

Acciones educativas para prevenir la violencia contra la mujer

Carmen Olivera Carmenates¹, Ana Mary Bestard Aranda², Mirulaidés Lahera Basulto³, Lázara Fell Guerra⁴, Daysbet Leyva Ortiz⁵

1. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Auxiliar. Departamento de Enfermería. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central oeste Km 3 ½. E-mail: caroc@enferm.cmw.sld.cu.
2. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente. Departamento de Docencia. Policlínico Universitario Tula Aguilera Céspedes. Calle J. Esquina Carretera Central Oeste, Reparto La Rubia, Camagüey. E-mail: aranda@poloeste.cmw.sld.cu.
3. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Instructor. Departamento de Enfermería. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera Central Oeste Km 3 ½
4. Licenciada en Enfermería. Policlínico Universitario Tula Aguilera Céspedes. Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia No. 9. Carretera de Palomino / 4 y Cupey. Reparto Agramonte, Camagüey.
5. Licenciada en Enfermería. Profesor Asistente. Departamento de Enfermería. Facultad Tecnológica. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Carretera central oeste Km 3 ½

Resumen

Introducción: La violencia contra la mujer ha sido durante años un problema invisible, tan considerado del ámbito de lo privado que ni las propias mujeres víctimas de ella se atrevían a nombrarla. **Objetivo:** Elevar el nivel de conocimientos y orientación sobre la violencia contra la mujer. **Material y métodos:** Se realizó un estudio de intervención en féminas del Consultorio 9, perteneciente al Policlínico “Tula Aguilera”, de la Provincia Camagüey, entre septiembre de 2016 y febrero de 2017. El universo de estudio lo constituyeron 180 mujeres mayores de 20 años de edad. La muestra quedó conformada por 25 de las mismas, teniendo como fuente primaria de datos la historia clínica familiar.

Resultados: Las féminas no tenían un adecuado conocimiento acerca de los tipos de

violencia. En cuanto a las consecuencias que puede ocasionar identificaron en menor cuantía la discapacidad, la práctica de violencia contra los que las rodean, las disfunciones sexuales y desnutrición. La orientación del procedimiento a realizar ante manifestaciones de violencia no era el adecuado. Solo el 32% expresaron acudir a un centro de salud donde se justifique que ha sido violentada, y el 60% opinaban que debían quedarse calladas. Después de efectuadas las acciones educativas se modificaron los conocimientos expresados a través de la encuesta. **Conclusiones:** La violencia contra la mujer no es correctamente identificada por la población. Su reconocimiento constituye la primera dificultad que se debe vencer para enfrentarlo. Las acciones educativas desarrolladas contribuyeron a elevar el nivel de conocimientos y orientación sobre esta problemática.

Palabras clave: acciones educativas; violencia contra la mujer; género; féminas; maltrato.

Introducción

La violencia contra la mujer ha sido durante años un problema invisible, tan considerado del ámbito de lo privado que ni las propias mujeres víctimas de ella se atrevían a nombrarla.¹

Traducida en términos de maltrato, abuso o acoso, este fenómeno alcanza en la actualidad a nivel mundial proporciones enormes. Tal es así que se ha transformado en una preocupación de salud pública en numerosos países debido a las graves consecuencias que conlleva a mediano y largo plazo en quienes la experimentan.^{2,3}

Aunque estas situaciones ocurran dentro de las paredes de las viviendas, no dejan de constituir un delito, pues las personas sometidas resultan gravemente perjudicadas al originarse en ellas un debilitamiento físico y psicológico que les conduce a innumerables problemas de salud, repercute en la productividad laboral de los adultos y el rendimiento escolar de los niños y adolescentes.⁴⁻⁶

No recibir atención propicia en la cuarta parte de las mujeres maltratadas realizar conductas autodestructivas, padecer en la mitad de los casos de depresión, ingerir más psicofármacos y una de cada diez padece un brote psicótico; síntomas que se mantienen al menos cinco años después de haber cesado la violencia y hasta quince

años después pueden sufrir de trastornos psicosomáticos ocasionados por este problema.⁶

Un aspecto a tener en cuenta con relación a la violencia contra la mujer, es el consumo de estupefacientes. La droga no es la causa de la violencia, pero su ingestión tiene un claro efecto sinérgico con otros factores que anticipan la violencia. De hecho, los factores de riesgo en el comportamiento violento y el consumo de drogas son los mismos y son compartidos por los agresores.⁷

