 18 de diciembre del 2002, la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer que constituye el instrumento internacional más importante para la promoción de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres, ratificada por 150 países, su carácter vinculante la convierte en el marco jurídico para la erradicación de la discriminación. (13)

Al revisar los antecedentes legales, encontramos el origen de la ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia que se sustenta en las violaciones de los Derechos Humanos, Discriminación y Desigualdad, a la cual son sometidas las mujeres, por lo que en el año 2002 en la Conferencia de Belén de Parra, Brasil surte efecto internacional en cuanto a Prevenir, Solucionar, Erradicar y Controlar la Violencia contra la mujer. (14)

Según datos de la institución, que dirige la presidenta chilena Michelle Bachelet contra la violencia en la mujer, en la actualidad hay 125 países en el mundo con leyes específicas que sancionan la violencia de género, mientras que la igualdad entre hombres y mujeres está garantizada en las Constituciones de otras 139 naciones y territorios. (15-16)

El impacto negativo de la violencia contra la mujer en la sociedad mundial, hace necesario revelar su verdadera extensión, tendencia y severidad, con el objetivo de disminuir el deterioro creciente del capital social, por lo que constituye una línea prioritaria de investigación e intervención de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Ministerio de Salud Pública en Cuba (MINSAP). (15-16)

Los datos de ONU Mujeres indican que seis de cada diez mujeres sufren violencia física o sexual a lo largo de su vida por parte, en la mayoría de los casos, de esposos o compañeros sentimentales. (15, 16)

Estudios realizados por múltiples autores, reflejan que millones de mujeres en el mundo son asesinadas por sus maridos. Las consecuencias de la violencia de pareja son muy amplias y constituyen la primera causa de muerte e invalidez en mujeres de 16 a 44 años. (17). En Canadá se estima que 1 de cada 7 mujeres sufre maltrato y en el 40 % de las víctimas se inicia durante el primer embarazo. En estudios realizados en países de América Latina (Chile, Colombia, Nicaragua, Costa Rica, y México) las cifras de prevalencia de violencia doméstica oscilan en cifras del 30 al 60 %.(18)

En recientes publicaciones realizadas en el Reino Unido e Irlanda, por médicos generales, encuentran que en el 39% y 41 % de las mujeres estudiadas, habían experimentado violencia física y cifras aún más altas para la violencia psicológica.(18)

Sin embargo la variabilidad es grande; en algunos países con bajo nivel de desarrollo y en otros en los que la discriminación de la mujer y conductas objetivamente maltratantes, son aceptadas culturalmente, tienen índices más altos de maltrato. (19)

Cuba, con una importante cantidad de población, tanto en el contexto urbano como rural, no escapa a esta realidad (victimización femenina), aún cuando el proyecto social contribuya decisivamente a detener muchos de los factores que determinan el ejercicio de la violencia contra la mujer, igualmente se han propiciado modificaciones sustanciales en torno al lugar y el papel de la familia como célula fundamental de la sociedad, pero sin lograr, hasta hoy, la reestructuración radical de los rasgos patriarcales presentes en la identidad nacional y en los agentes socializadores más importantes, como la familia.(19)

Las mayores tasas de victimización femenina por sus parejas, se reportan en la provincia de Ciudad de la Habana y Camagüey con 161,1 y 120,8 respectivamente, siendo la más baja 11, 5 la de Ciego de Ávila.(20)

A consideración de la autora, al igual que en el resto de Cuba, Ciego de Ávila tiene una subdimensión de la percepción de la violencia, con desconocimiento generalizado de las formas posibles que puede adoptar esta situación. La prevalencia real del maltrato no se conoce, la vigilancia epidemiológica es insuficiente. Por ello, los casos de violencia no se diagnostican, también debido a que en la mayoría de los casos, la víctima reprime el impulso de denunciar el hecho por múltiples causas.

En estudios realizados por un grupo de investigadores del Instituto de Medicina Legal, se apreció que las muertes violentas superan en 10% a las muertes anuales y éstas se producen en el domicilio como lugar frecuente de ejecución del delito. Por otra parte investigaciones realizadas por la Academia de Ciencias, el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), la Facultad de Psicología de la Universidad de la Habana y otras instituciones evidencian que actualmente la familia cubana no ha logrado el nivel de desarrollo que la sociedad necesita.(20)

En Ciego de Ávila se ha venido trabajando en la atención a la mujer maltratada, desde los centros de salud mental creados en el año 2000 y otros espacios en la comunidad, tales como la casa de orientación a la mujer. En el hospital psiquiátrico de la provincia se han realizado diversas investigaciones respecto al tema, García Valdivia en su tesis de terminación reporta que son las gerontes femeninas las más maltratadas y las formas más frecuentes la comunicación inadecuada y la exigencia en las tareas, además de realizar una intervención educativa tipo escuela donde disminuyó la incidencia de la violencia, de igual manera se han realizado otros estudios de intervención en la institución , Molina Pérez y Mármol Soñora, reportaron disminución de la incidencia del alcoholismo después de aplicar estrategias de intervención , lo que demuestra su eficacia e importancia en otras entidades nosológicas.

El tratamiento de la violencia a través de la salud pública es una contribución importante. El abordaje del problema requiere la colaboración, entre otros muchos, de los sectores educativo, de salud, legal, judicial, policial y eclesiástico, así como de las organizaciones comunitarias.(21) Es necesario prestar más atención a la identificación de las medidas preventivas eficaces, orientando la salud pública y la promoción de la salud hacia la difícil y larga tarea de cambiar las actitudes, las normas y las conductas que condenan o incluso favorecen el control masculino y la violencia contra la mujer. La promoción de relaciones más equitativas y responsables entre los géneros, comenzando a edades precoces, es otro elemento importante en la prevención de la violencia. Las acciones en este campo han de ser enfocadas de una manera más sistemática, monitoreando adecuadamente su efectividad y su impacto.

La presente investigación pretende un acercamiento a la realidad de un grupo de mujeres pertenecientes al área norte del municipio Morón y las estrategias diseñadas para lograr la disminución de la violencia en las familias a las que pertenecen , de esta forma contribuir a cambiar tal realidad.

En el área Norte del municipio Morón es insuficiente la preparación de la familia para minimizar la violencia doméstica contra la mujer, por lo que el índice de aparición de este fenómeno se acentúa. Se ha podido observar la frecuencia con que se presenta la violencia y el médico de familia no cuenta con un conjunto de actividades con participación comunitaria que conformen una intervención educativa orientada a modificar actitudes en los familiares, para revertir esta realidad. Tal situación ha sido asumida por la presente investigación como problema científico.

Problema Científico.

¿Cómo modificar las actitudes de los familiares para evitar la violencia doméstica contra la mujer, en un grupo de familias del policlínico Norte de Morón?

En la actualidad desde el punto de vista bioético es necesario propiciar calidad de vida a los pacientes, brindar una atención especializada a la mujer para minimizar la violencia en contra de ella es un deber de todo profesional de la salud y esencialmente del especialista en Psiquiatría, de ahí la novedad y actualidad del tema desarrollado, pues se utilizan métodos y técnicas grupales para el desarrollo de actividades con participación comunitaria orientada a modificar actitudes negativas contra la violencia a la mujer, además se prepara a los profesionales de la comunidad y al equipo de salud del área para accionar sobre sus miembros y aliviar las molestias que el maltrato les ocasiona.

OBJETIVO GENERAL

Aplicar una intervención educativa cuya implementación permita la disminución y el control de la violencia doméstica, en mujeres en riesgo, pertenecientes al área norte de Morón.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Caracterizar la muestra según variables socio-demográficas y socio-culturales.
2. Aplicar un programa de intervención educativa, para disminuir la frecuencia de aparición de la violencia.
3. Evaluar el impacto de la intervención educativa propuesta, después de monitorizar los resultados de cada una de sus acciones.

MARCO TEÓRICO

Antecedentes Históricos

La violencia femenina está ligada a la consideración de la mujer que se desprende de la familia patriarcal. La humanidad en sus orígenes pudo estar constituida por comunidades matriarcales, así lo expuso [Lewis Henry Morgan](#), considerado uno de los fundadores de la [antropología](#) moderna, en su libro *La sociedad primitiva* en 1877. De acuerdo con [Federico Engels](#), «la abolición del derecho materno fue o pudo ser la gran derrota del sexo femenino» Actualmente la familia patriarcal puede aparecer desdibujada tras siglos de esfuerzos de la mujer por emanciparse; en sus orígenes, convirtió a la mujer en objeto propiedad del hombre, el patriarca. (22)

En la Roma clásica, en sus primeros tiempos, es manifiesta la dependencia de la mujer, debiendo obediencia y sumisión al padre y al marido. Este modelo de familia patriarcal ancestral sufrió durante el Imperio y la República numerosas modificaciones y en determinados momentos la mujer llegó a conseguir una cierta emancipación. Los avances que pudieron darse durante el Imperio romano y la República desaparecieron en el período oscuro del Medioevo, una sociedad que rendía culto a la violencia, la ejerció también contra las mujeres y estas se convirtieron frecuentemente en moneda de cambio para fraguar alianzas entre familias. (22)

Fueron las organizaciones feministas en la segunda mitad del siglo XX las que dieron visibilidad plena al problema de la violencia contra la mujer. América Latina y el Caribe ha sido una de las regiones del mundo que mayor atención ha prestado a esta situación, mostrándose especialmente activa en la consolidación de redes sociales, sensibilizando a los medios de comunicación, adquiriendo compromisos institucionales y legislando para erradicar un problema que afecta al 50% de la población mundial limitando y conculcando sus más elementales derechos humanos. (22)

Conceptualización

Se concibe como violencia familiar la totalidad de situaciones violentas que tienen cabida dentro del hogar, se asume que cualquier miembro puede ser dañado y cualquiera puede dañar. Sin embargo, estudios epidemiológicos a nivel mundial, muestran cuales son los grupos más afectados y hacia donde ocurre el daño en mayor frecuencia; hacia las mujeres y los niños. (22)

Para otros autores es el uso intencional de la fuerza y el poder físico, de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones.(22)

Violencia contra la mujer: Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico e incluye amenazas, coerción, privación arbitraria de libertad y puede ocurrir tanto en la vida pública o privada. Tiene como formas:

- Violencia física, sexual o psicológica en la familia.
- A nivel de la comunidad.
- Perpetrada o tolerada por el estado.