En la región de América Latina y el Caribe, hay cada día mayor conciencia sobre la violencia contra la mujer y se han hecho numerosos esfuerzos para ofrecer servicios a las víctimas e introducir sanciones judiciales contra sus agresores; sin embargo, las acciones para su prevención y control son todavía muy limitadas², ya que es uno de los problemas que en la actualidad afecta con fuerza creciente las condiciones de salud de la población en todo el mundo.³

En México, se encontró una prevalencia de maltrato de 16 a 20% en adolescentes, y el maltrato emocional y físico fueron los más comunes. La madre es quien más frecuentemente ejerce el maltrato. La violencia entre los padres condiciona el maltrato hacia los hijos.^{4,5}

Cuba no escapa de este flagelo, estudios realizados reportan que cada diez familias 1,22 presentan violencia en su interior, predominando el sexo femenino en las víctimas en proporción de dos mujeres por cada hombre.⁸

De este modo, es frecuente observar en la calle o en el hogar la ocurrencia de altercados por el más mínimo desacuerdo⁹. Aunque no alcanza la magnitud de otras naciones, la violencia contra la mujer continúa siendo una preocupación del Estado cubano y la salud pública; por tanto, se invierten recursos y se crean políticas de salud que impulsan el desarrollo de programas actuales, así como de estrategias de intervención psicosocial para la prevención de la conducta violenta.¹⁰

Los años '90 del siglo pasado marcaron el inicio de los estudios sobre violencia de género en Cuba, a partir del creciente interés y preocupación de la comunidad científica.

Ello llevó a la creación de La Cátedra de la Mujer en la Universidad de la Habana, y, La Casa de Orientación a la Mujer y la Familia, creadas por la Federación de Mujeres

Cubanas (FMC). Estas instituciones se han dedicado a profundizar en las causas y características en que se manifiesta la violencia contra la mujer, con el fin de trazar estrategias para enfrentar el problema.¹¹

Los autores opinan que el trabajo de prevención y atención de la violencia intrafamiliar en Cuba se puede ver en las transformaciones sociales que se han operado en el país para erradicar la discriminación, por razones de clase, raza y género, labor en la que se ha destacado la FMC, en su condición de mecanismo nacional del gobierno cubano para el adelanto de la mujer.¹²

El abordaje de esta temática como investigación es importante para todos los profesionales de la salud, que no pueden permanecer ajenos a esta problemática. Su intervención es necesaria en la prevención, detección y tratamiento de este complejo problema, en el que es imprescindible un abordaje integral, y coordinado con otros profesionales e instituciones.

Por todo lo anteriormente expuesto nos motivamos a realizar esta investigación, que tiene como objetivo elevar el nivel de conocimientos y orientación sobre la violencia contra la mujer en el Consultorio del Médico y la Enfermera de la Familia No. 9, perteneciente al Policlínico “Tula Aguilera”, de la Provincia Camagüey

Material y métodos

Se realizó un estudio de intervención educativa en el Consultorio No. 9 del Policlínico Universitario “Tula Aguilera”, de la provincia Camagüey, entre septiembre de 2016 y febrero de 2017.

El universo de estudio lo constituyeron 180 mayores de 20 años de edad. La muestra quedó conformada por 25 de las mismas, seleccionadas de forma aleatoria, teniendo como fuente primaria de datos la historia clínica familiar.

El estudio se dividió en tres fases:

- Fase diagnóstica.
- Fase de intervención.
- Fase de evaluación.

Fase diagnóstica:

Utilizando las historias clínicas familiares se confeccionó un listado con nombre, apellido y dirección. Se le realizó una visita al hogar donde se solicitó el consentimiento informado para la investigación. Posteriormente se aplicó una encuesta a través de la cual se obtuvieron datos que indagan sobre el nivel de conocimiento de estas féminas sobre la violencia en la mujer. Se consideraron las siguientes variables:

- Manifestaciones de violencia física.
- Manifestaciones de violencia psicológica.
- Manifestaciones de violencia sexual.
- Consecuencias de la violencia.
- Procedimiento a tener en cuenta ante una violencia.
- Evaluación cualitativa del nivel de conocimiento.

Fase de intervención: En esta etapa se procedió a la elaboración y desarrollo de las actividades educativas, para lo cual se aplicaron varias técnicas educativas (animación y participación). Una vez diseñadas, se impartieron 4 secciones de intercambios, con una duración de 50 minutos y una frecuencia semanal en el horario de la tarde en el mismo consultorio.

Organización del sistema de acciones educativas.

1ra semana

Tema 1. Introducción sobre el tema de la violencia de forma general.

Objetivos:

- Definir la violencia.
- Clasificar la violencia.
- Explicar su comportamiento en el mundo, país y áreas de salud.

Metodología:

- Actividad 1. Técnica de presentación: Hola, hola.
- Actividad 2. Técnica de animación: Lluvia de ideas.
- Actividad 3. Charla educativa sobre la definición de la violencia y su clasificación, así como su comportamiento en el mundo, país, provincia y área de salud.
- Actividad 4. Evaluación y cierre (positivo, negativo e interesante) PNI.

Medios de enseñanza: Pancartas de promoción.

Tiempo de duración: 50 minutos.

2da semana

Tema 2. Formas de manifestarse la violencia. Factores de riesgo. Consecuencias para su salud.

Objetivos:

- Dar a conocer las manifestaciones de la violencia en general.
- Identificar factores de riesgo que puede ocasionar la violencia así como sus consecuencias.

Metodología.

- Actividad 1. Debate acerca del tema anterior.
- Actividad 2. Técnica de animación. Lluvia de ideas.
- Actividad 3. Charla educativa sobre la violencia, sus consecuencias para la salud así como factores de riesgo que pueden propiciarla.
- Actividad 4: Evaluación y cierre (PNI).
- Medios de enseñanza: Computadora (Power point).
- Tiempo de duración: 50 minutos.

3ra semana

Tema 3: Violencia contra la mujer. Orientación y conductas ante las mismas.

Objetivos:

- Explicar la importancia que tiene denunciar cada hecho de violencia.
- Orientar el procedimiento para realizar la denuncia.
- Explicar las leyes de protección que socialmente tiene la mujer.
- Explicar la influencia de las organizaciones de masas en el control de la violencia en las féminas.

Metodología.

- Actividad 1. Debate acerca del tema anterior.
- Actividad 2. Técnica de animación: Lluvia de ideas.
- Actividad 3. Charla educativa sobre la importancia de denunciar cada hecho de violencia y el procedimiento para realizar la denuncia, así como las leyes de protección que socialmente tiene la mujer y la influencia de las organizaciones de masas en el control de la violencia en las féminas.
- Actividad 4. Evaluación y cierre (PNI).

- Medios de enseñanza: Afiches y plegables de promoción de salud.
- Tiempo de duración: 50 minutos.

4ta semana

Tema: Culminación de la estrategia educativa.

Objetivo: Evaluación y cierre de la estrategia.

- Metodología
- Actividad 1. Debate acerca del tema anterior.
- Actividad 2. Técnica de ambientación. Los nombres escritos.
- Actividad 3. Aplicación de la encuesta.
- Actividad 4. Técnica del PNI.
- Actividad 5. Despedida.

Fase de evaluación: La misma comienza al concluir el sistema de acciones educativas aplicándose nuevamente la encuesta inicial para evaluar los conocimientos adquiridos, comparándose los resultados antes y después del mismo, lo que permitió demostrar la necesidad y factibilidad de las acciones.

Una vez realizado el diagnóstico, aplicada las acciones educativas y medido el impacto, los datos obtenidos se procesaron de forma automatizada. Se empleó la estadística descriptiva a partir de distribuciones de frecuencia en valores absolutos y por ciento. Los resultados son expresados en forma de tablas confeccionadas con el programa Microsoft Excel.

La evaluación cualitativa del nivel de conocimientos en ambos momentos de la investigación se realizó atendiendo a la puntuación general de las preguntas de cada encuesta, para lo cual a cada elemento de la variable se le asignó el valor de un punto (1) si era marcado correctamente y de (0) si era incorrecta la respuesta, tomándose como guía para esto que todas las respuestas debían marcarse con una (x) ya que en su totalidad eran correctas.

Luego se sumaron los puntos de todos estos elementos y se otorgó una calificación, según rangos de puntuación que se correspondieron con el por ciento de respuestas correctas que a continuación se muestran:

Puntuación	Calificación
39- 41 (más de un 90%)	Bien

30 -38 (entre 70 – 90%)	Regular
Menos de 30 (menos de 70%)	Mal

Resultados y discusión

Tabla 1. Distribución según manifestaciones de violencia física antes y después de aplicado el sistema de acciones educativas. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Septiembre 2016 - Febrero 2017.