Legalmente se ha definido como agresividad humana o comportamiento caracterizado por el uso de la fuerza. Es violencia cualquier acción o conducta, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la persona. (23).

Por otros especialistas ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social de otra persona. Es considerada como el ejercicio de una fuerza indebida de un sujeto sobre otro, siempre que sea experimentada como negativa. Los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social. (23,24)

La OMS define:

Violencia: El uso de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.

Incluye la intencionalidad de producir daño en la comisión de estos actos. (25)

Violencia familiar:

Los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos. (25)

Violencia de género:

Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende las violencias físicas, sexuales y psicológicas incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer. (25)

A consideración de la autora una de las razones que ha entorpecido su investigación en general es la gran complejidad del fenómeno de la violencia y la dispersión del conocimiento científico al respecto, que hacen que no se pueda tratar este tema de forma unidireccional y que diversas ciencias desde su objeto de estudio intenten abordarla. Lo anterior ha traído consigo una gran diversidad de puntos de vista a la hora de enfrentar dicha problemática y un gran número de clasificaciones que se centran en criterios muy puntuales, aun cuando pueden estar atravesada por otras modalidades de violencia.

Se reconocen diferentes clasificaciones, sin embargo por la importancia de esta entidad, hemos considerado pertinente agruparlas en:

- a- Según su forma: físico(enfrentamiento corporal) y no físico (verbal)
- b- Según su origen: mental, moral, social y sexual.
- c- Según su motivación: económico, político y laboral.

Otros autores la clasifican en:

- ✓ .Física y verbal, según los medios empleados para producirla.
- ✓ Física y Psicológica, según la naturaleza del daño.
- ✓ Autoinfligida, Interpersonal y Colectiva, según las características de quién o quienes cometen el acto de violencia.
- ✓ Violencia Familiar, Escolar, Laboral o Moobing, Barrial, según los ámbitos de la vida social en los que se reciba el daño.

Aunque pudieran ser mucho más abarcadoras las clasificaciones, tal es el caso de la Violencia Social, Violencia Política, Violencia Socioeconómica, Violencia Urbana y Violencia General. (26)

Sin embargo hay otros tipos de violencia más sutiles, pero no menos dañinos, patentes en las relaciones interpersonales, entre sujetos que en apariencia no se solidarizan con la conducta violenta ni la practican conscientemente.

Así es, hay formas de comportamiento en apariencia normales que son violentas, pues tratan de forzar una situación a su antojo, por ejemplo, cuando nos inmiscuimos en la vida ajena sin que nos pidan un criterio u opinión, sólo porque esa persona no está actuando como lo haríamos nosotros, como si fuéramos el modelo a seguir, y considerar a todo lo diferente de ese supuesto modelo de normalidad como algo que hay que modificar, cambiar, rehacer, otra manera de manifestarse la violencia doméstica es cuando se desconocen los atributos positivos de la pareja o son objeto de burla , el silencio es otra forma de violencia pues privan a los seres humanos de la tan necesaria comunicación además cuando se trata de subordinar los intereses de la familia a los de uno de sus miembros , cuando ni siquiera son los importantes en ese momento.(27)

Etiología

La etiología de la violencia doméstica es compleja y multifactorial: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con su aparición.(28)

Algunas situaciones ancladas en la tradición y la cultura de muchas sociedades durante siglos se han relacionado con la violencia específica contra la mujer: las relaciones de sumisión y dependencia respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer.(28)

Entre los diferentes modelos teóricos que tratan de explicar esta realidad sociocultural, tenemos los propuestos por Kashani y citados por otros autores en sus trabajos sobre violencia intrafamiliar y sexual:

- ✓ El modelo de aprendizaje social postula que la conducta violenta es aprendida en el hogar, cuyos miembros la repiten posteriormente cuando forman sus propias familias. Dentro de este modelo, Carmen T, García en su trabajo sobre mujeres y violencia afirma: "la persona aprende que la violencia constituye un comportamiento exitoso frente a la frustración o la imitación, entonces la agresión será su modelo de adaptación al estrés. Los niños y los adultos tienden a imitar modelos agresivos observados, incluyendo en el modelo agresivo diferentes formas facilitadoras e inhibidoras del aprendizaje de la violencia.
- ✓ El modelo de la psicopatología sostiene que el origen de la agresividad radica en cuadros clínicos de psicopatología sufridos por el agresor. La violencia es una conducta patológica de un hombre psicológicamente perturbado, pero aunque en muchos casos de hombres maltratadores es posible integrar un diagnóstico de trastorno de personalidad o de enfermedad mental, no hay un tipo específico de psicopatología presente en forma consistente en los hombres violentos, lo que si se observa

habitualmente es que el estar bajo los efectos del alcohol, puede desencadenar crisis de violencia al facilitar la desinhibición de los impulsos agresivos y disminuir el autocontrol y los escrúpulos de orden moral.

- ✓ El modelo de la agresividad estimulada, establece que la conducta agresiva, más que aprendida, deriva del simple deseo de producir dolor, por lo que se enfoca en la intención del maltratador.
- ✓ El modelo sistemático propone que existen relaciones disfuncionales entre los individuos violentos y sus contextos interpersonales, físico y organizacional, los cuales relacionados a su vez, ponen en riesgo a todos los integrantes de la familia por interacciones de abuso y violencia.(29-31)

Se pueden mencionar además otros modelos:

- ✓ El modelo Biológico del comportamiento; donde se interpreta y justifica la dominación masculina como innata, inscrita por los genes, trazando lo que podría llamarse las raíces animales del comportamiento humano. Según este modelo el hombre es agresivo por naturaleza y la mujer es pasiva por la misma razón.
- ✓ El modelo Análisis a partir de los ciclos de la violencia en la pareja hace una aproximación descriptiva a la violencia de género, a partir del cual se aborda como ciclo que se inicia con agresiones menores que se van incrementando hasta alcanzar un clímax, para luego decrecer, a continuación viene un período de arrepentimiento del agresor, después del cual el ciclo se repite. Este análisis no profundiza sobre las causas de la violencia ni en los mecanismos que intervienen en su reproducción.
- ✓ El modelo Socio Cultural enfoca el estudio de la violencia como ejercicio del poder y como resultado de la socialización diferencial. La violencia se ejerce frente a todo comportamiento que implique resistencia o

subversión a un poder establecido, ya que esta es consecuencia de la dinámica y estructura de la sociedad global, constituida por relaciones de desigualdad sociocultural; de relaciones de género, generacionales de clases o de sectores sociales.(31)

La violencia ha sido y es utilizada como un instrumento de poder y dominio del fuerte frente al débil, del adulto frente al niño, del hombre frente a la mujer a través de los tiempos. Jewkes considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia doméstica son la relación de desigual posición de la mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una “cultura de la violencia”, que supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.(32)

Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad, y también a una mayor sensibilidad social respecto al problema. La no-aceptación de estos cambios por el hombre, y el ver peligrar lo que para algunos era vivido como privilegio, ha podido favorecer la aparición de violencia en ocasiones. (32)

Quizás estas causas están en el trasfondo del problema, pero hay factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen las situaciones de violencia y en otras no. (32)

Abordar este gran problema nos remite a indagar el por qué se origina y la gran interrogante de cómo la enfrentamos para prevenirla y por otro lado erradicarla y atender sus recuerdos en las víctimas.

Es pertinente considerar que la violencia no es genética, ni hereditaria; ella se transmite de una generación a otra por ser una conducta aprendida y que esta afecta a todas las culturas, grupos sociales con diferentes status

socioeconómicos en todo el mundo, existiendo en otros casos la probabilidad de adoptar por el individuo conductas violentas por circunstancias particulares que se presentan en sus vidas. (33)

En el núcleo familiar, generalmente intervienen diferentes factores, por parte del hombre hacia su pareja y algunas veces hacia sus progenitores. El comienzo temprano de alcohol o drogas; el contacto con padres alcohólicos o drogadictos en la etapa infantil, existencia de abusos sexuales en la niñez, maltrato entre padres, resentimientos producto de una infancia traumática y el status económico, conlleva al maltrato físico –psíquico hacia la familia. (33)

Otra causa es la cultura actual, en el modelo presente de nuestra sociedad está reforzado el uso de la fuerza para resolver los problemas. Por eso el abusador usa 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. (34)

De esta forma, a partir de la interiorización de los modelos de género, se construye una identidad femenina y masculina que implica valores y roles dicotomizados, que tienden a perpetuar las diferencias existentes entre hombres y mujeres. Estas diferencias, que en los estereotipos sociales presionan de forma distinta al hombre y a la mujer, hacen que ninguno esté libre de influencias negativas, porque ambos son injustamente marcados en diferentes sentidos. Uno de los géneros se ve histórica y socialmente más privilegiado (género masculino), mientras el otro aparece subordinado al primero (género femenino). En la mujer existe una identidad de género subordinada, conformada y avalada por una larga historia de desigualdades sexuales. El modelo de masculinidad dominante caracteriza a los hombres como personas más importantes: seres autónomos, fuertes, potentes y proveedores. Todas estas peculiaridades, que no guardan ninguna relación con predisposiciones innatas, se vinculan directamente con el poder que se le ha adjudicado socialmente al varón, y que se estimula desde un inicio en el ámbito familiar. De esta forma, los hombres, como portadores de ese poder, son impulsados a ejercerlo. En la medida en que esa forma de ser hombre se

transforma en natural, se hace invisible el poder de los hombres sobre las mujeres. Estas características distintivas de cada género, adquiridas durante el devenir histórico social de la humanidad, conllevan a pensar este complejo proceso social en una articulación proporcional en el fenómeno de la violencia, haciéndose evidente un violentamiento desde lo social. Este violentamiento se traduce en el panorama científico como violencia de género. (35)

Las normas y los valores relacionados con los géneros que sitúan a la mujer en una posición subordinada con respecto al hombre mantienen y refuerzan la violencia doméstica contra ella. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. Aunque existen variaciones asociadas a la raza, la clase social, la geografía o la región que han de ser explicadas, feministas y otros estudiosos identificaron las relaciones de desigualdad entre los géneros como la pieza clave de la violencia doméstica y sexual contra la mujer. El contexto cultural específico desempeña un papel importante a la hora de definir los mecanismos por los que la desigualdad de géneros y otros factores influyen en la violencia. (36)

Consideramos que, generalmente, se habla de violencia en aquellos casos que es visible, y se asocia al acto violento, al abuso y la lesión física. Se tienen registros de la violencia cuando tiene tales connotaciones, pero son mínimos los registros de la violencia que se produce en la cotidianidad del hogar, o, simplemente, de una relación de pareja. En el caso de la mujer, en su mayoría, no reconoce la situación que está viviendo como violencia, y, por tanto, no la registra como tal, no es consciente de que la vive. (37)

En Cuba no se evidencian patrones culturales rígidos de poder masculino casi absoluto, como pueden evidenciarse en otras culturas latinoamericanas, en las que ese modelo patriarcal es mayoritario y culturalmente correcto desde esas sociedades. Mujeres y hombres cubanos manifiestan diferentes formas de desconstrucción de los roles de género tradicionales asociados al nivel cultural de los sujetos, y a los valores y normas individuales y de la pareja. Sin embargo, en nuestro país, a pesar de las acciones sociales y los cambios introducidos con el triunfo de la Revolución (los que se siguen llevando a cabo)

para fomentar la equidad de género, los patrones culturales de la sociedad patriarcal continúan siendo fuertes, y como resultado, algunas formas de patriarcado firmemente arraigadas en la conciencia no quedaron removidas (37). Es por eso que se fomentan y perviven en nuestra identidad manifestaciones de violencia masculina, que se exacerban en la convivencia de muchas parejas.

Elementos para la existencia de la violencia:

Para que exista maltrato hacen falta cuatro elementos; a la vez cada uno de estos elementos abarca características peculiares que pueden considerarse como los *factores de riesgo*.

- 1- Víctima.
- 2- Agresor o victimario.
- 3- Situación propicia.
- 4- Medio.

Principales características del victimario o agresor:

- Frustraciones.
- Estrés.
- Conflictos hogareños.
- Bajo nivel socioeconómico; la pobreza incrementa el estrés y este la agresividad.
- El nivel escolar y la edad no parecen ser factores predictivos, pero parece ser más frecuente entre padres adolescentes por su inmadurez para enfrentar la responsabilidad de la paternidad.
- En relación con el sexo, la mujer maltrata más, pero suele ser el hombre quien lo hace con mayor severidad y gravedad.
- No se relaciona con la ocupación, pero sí con el desempleo, subempleo y trabajos inestables.
- En contra de lo que muchos piensan, apenas el 5 % son psicóticos o con verdaderas inadaptaciones sociales, pero en la mayoría existen

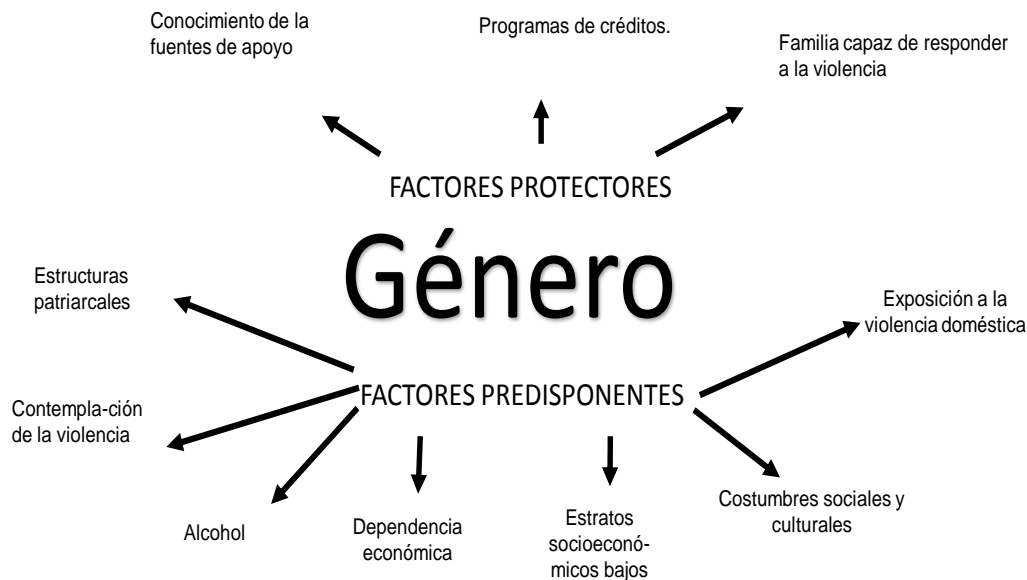
antecedentes de haber sido ellos mismos víctimas de maltrato en su infancia.

Factores desencadenantes que crean situaciones propicias de violencia:

- Los problemas económicos.
- La pérdida del empleo.
- Frustraciones cotidianas.
- Familias disfuncionales extensas, con mala dinámica, en las que abundan las discusiones, las groserías, las críticas, los celos y otros males aún peores como el alcoholismo, la drogadicción, la prostitución y la homosexualidad.(38-43)

Las causas de la violencia contra la mujer se resumen en el siguiente cuadro:

Las causas de la violencia contra la mujer son multifactoriales y complejas



El alcohol

Es necesario mencionar el alcohol, ya que en los distintos estudios se aprecia de manera constante una relación entre el consumo elevado del mismo y la violencia sexual contra las parejas íntimas. Sin embargo, la relación exacta entre el alcohol y la violencia sigue siendo oscura (National Research Council 1996). Muchas personas beben sin que por ello manifiesten un comportamiento violento y muchas palizas y asaltos sexuales ocurren en ausencia de alcohol. No obstante, existen algunos datos según los cuales los varones violentos que abusan del alcohol tienen accesos de violencia con mayor frecuencia y que infligen lesiones más graves a sus compañeras, en comparación con los que no tienen problemas con el alcohol. El abordaje del problema de la violencia dentro de los programas de tratamiento del alcoholismo podría ayudar a reducir la incidencia y la gravedad de las agresiones, pero no terminaría necesariamente con la violencia. (43)

Ciclo de la violencia

Los actos de violencia doméstica no son constantes, hay periodos de calma, intercalados por periodos de violencia en sus diferentes manifestaciones y grados. La Dra. Lenore Walker, describe una teoría del Ciclo sobre Violencia doméstica. (44) Específica tres fases en una relación afectiva en la cual la violencia familiar ocurre:

Fase 1: Incremento de la Tensión.

Fase 2: Incidentes de abuso físico.

Fase 3: Etapa de remordimiento.

Fase 1: Incremento de la Tensión

Esta fase está compuesta por incidentes menores de abuso que gradualmente aumentan en su severidad. La tensión crece hasta que se vuelve insoportable y se pierde el control. La víctima hace intentos de evitar el abuso amoldándose a los requerimientos del abusador, pocas son las que en este punto solicitan ayuda o protección legal. Esta fase puede durar semanas o meses. La violencia escala, muchas veces, debido a una situación donde el hombre quiere imponerse más fuertemente y da un ultimátum, que la mujer no puede satisfacer, ante lo que él reacciona con violencia.

Fase 2: Incidentes de abuso físico.

Se caracteriza por ira incontrolada e impredecible hacia el otro, puede empezar con un empujón y terminar en lesiones graves y hasta la muerte. Es este elemento de pérdida de control y rabia lo que diferencia los incidentes agudos de aquellos de la fase anterior. La intención del abusador es enseñarle a la mujer quien manda y "ponerla en su lugar". Después de la golpiza, el perpetrador tiende a racionalizar sus actos, minimizar los efectos y culpabilizar a la mujer por "hacerle perder el control". La mujer se siente en shock, se culpabiliza, entra en negación de sus sentimientos y racionaliza que ella debe haberlo provocado con algo que hizo o dijo.

Fase 3: Etapa de remordimiento.

Esta fase es conocida como la calma después de la tormenta o la luna de miel. El abusador se comporta amable, cariñoso, atento hacia su compañera. Sabe que ha actuado con violencia, pide perdón y jura no volver a hacerlo más. El honestamente cree que va a cambiar, y la mujer también, por lo que lo perdona y continúa con él. Todas las acciones del hombre por un tiempo son para demostrarle a ella que todo va a ser diferente, hasta iniciará terapia si cree que eso la convencerá mejor a ella. Les domina a ambos un pensamiento mágico omnipotente de que jamás volverá a ocurrir un episodio así. Pero esta fase dura semanas o meses, en lo que vuelve a la fase uno del Ciclo, deja la terapia y vuelve con las humillaciones, manipulaciones, conductas controladoras, celos, etc.

Con el transcurrir del tiempo este ciclo de violencia se acorta, se intensifica la fase dos y se hace más breve la fase tres. En muchos casos la fase de remordimiento desaparece por completo, como lo han reportado sobrevivientes de violencia doméstica. (44)

Recientemente, se ha señalado seis niveles en los que pueden ubicarse los efectos de la violencia, de acuerdo a la combinación de dos variables que hace interactuar: el nivel percibido de amenaza para la persona y el grado de habitualidad de la conducta violenta:

a. *Disonancia cognitiva:* cuando se produce una situación de violencia de baja intensidad en un contexto o en un momento inesperado. La reacción es de sorpresa, de imposibilidad de integrar el nuevo dato a la experiencia propia (Un ejemplo de esto es cuando las mujeres maltratadas relatan el primer episodio durante la luna de miel).

b. *Ataque o fuga:* cuando se produce una situación de violencia de alta intensidad de un modo abrupto e inesperado. En estos casos, se desencadena una reacción psicofisiológica de alerta, pudiendo reaccionar con una posición defensiva u ofensiva, escapándose del lugar o enfrentando la amenaza. Es el caso de las mujeres que atraviesan los ciclos iniciales de la violencia y se ven sorprendidas por una conducta violenta desproporcionada para la situación.

En estos ciclos iniciales, todavía la sorpresa obra a modo de disparador de conductas de ataque o fuga.

c. Inundación- Parálisis: cuando se produce una situación de violencia extrema, que implica un alto riesgo percibido para la integridad o la vida. La reacción puede incluir alteraciones del estado de conciencia, desorientación, y ser el antecedente para la posterior aparición del Síndrome de Stress Postraumático. Muchas mujeres relatan esta experiencia de paralización frente a situaciones tales como amenazas con armas, intentos de estrangulamiento o violación marital.

d. Socialización cotidiana: cuando las situaciones de maltrato de baja intensidad se transforman en habituales, se produce el fenómeno de la naturalización.

Las mujeres se acostumbran a que no se tengan en cuenta sus opiniones, que las decisiones importantes las tome el hombre, a ser humilladas mediante bromas descalificadoras, pasando todas estas experiencias a formar parte de una especie de telón de fondo cotidiano que tiene el efecto anestésico ante la violencia.

e. Lavado de cerebro: Cuando las amenazas, coerciones y mensajes humillantes son intensos y persistentes, a menudo la víctima incorpora esos mismos argumentos y sistemas de creencias, como un modo defensivo frente a la amenaza potencial que implicaría diferenciarse (ella cree que la obediencia automática la salvará del sufrimiento). La mujer, llegado a este punto, puede repetir ante quien intenta ayudarla, que ella tiene toda la culpa, que se merece el trato que recibe, etc.

f. Embotamiento- Sumisión: Cuando las experiencias aterrizantes son extremas y reiteradas, el efecto es el "entumecimiento psíquico", en el que las víctimas se desconectan de sus propios sentimientos y se vuelven sumisas al extremo. En estos casos, la justificación de la conducta del agresor y la autoinmolación alcanzan niveles máximos.

En todos los casos, estos efectos de la violencia sobre la mujer están acompañados por una sintomatología física que suele ser ubicada por los profesionales en el difuso campo de lo psicosomático. Cefaleas, dolores de espalda, trastornos gastrointestinales, disfunciones respiratorias, palpitaciones, hiperventilación, son algunos de los síntomas más frecuentes, acompañando a cuadros psíquicos tales como estados de ansiedad, fobias, agotamiento, adinamia, abulia, depresión, etc. (45)

Consecuencias principales de la violencia intrafamiliar:

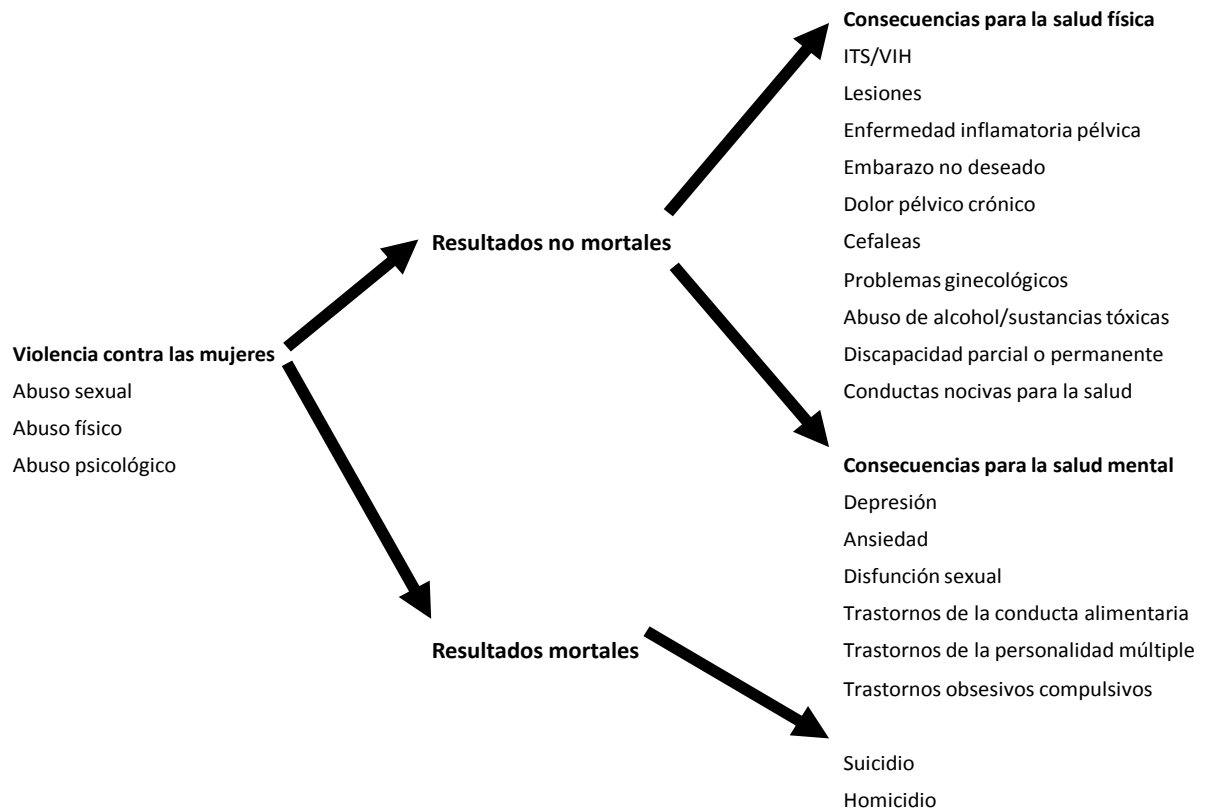
- Pérdida de la dignidad, de la seguridad y de la confianza en sí mismos y en los demás, anulándose la capacidad de controlar el miedo y de rebelarse, con menoscabo del sentido de pertenencia y de competencia propia o autoeficacia.
- La autoestima se encuentra sumamente afectada, experimentándose impotencia y desesperación al comprobar lo inútil de los esfuerzos realizados para solucionar la situación y salir del círculo creado.
- Puede llevar a la resignación y a la aceptación de esa conducta, así como crear mitos y actitudes que la justifiquen y faciliten, tales como los de madre o mujer resignada, hijo obediente y pasivo, anciano indiferente y sujetos sin preocupación por la familia.

-

Consecuencia sobre los hijos como testigo de violencia doméstica:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos de amenaza (su equilibrio emocional y su salud física están en peligro ante la vivencia de escenas de violencia y tensión).
- Dificultades de aprendizaje.
- Dificultades en la socialización.
- Adopción de comportamientos violentos con los compañeros.
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas y trastornos psicopatológicos secundarios.
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por el padre o la madre.

Consecuencias para la mujer maltratada:



Causas de la demora en la denuncia de la violencia

- ✓ Esperanza en que la situación cambie
- ✓ Miedo a represalias en ellas o en sus hijos
- ✓ Vergüenza ante la sensación de fracaso o culpa
- ✓ Tolerancia a los comportamientos violentos
- ✓ Dependencia de la mujer respecto a su pareja: psicológica y económica
- ✓ Situación psicológica de la mujer.
- ✓ Sentimientos de ambivalencia o inseguridad
- ✓ Miedo al aparato judicial
- ✓ No saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir
- ✓ Falta de apoyo familiar, social o económico.(45)

Terapéutica

Los médicos que ven la violencia contra la mujer como una enfermedad suelen enviar al agresor y a la víctima a sesiones de psicoterapia individual o familiar, pero según Adams y otros expertos en este tema, los agresores no suelen ser enfermos mentales y no deberían acudir a sesiones de psicoterapia hasta que hayan pasado por un programa especialmente diseñado para ellos y hayan dejado de ser violentos. (46)

Comprensiblemente, el núcleo de muchos de los esfuerzos de organizaciones de mujeres y de otros tipos consiste en responder a las necesidades de las mujeres que sufren abusos. Sin embargo, el tratamiento de las víctimas de la violencia es solo una parte de la solución. Es clara la necesidad de responder a cada mujer, individualmente, que sufre violencia, lo que además puede servir para evitar la reaparición de la violencia o sus posteriores consecuencias para la salud, la muerte o la discapacidad. Sin embargo, es necesario prestar una atención igual o incluso mayor a la búsqueda de estrategias para la prevención primaria.(46)

El problema de la violencia doméstica tiene una relevancia creciente en todos los contextos culturales y su solución necesita de abordajes multidisciplinarios e interinstitucionales. La perspectiva sanitaria, de salud pública, es una de las de mayor relevancia ya que debe incidir sobre las distintas fases de la historia natural del problema desde su prevención y detección clínica hasta el tratamiento y rehabilitación de las alteraciones biopsicosociales que genera.

El enfoque de salud pública se centra en la prevención e insiste en la oportunidad para la intervención precoz. Su base científica consiste en el análisis social de la salud y en un trabajo multidisciplinario, todo ello esencial para tratar el problema de la violencia contra la mujer.(46-49) El trabajo a desarrollar en este campo ha de basarse en datos fidedignos que describan la magnitud y la naturaleza del problema, los factores de riesgo y de protección y una evaluación de las intervenciones según su efectividad, viabilidad y reproducibilidad.(50)

Las estrategias de prevención necesitan un contexto específico y han de estar dirigidas hacia los factores de riesgo concretos más importantes en cada situación. (50) Las intervenciones destinadas a cambiar las normas y los valores sociales que discriminan a la mujer y que condenan, por ejemplo, el castigo físico de la mujer por parte de sus maridos, son elementos importantes de la prevención. En algunos lugares se han iniciado “Campañas de Tolerancia Cero”, que utilizan los medios de comunicación y otros canales informativos y educativos para promover una cultura que no tolere la violencia contra la mujer o los niños. (51)

Desde el punto de vista ético la violencia intrafamiliar ha sido un tema de interés en las diferentes sociedades; en el año de 1975 tuvo lugar la I Conferencia Mundial sobre las mujeres en México. En la que se señala como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer y se declara que el cuerpo humano, sea de hombre o mujer, es inviolable y el respeto por el es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana. (52)

Las Naciones Unidas declararon la década de 1976-1985 como Decenios de Naciones Unidas para la Mujer, durante el cual se llevó a cabo un gran esfuerzo internacional en la revisión de los derechos de las mujeres. En 1980 se reconoce que la violación contra la mujer es el crimen encubierto más frecuente en el mundo. (52)

El 18 de diciembre del 2002, la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer que constituye el instrumento internacional más importante para la promoción de los derechos y libertades fundamentales de las mujeres, ratificada por 150 países, su carácter vinculante la convierte en el marco jurídico para la erradicación de la discriminación.

Al revisar los antecedentes legales, encontramos el origen de la ley sobre la Violencia contra la Mujer y la Familia que se sustenta en las violaciones de los Derechos Humanos, Discriminación y Desigualdad, a la cual son sometidas las

mujeres, por lo que en el año 2002 en la Conferencia de Belén de Parra, Brasil surge efecto internacional en cuanto a Prevenir, Solucionar, Erradicar y Controlar la Violencia contra la mujer. (51-52)

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio pre-experimental (del tipo antes y después) a través de una intervención comunitaria con la finalidad de disminuir la violencia intradomiliar a la mujer, en el período comprendido de mayo de 2014 hasta mayo de 2016

El universo de estudio estuvo constituido por 66 familias, pertenecientes al consultorio 14 del área norte de Morón, en las que se presentó violencia en la mujer (previamente se realizó un estudio comunitario, donde se identificaron estas familias), de ellas se escogió una muestra de 22 familias que representaron el 33,3% del total, la cual fue calculada por el programa estadístico EPIDAT.3.0 (Anexo 5). Las familias seleccionadas se escogieron por un muestreo aleatorio simple (Anexo 6) y se trabajó con la totalidad de familiares de más de 20 años de edad.

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión: Familiares con disposición para participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Familiares con antecedentes de trastornos psiquiátricos, personas que abandonen el estudio por diferentes causas.

Obtención de la Información:

Se creó una encuesta con la finalidad de medir el nivel de conocimiento de los participantes en el estudio sobre el tema ,para la aplicación de la misma se tuvo en cuenta: un lugar adecuado, con privacidad, lenguaje claro y coherente, no usar terminología médica y aplicar de forma independiente a cada uno de los familiares.

Criterios para evaluar los conocimientos de los pacientes:

Se establecieron los criterios de respuestas adecuadas e inadecuadas en cada una de las preguntas, resultando:

Para las preguntas 3, 6,7

Adecuado: Cuando contesta afirmativamente y expone 4 o más justificaciones correctas.

Inadecuado: Cuando contesta negativamente y las justificaciones correctas son menos de 3.

Para las preguntas 4, 5,8

Adecuado: Cuando expone 4 o más ítems correctamente.

Inadecuado: Menos de 4 ítems o la totalidad respondidas incorrectamente.

Dicho instrumento se aplicó antes y después de la intervención y la efectividad se midió con el mismo instrumento que fueron clasificadas las familias después de 6 meses (Anexo 4).

El programa de intervención educativa que se aplicó fue creado por el equipo de investigadores al tener en cuenta estudios anteriores creados por comité de expertos, a los que se les realizó modificaciones de acuerdo a los objetivos propuestos, para definir los diferentes temas a aplicar en aras de modificar el comportamiento de las familias.

Operacionalización de las variables

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa continua	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años 60 y más	Según años cumplidos	Número y porcentaje según grupo de edad
Nivel de escolaridad	Cualitativa ordinal	Primaria sin terminar Primaria Secundaria Pre-universitario Universitario	Según último grado de escolaridad vencido	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Nivel de conocimientos, actitudes y habilidades	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Según validación del cuestionario	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Tipo de familia según ontogénesis	Cualitativa nominal politómica	Nuclear Extensa Ampliada	Según grupo de pertenencia	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Tipo de Familia según su tamaño	Cualitativa ordinal	Pequeña Mediana Grande	Según grupo de pertenencia	Número y porcentaje según categoría de pertenencia
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según género de pertenencia	Número y porcentaje según grupo de edad

Procesamiento de la información:

Se emplearon los métodos de la estadística descriptiva e inferencial. Los datos se organizaron, clasificaron y resumieron adecuadamente, para un mejor análisis de la información obtenida y se transcribieron a un modelo de datos con las variables y categorías definidas. Se utilizó el Microsoft Excel para crear la base de datos y la misma se analizó con el paquete Estadístico SPSS 21.0 para Windows.

Para evaluar la efectividad de la intervención educativa se utilizó la técnica de McNemar para el análisis de 2 muestras relacionadas cuando las variables son dicotómicas, la cual se basa en la distribución Ji al cuadrado, y asume la hipótesis Ho de que las variables son independientes a nivel estadístico, por lo

cual no existen cambios significativos en las muestras antes y después, contra la hipótesis alternativa H1 que plantea que existen cambios significativos en las mediciones en las diferentes muestras de las variables. Se trabajó con un nivel de significación de 0,05.

Prueba de Mc Nemar

Fórmula:

$$\chi^2 = \frac{(b-c)^2}{b+c}$$

Implicaciones Éticas

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Esta investigación ha cumplido con los principios básicos de la Bioética Médica.

A pesar de que no habrá acciones invasoras, se pedirá a todos los familiares seleccionados su consentimiento para la encuesta. Se explicará el carácter voluntario de declarar aquellos aspectos que no dañen su dignidad, se insistirá en el carácter confidencial de los datos y el manejo anónimo de los participantes, con el uso de códigos de identificación.

La autonomía se mantendrá desde la decisión individual de participar o no en la investigación, por lo que cada paciente leerá, en presencia del investigador, la información necesaria y oportuna sobre el estudio, para posteriormente ambos firmar el acta; del mismo modo, se sostendrá una interacción justa y benéfica con los pacientes.

Respeto a la vida humana: donde se exige que para cualquier investigación en un paciente sea necesario el consentimiento informado del mismo a ser

sometido a la investigación. Así como la finalidad de los resultados, que serán utilizados con principios éticos y fines puramente científicos.

Justicia: todos los beneficios de nuestra investigación serán puestos en función de mejorar el conocimiento sobre la violencia familiar y sus formas de manifestarla.

A los participantes del estudio se les brindó la información sobre la investigación. Se les solicitó su consentimiento informado y su cooperación para responder el cuestionario. Se les explicó la importancia del estudio y por tanto los beneficios que los resultados del mismo representarán para ellos y la sociedad. Todo lo anterior quedó plasmado en el acta de consentimiento informado (Anexo 2)

Se aplicó un programa de intervención educativa que consta de ocho encuentros de 2 horas de duración cada uno y con una frecuencia semanal, fueron utilizadas técnicas participativas como el solapín, la lluvia de ideas, los retazos musicales, el regalo, todas conducentes al debate de conocimientos esenciales sobre el tema objeto de la investigación (violencia intrafamiliar) y los aspectos jurídicos que amparan a la mujer.

En el desarrollo del programa de intervención educativa fueron utilizadas variadas formas de organización de la enseñanza como la conferencia, el taller, la clase práctica y dinámicas grupales.

Los resultados obtenidos para facilitar su análisis e interpretación, compararlos con otros autores así como arribar a conclusiones y recomendaciones, se resumieron en tablas.

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1. Familiares según grupos de edades y sexo. Ciego de Ávila 2016.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 a 29 años	2	5,7	3	8.5	5	14,2
30 a 39 años	4	11,4	9	25.7	13	37,1
40 a 49 años	5	14,2	6	17.1	11	31,4
50 a 59 años	2	5,7	3	8.5	5	14,2
60 y más	0	0	1	2,8	1	2,8
Total	13	37,1	22	62,8	35	100

Fuente: Entrevista al familiar

Como se aprecia los grupos etarios mayor representados fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años con 37,1% y 31,4 % del total de familiares. Resulta importante brindar información sobre violencia familiar en estas edades ya que según Artiles (23, 24,25) muchos de los victimarios en este tipo de situación suelen ser esposos, hijos, o nietos de las mujeres.

Con relación al sexo existió prevalencia del sexo femenino con 62,8%, al contrario de lo ocurrido en un estudio realizado en la provincia de Granma(47), donde predominó el sexo masculino, hecho que se atribuye al fenómeno de que cualquiera puede dañar y ser dañado como plantea Artiles (24).Se menciona además que muchas mujeres en su rol de cuidadoras son a su vez autores de violencia psicológica y en Cuba debido a los problemas socioeconómicos existentes es cada vez mayor la familia trigeracional lo que favorece la existencia de violencia.(52)Autores como C.García plantean que la edad no constituye un factor de interés.(30)

Tabla 2. Familiares según escolaridad y sexo.

Nivel de escolaridad	Masculino	Femenino	Total
----------------------	-----------	----------	-------

	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria sin terminar	1	2,8	0	0,0	1	2,8
Primaria	2	5,7	2	5,7	4	11,4
Secundaria	3	8,5	8	22,8	11	31,4
Pre-universitario	4	11,4	8	22,8	12	34,2
Universitario	3	8,5	4	11,4	7	20
Total	13	37,1	22	62,8	35	100

Fuente: Entrevista al familiar

El trabajo para la prevención del problema del abuso y maltrato a la mujer dentro del hogar, exige cada vez más de la intersectorialidad, implicación y presencia activa de todos los familiares y en el caso de estos últimos los que tienen mayor nivel educacional son capaces de tomar decisiones y asumir actitudes más acertadas en busca del bienestar de la mujer (26). Los niveles educacionales con mayor presencia en este trabajo fueron la secundaria y preuniversitario con 31,4 y 34,2 % respectivamente, coincidiendo con los resultados alcanzados por García Valdivia quien expresa que es algo satisfactorio en un programa de intervención educativa (28). A diferencia de otros autores que plantean que el nivel educacional no constituye un factor predictivo para la presencia de violencia, por lo que carece de importancia en el momento de implementar estrategias de intervención(30).

Durante las sesiones programadas para el estudio, hubo participación activa de todos sus integrantes no existiendo diferencias con los de mayor instrucción académica y fue propuesto incluir el tema dentro de los programas radiales de la localidad por su frecuente aparición y desconocimiento.

Tabla 3. Distribución de las familias según ontogénesis y número de miembros.

Tipo de familia	No	%	Tipo de familia	No	%
-----------------	----	---	-----------------	----	---

según Ontogénesis			según tamaño		
Nuclear	5	22,7	Pequeña	5	22,7
Extensa	10	45,4	Mediana	13	59,0
Ampliada	7	31,8	Grande	4	18,1
Total	22	100	Total	22	100

Fuente: Entrevista al familiar

En el IV Congreso Internacional de Psicología de Uruguay y en el IV Simposio Internacional de Psicología, celebrado en Villa Clara Cuba (7,34) se ha promulgado la necesidad de la atención y estudio de la familia como grupo social por el papel que desempeña como mediatizadora de los procesos entre los individuos, otros grupos y la sociedad, no obstante se sigue haciendo énfasis en sus miembros aislados para el análisis de la misma. En este sentido, cabe destacar que, aunque la familia cubana ha estado a nivel enunciativo e intencional en todos los programas y acciones que tienen lugar en Cuba, no ha estado en la mira de una política global. En otras palabras, ha faltado el enfoque de familia como un todo, y es casi una constante, que el significado de la familia sea más bien sinónimo de individuo.

La tabla muestra la distribución de las familias de acuerdo a su clasificación en ella predominó las familias extensas y mediana con un 45,4 y 59% respectivamente coincidiendo de esta forma con M.Molina quien en su estudio con tres grupos de familia encontró que donde había violencia a la mujer predominaban las familias de tamaño mediano, extensas, compuestas por tres generaciones y con una inserción socioclasista de nivel técnico (27). En una investigación realizada en Ciego de Ávila se encontró que en las familias grandes hay mayor frecuencia de malas relaciones (28,50), lo cual deriva en varias ocasiones en violencia familiar hacia algunos de sus miembros.

Tabla 4. Familiares según nivel de conocimientos sobre la violencia a la mujer como problema social actual.

Nivel de conocimientos,	Antes	Después
--------------------------------	--------------	----------------

habilidades y actitudes	No.	%	No.	%
Adecuado	7	20,0	25	71,4
Inadecuado	28	80,0	10	28,5
Total	35	100	35	100

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento sobre la violencia a la mujer, como problema social actual fue adecuado en 20 % de los participantes antes de la intervención hecho que en opinión de la autora se debe a la existencia de rasgos patriarcales en la identidad nacional, a la discriminación a la que es sometida la mujer en ocasiones, a pesar de los esfuerzos del sistema social cubano y a la subdimensión de la percepción de la violencia doméstica, mejoró hasta un 71,4% luego de esta. Coincidiendo con los datos reportados por García Valdivia quien expresa que antes de realizar su trabajo de intervención existía desconocimiento sobre las formas de maltrato a los gerontes. (28)

Culay en una investigación sobre violencia doméstica manifestó que solo 16 % de los participantes reconocían a la violencia física y sexual como una forma de maltrato no reconociendo la psicológica (8). Debido a la elevada prevalencia e importantes consecuencias que tiene la violencia contra la mujer, se hace evidente la necesidad de que las ciencias sociales sigan avanzando en la investigación e intervención en este ámbito.

Tabla 5. Familiares según nivel de conocimientos sobre formas más frecuente de maltrato a la mujer.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%

Adecuado	11	31,4	26	74,2
Inadecuado	24	68,5	9	25,7
Total	35	100	35	100

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento sobre las formas de maltrato a la mujer fue inadecuado en un 68,5% antes de la intervención, muchos de los familiares consideraron solo la violencia física, la violencia sexual y psicológica fue vista como formas de control, dominio y poder, los insultos, humillaciones, nombres peyorativos, discriminación y aislamiento fue visto como parte de la cotidianidad, no se mencionaron otros tipos de maltrato, mejorando en un 74,2% después de la intervención. En una investigación en España se encontró que de entre todos los tipos de maltrato, los participantes consideraron el físico como el más común sufrido por las mujeres, a diferencia de Latinoamérica donde se incluye además el sexual. (1)

Un trabajo realizado en Granma, arrojó que el conocimiento sobre violencia intradomiliar a la mujer era inadecuado antes de la intervención 85 % y adecuado solo en 15 % (47). Al igual que en este trabajo el conocimiento y actitudes positivas se incrementaron favorablemente luego de la intervención

Tabla 6. Familiares según nivel de conocimientos sobre consecuencias para la mujer víctima del maltrato.

Nivel de conocimientos, actitudes y habilidades	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	18	51,4	29	82,8

Inadecuado	17	48,5	6	17,1
Total	35	100	35	100

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El nivel de conocimiento adecuado y las actitudes positivas sobre las consecuencias para la mujer víctima de maltrato se elevó hasta 82,8% luego de la intervención. En el IV Simposio Nacional de Psicología de Uruguay se expuso que luego de que los gobiernos adoptan políticas constructivas hacia la violencia, aumenta la divulgación de sus causas y consecuencias y se trabaja de conjunto con las víctimas y agresores disminuye la incidencia y prevalencia del maltrato hacia la mujer (7). La Dra. Patricia Arés en su estudio sobre identidad de género en nuestro país expone que sí los victimarios reconocieran las consecuencias que tienen sus acciones tanto para la mujer como para el medio que las rodea, incluyendo los hijos, que en ocasiones imitan las escenas de casa, disminuiría en un porcentaje mayor el desenlace fatal y las afecciones a la salud en niños y adolescentes (40). Los datos que se encontraron coinciden con el estudio realizado en Ciego de Ávila sobre violencia en el adulto mayor. (50)

Tabla 7. Familiares según nivel de conocimientos sobre la importancia de la existencia de centros de ayuda a la mujer.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	12	34,2	21	60

Inadecuado	23	65,7	14	40
Total	35	100	35	100,0

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Se muestra el conocimiento sobre la importancia de la existencia de centros de ayuda a la mujer, 34,2 % de los familiares tenía un conocimiento adecuado y una vez realizada la intervención esto mejoró hasta 60%. Se evidenció que tanto los familiares como las víctimas desconocían de la existencia e importancia de centros de ayuda a la mujer como la Federación de Mujeres Cubanas y los Centros Comunitarios de Salud Mental espacios que sirven para la atención integral a mujeres y victimarios, desde un enfoque multidisciplinario y rehabilitatorio. Se coincide con numerosos estudios que plantean que la mujer por miedo a la denuncia, al incremento de violencia y al desamparo, insisten en no reconocer su existencia, aún cuando son visibles sus consecuencias. (3,7, 23)

Tabla 8. Familiares según nivel de conocimientos sobre dependientes del alcohol conviviendo en el hogar.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	20	57,1	35	100
Inadecuado	15	42,8	0	0

Total	35	100,0	35	100,0
-------	----	-------	----	-------

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

El aumento del riesgo de conductas violentas por el consumo de bebidas alcohólicas se produce por factores multicausales que dependen de la propia acción farmacológica del alcohol, de las características del bebedor y de las condiciones ambientales en que ocurre la ingestión de esa bebida (17,26).

La proclividad a la violencia influenciada por la ingestión de bebidas alcohólicas se puede producir tanto en un bebedor ocasional en estado de embriaguez como en el estado habitual de un dependiente alcohólico (26). Por tanto, beber cada vez menos para no llegar a la embriaguez o no beber será una invitación reflexiva protectora contra la violencia y sus consecuencias. La tabla muestra que antes de la intervención existía un predominio del conocimiento adecuado, sobre el riesgo para la violencia a la mujer del consumo de alcohol por algunos de los convivientes, hecho paradójico pues a pesar de esto se continúa con la práctica y es visto como parte de la virilidad masculina, después de la intervención se alcanzó 100% de conocimientos adecuados, coincidiendo con García Valdivia en estudio realizado en Ciego de Ávila. (28)

Tabla 9. Familiares según nivel de conocimientos sobre las acciones para evitar maltrato a la mujer.

Nivel de conocimientos, habilidades y actitudes	Antes		Después	
	No.	%	No.	%
Adecuado	9	25,7	29	82,8
Inadecuado	26	74,2	6	17,1

Total	35	100	35	100
-------	----	-----	----	-----

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Se encontró que el 25,7 % de los participantes antes de la intervención conocían adecuadamente las acciones para evitar el maltrato a la mujer. Esto mejoró hasta 82,8 % luego del programa educativo realizado. En una investigación realizada en Ciudad de la Habana por el CENESEX se pudo apreciar que después de realizar varias jornadas de promoción y prevención con la ayuda de varios activistas y líderes formales de la comunidad se disminuyó la violencia entre parejas heterosexuales y homosexuales presentes en el estudio. (38)

En España, las primeras terapias de rehabilitación de maltratadores se pusieron en marcha en 1995. El programa, nació tras varios años de prestar asistencia a mujeres maltratadas y comprobar que muchas de ellas seguían conviviendo con su agresor y que no tenían ninguna intención de abandonarle. Tratar a los agresores e intentar que abandonaran sus conductas violentas era una manera más de ayudar a las mujeres que sufrían malos tratos (45).

Tabla10. Distribución de familias según presencia de violencia doméstica.

Violencia	Número	%
Antes	22	100
Después	10	45,4

Prueba de McNemar: $p = 0,000$ ($p < 0,05$)

Después de terminada la intervención se apreció la violencia intradomiliar a la mujer en 10 familias para un 45,4% del total, hecho que se considera satisfactorio ya que coinciden con datos reportados por García Valdivia (28), si bien Cuba, con una importante cantidad de población, tanto en el contexto urbano como rural, no escapa a esta realidad (victimización femenina), aún cuando el proyecto social contribuya decisivamente a detener muchos de los factores que determinan el ejercicio de la violencia contra la mujer, y cuando aún no existe un control epidemiológico del problema es urgente crear nuevas estrategias para su control y prevención , donde se incluyan todos los actores sociales con especial énfasis en el médico general integral(31).

CONCLUSIONES

1. Los grupos etarios de familiares mayor representados fueron los de 30 a 39 años y de 40 a 49 años.

2. Las mujeres estuvieron más representadas en esta investigación, los niveles educacionales con mayor presencia fueron la secundaria y el preuniversitario así como las familias extensas y medianas.
3. Con relación a formas más frecuentes de maltrato, la violencia como problema social, las consecuencias de la violencia, la importancia de la existencia de centros de ayuda a la mujer, sobre convivientes con uso indebido de alcohol, y procedimientos para evitar el maltrato, se encontró que antes de la intervención el nivel de conocimientos era inadecuado.
4. Se disminuyó la presencia de violencia doméstica a la mujer después de aplicada la intervención educativa.

RECOMENDACIONES

- Enfatizar en las diferentes áreas de salud la búsqueda de familias con factores de riesgo para incurrir en el maltrato a la mujer, para brindarle el apoyo y el conocimiento adecuado y de forma evitar su aparición.

- Realizar campañas a través de los medios de comunicación social, plegables y murales de instituciones sobre los temas relacionados con la prevención de la violencia a la mujer.
- Propiciar la realización de otras investigaciones que permita realizar un mayor análisis y brinde una mayor visión de esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Ariana, Jesús. La Violencia doméstica jamás se justifica. Rev Española Estudios Mujer. 2010; 2(1) 1-4.

2-Abbott. J.Johson R, Kizol. Lowenstein B.R.Domestic violencia. Against women prevalence in emergency deoportment population. Yama. 2009; 273(22),1763-7.

3-Espinosa Morales M, Alazales Javiqué M, Madrazo Hernández B, García Socarrás AM, Presno Labrador MC. Comportamiento de la violencia doméstica en mujeres pertenecientes al consultorio "Altos de Milagro". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Jun [citado 23 Abr 2014]; 27(2): 261-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200014&lng=es.

4-Belisario Virguez, Vargas Y. Factores de riesgos que predisponen la violencia física y psicológica contra la mujer en el ámbito familiar. Postgrado. 2011;18(4),186-192.

5-Bringos G. Violencia contra la mujer siempre se comete a puertas cerradas. Rev Regional Psiquiatria Guayana Venez.2011;3 (5): 31-40.

6-Babcock JC, WaltzJ, Jacobson NS, Sottman JM.Power and violence, the relation between pottrns, power discrepancies and domestic violence. J Consult Clin Psychol. 2012; 6(1) 230-8.

7-Caldeiro J. Violencia Doméstica en Sudamérica. IV Simposio Nacional de Psicología. Uruguay; 2011.

8-Culay Pérez A. Mujer y Violencia un problema de Salud comunitaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2004;16(1-5): 8-11.

9-Elliot RA, Johson MN. Domestic violence in a primary care setting patterns and prevalence med. J Eur Med.2012; 4 (2): 113-9.

10-Murphy CM. Treating perpetrators of adult domestic violence. Md Med J.2011; 43(10):87.

11-Nuccette E. La Violencia en Venezuela. Jornadas Nacionales de Psiquiatría. Maracaibo, Venezuela; 2011.

12-Oalleyne G. La violencia en las Américas. Washington D.C: Organización Panamericana de la Mujer;2012.

13-Rubio R. La violencia intrafamiliar un problema de todos y todos. Rev Zuliana Psiquiatría.2009; 20 (4): 3-29.

14-Rubio Madeira P. Trabajo en Venezuela para una nueva ley contra la violencia hacia la mujer. Rev Venez Estudios Mujer. 2010; 2(3): 5-10.

15-Ramirez JC, Unibe G. Mujer y violencia un hecho cotidiano salud pública. Rev Mex Med. 2010; 35(7): 15-19.

16-Restrepo HE. Propuesta de acción para la reducción de los factores de riesgo de la violencia intrafamiliar, ciudad de Lima, Perú. Rev Reg Med. 2012; 1(3): 12-18.

17-Rivas de Mora S. Violencia doméstica contra la mujer en pacientes femeninas de Ambulatorio Belén. Rev Occidental Venez Med Familiar. 2006; 11(1-4): 16-24.

18-Rivero Lzada V. La violencia contra la mujer, una barbarie en pleno siglo XXI. Rev Argentina Estudios Mujer. 2012;2 (5):,12-19.

19-Sansone RA . The prevalence of trauma and its relationships to personality symptoms and self destructive behavior in a prime care setting. Md Med J ,2006 (44)11,35-49.

20-Alvarez Sintés R, Alonzo G. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.

21-Yoshihama M, Sorenso SB. Physical, sexual and emocional abuse, by male internates, women in japan. Violence Vich. 2011; 9 (1): 63-77.

22-Arias M. Cinco formas de violencia contra la mujer. Colombia: Ediciones Santa Fé de Bogotá; 2011.

23-Artiles I. Violencia: un problema social y de salud. Sexol Soc. 2013; 3(8): 32-34.

24-Artiles I. Salud y violencia de género. Sexol Soc.2000;6(15): 27-29.

25-Artiles I. La Violencia: Tres estudios sobre un tema. Sexol Soc.2000; 6(16): 34-36.

26-Carvajal Urrusuno FI.Violencia doméstica en la tercera edad. Rev Cubana Salud Pub. 2010; 36(2): 189-191.

27-Molina M de la C. Violencia Intrafamiliar. Una mirada desde el estudio de un caso. *Rev Cubana Salud Pub.* 2011;24(1)56-67.

28-García Valdivia N. Intervención comunitaria para prevenir la violencia contra el adulto mayor en una población de Ciego de Avila. 2014

29-Gracia, E. y Lila, M. Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Revista Médica de Chile* 2013. 136, 377-384.

30-García C. Violencia contra la mujer . Género y equidad . Harvard. 2010. 58-76.

31-Fombellida M, Fernández K., Morales I. Violencia contra las mujeres. Un problema actual. *Santiago*. 2011. 115, 1532-1545.

32-Ferrer D, León L. *La representación social de la mujer rural villaclareña. Un enfoque desde la perspectiva de género*. Paper presented at the Memorias del III Simposio Internacional de Psicología y Desarrollo Humano, Universidad Central de Las Villas. 2004

33-Ferrer D, Nápoles Y, Torriente Y. *La representación social de la violencia en un grupo de mujeres rurales*. Paper presented at the Memorias de III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, La Habana. (2005)

34-Ferrer D. *Una mirada a la violencia desde la perspectiva de género*. . Paper presented at the Memorias del IV Simposio Internacional Psicología y Desarrollo Humano, Universidad Central de Las Villas. 63. 2005

35- *Violencia y Género. Categorías para una reflexión*. Paper presented at the Memorias del VI Taller Internacional Mujeres en el siglo XXI, Universidad de La Habana. 64. 2005

36-Ferrer D, Taboada P. *Violencia y Mujer. Buscando líneas para su autodesarrollo*. Paper presented at the Memorias de AGROCENTRO, Universidad Central de Las Villas. 2012

37-Díaz, R. E., Peralta, L.I. Artilles, I. y Delgado. Y. Comportamiento de la violencia intrafamiliar contra la mujer en la atención primaria de salud. *Revista Santiago*.2012 (115), 1001-1016. 47.

38-Díaz M., Durán, A. y Chávez, E. (2004). La familia cubana. Realidades y proyección social. *Boletín CIPS from*
[http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips\(2\)](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips(2))

39-Araujo G., Díaz G. Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2010, 24(2), 85-90.

40-Arés P. *Identidad de género y su especificidad en Cuba*. La Habana: Editorial de la Mujer. 2012

41-Arias, M. *Cinco formas de violencia contra la mujer*. Colombia: Ediciones Santa Fé de Bogotá. 2011

42-Violencia Intrafamiliar. Una experiencia Metodológica de registro y seguimiento epidemiológico en el sistema de Salud Pública. Publicaciones de Salud Mental. Santiago de Chile.2012.

43- López L. Mujeres maltratadas en la relación de pareja: estudio de caso desde la dimensión motivacional. *Revista Sexología y Sociedad*. 2015;11(28):9.

44-Peñate A.I. Mujer joven y ejercicio del poder. *Revista Sexología y Sociedad*. 2013;9(4):14.

45-Violencia contra la mujer. OMS, 2016;(239) disponible en
:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

46- Heise LL. La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio. En: Edelson J, Eisikovits 2. *Violencia doméstica: La mujer golpeada y la familia*. Buenos Aires: Granica; 2015. p. 19-58.

47- Espino Pérez Dr. Funcionamiento familiar y violencia doméstica en un área de salud. Granma.Trabajo de Terminación de la Especialidad en Medicina General Integral;2012. p. 29-33.

48-Miranda L, Hapering D, Limón F, Tuñón E. Características de la violencia doméstica y las respuestas de las mujeres en la comunidad rural del municipio de Margaritas. Salud Mental 21(6):19-26, Nov-Dic. 2012.

49- ONU. Violencia, Salud, Problemas Sociales. Conferencia Internacional sobre sociedad, violencia y salud. Washington D.C; Nov. 2005. p.14.

50- Hernández Díaz Y. Identificación de la violencia contra el adulto mayor. [tesis].Ciego de Ávila. Policlínico Norte.2009.

51- Ortiz Gómez M, Louro Bernal I, Jiménez Cangas L, Silva Ayzaguer LC. La salud familiar. Caracterización en un área de salud. Rev Cubana de Med Gen Integr. 2011[Consultado: 9 de junio de 2015];15(3):303-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf>

52-OPS/OMS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Serie Género y Salud Pública Redes o coaliciones de acción. Colección Documentos No. 14 Legislación No. 11. San José, Costa Rica: Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. Violencia doméstica; 2011 [Consultado: 9 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ge/gph10.pdf>

Anexo 1

ENTREVISTA AL FAMILIAR PARA PROMOVER SUS CONOCIMIENTOS EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

1.1. Número de orden

1.2. Local Médico de Familia

2. Edad de la persona encuestada _____

2.1 Edad de la mujer maltratada: _____

3. Sexo de la persona encuestada

3.1 Masculino _____ 3.2. Femenino _____

4. Estado civil

4.1. Soltero _____ 4.2. Casado _____ 4.3 acompañado _____

4.4 divorciado_____ 4.5 viudo_____

5. Escolaridad: -----

6 ¿Cuántas personas conviven en el hogar?_____

Parentesco:

Encuesta:

Estimado paciente se está desarrollando por nuestro equipo de trabajo una investigación por lo que solicitamos su cooperación al responder el siguiente cuestionario:

1- ¿Cuál es su escolaridad? (marque con una "X" según corresponda):

1.1- Universitario_____

1.2- Preuniversitario_____

1.3- Secundaria_____

1.4- Primaria_____

1.5- Primaria sin terminar_____

2- ¿Desde cuándo convive con la mujer residente en su hogar? Marque con una "X" según corresponda:

2.1- menos de 10 años_____

2.2- entre 10 y 20 años_____

2.3- más de 20 años_____

3-¿Considera usted que la violencia contra la mujer es un problema social actual? ¿Por qué?

4- ¿Cuáles son las formas más frecuentes de maltrato contra la mujer que Ud conoce?

5- Mencione las consecuencias que trae para la mujer ser víctima de maltrato.

6 -¿Considera importante que existan centros de ayuda a la mujer? ¿Por qué?

7- ¿Tiene algún efecto negativo sobre la mujer, el consumo indebido de bebidas alcohólicas por parte de un conviviente del hogar?

8- ¿Cuáles acciones considera usted que son importantes para evitar el maltrato en la mujer? Mencione 5 de ellas

Anexo 2

Boleta de disposición de los pacientes para participar en la investigación.
(Consentimiento Informado)

Yo: _____, después de saber en qué consiste la investigación, estoy plenamente de acuerdo en que se me realice la encuesta. Y para que aquí conste, firmo la presente el día ----- del mes de ----- del año -----.

Firma del participante.-----.

Firma del médico-----.

Anexo 3:

Programa de Intervención Educativa

La intervención comunitaria constará de 8 actividades que serán impartidas todos los miércoles en horario vespertino en un aula del policlínico Norte, que será asignada para la misma.

Las fechas y horas que se muestran a continuación están sujetas a cambios en dependencia de la disponibilidad del local asignado, así como por las actividades docentes que pueda la autora presentar en un momento determinado durante la intervención.

Primer encuentro:

Día:3/10/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Norte

Título: Inicio de la intervención.

Objetivos: 1- Presentación formal de los participantes involucrados.

2- inicio de la intervención.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Hojas blancas.

3- Marcador.

4- Mini boletín impreso (será elaborado por la autora de la Intervención).

5- Local del policlínico.

Técnica participativa: El Solapín.

Introducción: Durante este primer encuentro en primer lugar se presenta el equipo de salud formalmente ante los participantes del estudio, luego se procederá a la presentación de cada uno de los participantes para lo cual se utilizará la técnica del solapín la cual consistirá en que cada uno de los participantes colocará su nombre, o la forma en la que le gustaría que sus compañeros lo llamen en un papel que luego se colocarán en un lugar visible como el bolsillo de la camisa y procederán a presentarse uno a uno, momento en el cual podrán contar alguna anécdota o algo que deseen compartir con el resto de los participantes.

Desarrollo: En un segundo momento se hablará sobre los objetivos del proyecto, la importancia del mismo para lograr mejorar el bienestar de las mujeres y prevenir la violencia contra ellas. Se expondrá a los participantes todo lo relacionado con las actividades que se realizarán: días, horarios y lugares previstos; después de explicarles todo lo referido a el proyecto se informará que si no están de acuerdo con las actividades que se realizarán

podrán retirarse del grupo, o que si en algún momento durante la evolución de la intervención decidieran no participar más por diferentes motivos también lo podrán hacer, al finalizar la explicación se entregará a cada uno de los participantes el consentimiento informado impreso.

Por último, como incentivo para la próxima actividad se entregará en forma de mini boletín impreso informaciones referentes al papel de la mujer dentro de la sociedad actual. Se informará el día, hora, lugar, y tema de la próxima actividad.

Segundo encuentro:

Día: 10/10/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico Norte

Título: Concepto de violencia y maltrato contra la mujer

Objetivos:

- 1- Informar sobre el estado actual de la temática.
- 2- Analizar el concepto de violencia y maltrato
- 3- Conocer los datos más relevantes sobre la estadística de esta entidad.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Previo al desarrollo de la actividad se realizará un recordatorio de la actividad anterior.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia, con un Power Point con imágenes y datos relevantes del tema que se tratará, para lograr que el encuentro sea más emotivo y dinámico. Se tratarán los temas referidos al concepto de violencia, los datos más relevantes con respecto a la estadística de esta entidad y por último lo referente al estado actual del tema en diferentes áreas geográficas.

Por último se formularán varias preguntas, tales como ¿Sabían ustedes que algunas enfermedades físicas y mentales son provocadas por el maltrato contra la mujer? ¿Conocen de alguna actividad profesional que pueda llevarlos a padecer dicha enfermedad? ¿Saben ustedes que es un factor de riesgo? ¿Conocen de algunas de las labores que nuestro sistema de salud desarrolla para reducir al máximo la incidencia de factores que pueden ser causas de violencia contra la mujer?

Tercer encuentro:

Día: 17/10/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Factores de riesgo de la mujer que la predisponen al maltrato por sus convivientes.

Objetivo: - Analizar los principales factores de riesgo que pueden promover el maltrato contra la mujer.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: técnicas de grupo focal.

Introducción: Se ofrece un resumen a modo de recordatorio de los temas tratados en la primera actividad y se realizarán simultáneamente preguntas de comprobación.

Desarrollo: Para dar comienzo a la actividad utilizará la técnica de los grupos focales, la misma consiste en el conocimiento de los nombres de cada cual y su interacción directa, de modo que el grupo adquiera un nivel de aproximación emocional que permita el intercambio y la incorporación de los conocimientos impartidos.

En un segundo momento se impartirá una conferencia utilizando un Power Point, en la cual se tratará el origen de la violencia contra la mujer, haciendo énfasis en los factores de riesgo ambientales y al final se dará una introducción de la siguiente actividad, en la cual se hablará del aislamiento como factor de riesgo capital.

Cuarto encuentro:

Día: 24/10/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: El aislamiento en la mujer.

Objetivo:

- 1- Valorar el aislamiento como el factor de riesgo del maltrato contra la mujer.
- 2- Determinar los diferentes patrones que favorecen el aislamiento de la mujer maltratada

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

3- Pizarra.

Técnica participativa: Dinámica de grupo (Lluvia de ideas).

Introducción: breve resumen de la actividad anterior que a su vez introduce al auditorium dentro del tema a tratar en este encuentro y se realizarán preguntas de comprobación.

Desarrollo: Se explica a los participantes en qué consiste una lluvia de ideas, en la misma cada miembro expondrá con sus palabras la forma de maltrato que conoce, además sus características, antes de comenzar se escogerá a un participante que actuará como relator y se encargará de anotar todos los datos que se expongan en una pizarra y la autora actuara como coordinadora.

Posteriormente se determinaran los patrones predominantes, y se hablará acerca de las modificaciones en el riesgo que pueden ocurrir teniendo en cuenta los diferentes patrones de maltrato. Seguidamente se efectúa un mini debate acerca de las mujeres maltratadas y su derecho a vivir con bienestar y a mantener un ambiente de paz y equidad en el hogar.

Quinto encuentro:

Día: 31/10/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Repercusión de la violencia contra la mujer.

Objetivo: 1- Analizar los daños que produce el maltrato en la mujer.

2- Enumerar alguna de las enfermedades a las cuales está asociado.

Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Técnica participativa: Tormenta de ideas.

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizarán preguntas de control, luego se realizará una breve introducción del tema como incentivo de la actividad.

Desarrollo: Se imparte una conferencia guiada por un Power Point que abarca temas relacionados con modificaciones ocasionados por la violencia y algunas de las entidades que se asocian indirectamente con estos problemas.

En la próxima actividad se hablará de las manifestaciones clínicas de la mujer maltratada en sus diferentes formas de presentación, y como motivación se mostrará una ilustración con los daños sufridos más frecuentes por las mujeres víctimas del maltrato.

Sexto encuentro:

Día: 14/11/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Clase práctica sobre las consecuencias para la familia, de la mujer víctima de violencia.

Objetivo: - Lograr que los participantes sean capaces de identificar los síntomas y Signos más frecuentes de la mujer maltratada.

Tipo de actividad: Clase práctica.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

3- Pizarra.

Técnica participativa: -Retazos musicales.

Introducción: Se realizará un resumen del tema tratado en la actividad anterior a modo de recordar los datos más importantes para lograr que la actividad de ese día fluya de modo dinámico.

Desarrollo: Para desarrollar la clase práctica se dividirá el grupo en cuatro subgrupos de 5 varias personas, a cada subgrupo se le entregará una hoja con un listado de síntomas y signos enumerados, los participantes deben poder identificar cuales se corresponden con el maltrato, después se expondrán en la pizarra, y se discutirán los resultados de cada grupo. Para finalizar este encuentro se realizará la dinámica de animación "Retazos musicales ", donde cada participante entonará un fragmento de una canción y el resto deberá identificarla.

Séptimo encuentro:

Día: 21/11/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Aspectos jurídicos y legales sobre el trato a la mujer.

Objetivos: 1- Mencionar la clasificación de lo que constituye delito contra la mujer
Tipo de actividad: Conferencia.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Una computadora.

3- Local del policlínico.

Introducción: Se realizará una breve reseña de la clase anterior y se realizaran preguntas de control.

Desarrollo: Se impartirá una conferencia con un Power Point abarcando la clasificación de los principales delitos de maltrato contra la mujer. Se explicará a quien acudir en caso de conocer de alguna mujer maltratada en su propio hogar. Se enfatizará en la asistencia a la casa de orientación de la mujer y la familia como principal escenario para la aplicación de este programa que promueve el conocimiento de la ley en este tema.

Para finalizar la actividad se invitara a todos los integrantes a participar del último encuentro donde se realizará una actividad de despedida.

Octavo encuentro:

Día: 28/11/14

Hora: 1:00 pm-1:50 pm (primer grupo)

2:00 pm-2:50 pm (segundo grupo)

Lugar: Policlínico

Título: Terminación de la intervención.

Objetivo: Fortalecer los vínculos creados entre los participantes.

Duración: 50 minutos.

Recursos: 1- Médico.

2- Local del policlínico.

Técnica Participativa: -Regalo y utilidad.

Introducción: breve resumen de la intervención, y se recordarán los datos más importantes de la misma.

Desarrollo: En esta última actividad se realizará la técnica de animación " El regalo y la utilidad ", la misma consistirá en que los participantes se dividirán en dos grupos, uno expresará un regalo al oído de su compañero y en sentido inverso se regalará una utilidad, al finalizar cada participante dirá qué regalo y cual utilidad se le dio.

Al terminar la intervención se entregará a los participantes un recuerdo de su participación durante la intervención.

Anexo 4: Cuestionario aplicado a familias que conforman la muestra donde existió violencia intrafamiliar

1-¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de violencia por algún miembro de su familia? Especifique cual.

SI_____

NO_____

En caso de responder afirmativamente. Explique el tipo de violencia empleada Si responde afirmativamente la pregunta número 1 continuar la entrevista.

2- Edad 15-24_____

25-34_____

35-44_____

45-54-----

55-64-----

65años y más-----

3-Grado de escolaridad. Analfabeta_____

Primaria_____

Secundaria_____

Bachiller____

Universitaria_____

4- Estado Civil. Soltera_____

Casada_____

Acompañada_____

Divorciada_____

Viuda_____

5-¿Cuántas personas conviven con usted? Explique el grado de parentesco.

6- ¿Dentro de su familia alguien consume alcohol o drogas de forma ilícita con frecuencia?

7-¿Conoce Ud. Si su agresor ha sido maltratado física, sexual o emocionalmente en reiteradas ocasiones con anterioridad?

8-¿Qué consecuencias ha tenido para su salud el ser maltratada?-----

9-¿En alguna ocasión usted ha acusado legalmente a su agresor?-----

Anexo: 5

Salida del programa EPIDAT para el cálculo del tamaño de la muestra.

Tamaños de muestra y precisión para estimación de una proporción poblacional

Tamaño poblacional: 66

Proporción esperada: 5,000%

Nivel de confianza: 95,0%

Efecto de diseño: 1,0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
---------------	-------------------

8,000

22

Anexo: 6

Salida del Programa EPIDAT.

Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 66

Tamaño de muestra: 22

Número de los sujetos seleccionados

8	10	14	15	23	26	28
29	27	31	40	45	46	51
54	55	56	60	62	63	65
66						