Manifestaciones de violencia física	Antes		Después		n = 25.
	Cantidad	%	Cantidad	%	
Puñaladas	14	56	24	96	Fuente: Encuesta. Observaciones predominio
Quemaduras intencionadas	15	60	22	88	
Bofetadas	16	64	25	100	
Golpes	16	64	25	100	
Empujones	17	68	25	100	
Heridas	18	72	24	96	

minio de opiniones que entre las manifestaciones de violencia física antes de realizada las acciones educativas se encontraban las heridas (72%), empujones (68%), bofetadas y golpes (64%). Después de efectuada las acciones educativas se constató un aumento significativo en los conocimientos acerca de violencia física.

Tabla 2. Distribución según manifestaciones de violencia psicológica antes y después del sistema de acciones educativas. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Septiembre 2016 - Febrero 2017.

Manifestaciones de violencia psicológica	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Silencio	3	12	21	84
Amenaza con abandonar el hogar	8	32	25	100
Limitaciones para participar en actividades	11	44	24	96

sociales				
Limitación para trabajar fuera del hogar	13	52	23	92
Gritos	14	56	24	96
Infidelidad	16	64	21	84
Humillaciones	14	56	24	96
Insultos	16	64	24	96
No recibir ayuda o abandono durante el embarazo	17	68	25	100

n = 25.

Fuente: Encuesta.

Antes del desarrollo de las actividades las manifestaciones de violencia psicológica no eran correctamente identificadas por las féminas, ya que opinaban, en menor cuantía solo (12%), que el silencio, así como amenaza con abandonar el hogar (32%) entre otras, constituían para ellas este tipo de violencia.

Después de aplicadas las acciones educativas se observó un aumento positivo en las opiniones sobre las manifestaciones de violencia psicológica, lo que permitió a estas féminas apropiarse de nuevos conocimientos sobre esta tema.

Tabla 3. Distribución según manifestaciones de violencia sexuales. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Septiembre 2016 - Febrero 2017.

Manifestaciones de violencia sexual	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Acto sexual para obtener dinero o pertenencias materiales sin desearlo	6	24	25	100
Petición de favores sexuales a cambio de calificaciones escolares o trabajo.	8	32	19	76
Relaciones sexuales solo	11	44	25	100

por complacer a su pareja				
Ofensas sobre su figura corporal	13	52	20	80
Relaciones sexuales sin disfrute, solo lo hace su pareja	16	64	25	100
Relaciones sexuales en contra de su voluntad	20	80	25	100

n = 25.

Fuente: Encuesta.

Antes de realizar las acciones educativas las féminas no identificaron adecuadamente manifestaciones de violencia sexuales, donde observamos en menor cuantía el acto sexual para obtener dinero o pertenencias materiales sin desearlo (24%) y la petición de favores sexuales a cambio de calificaciones escolares o trabajo (32%). Después de realizadas las acciones educativas encontramos un mejor nivel de opinión respecto a este tipo de violencia.

Tabla 4: Distribución según las consecuencias que puede ocasionar la violencia. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Septiembre 2016 - Febrero 2017.

Consecuencias de la violencia	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Desnutrición	1	4	17	68
Dependencia Económica	5	20	19	76
Difusiones sexuales	7	28	24	96
Discapacidad	8	32	25	100
Practicar la violencia contra los que te rodean	8	32	25	100
Intento de suicidio	9	36	25	100
Infidelidad	10	40	22	88
Lesión Física	10	40	25	100
Ansiedad	11	44	24	96

Inseguridad	11	44	25	100
Embarazo no deseado	11	44	23	92
Homicidio	14	56	24	96
Depresión	15	60	23	92
Desconfianza	15	60	25	100

n = 25.

Fuente: Encuesta.

Relacionado con las consecuencias que puede ocasionar la violencia se pudo constatar que antes de realizar las acciones educativas las féminas identificaban en menor cantidad la discapacidad así como la práctica de la violencia contra los que te rodean (32%), seguidas de las disfunciones sexuales (28%) y desnutrición(4%). Después de cumplidas las acciones educativas pudimos apreciar que los conocimientos se ampliaron (98 y 100%).

Tabla 5. Distribución según la orientación del procedimiento que se debe realizar ante manifestaciones de violencia. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Septiembre 2016 - Febrero 2017.

Formas del procedimiento ante manifestaciones de violencia	Antes		Después	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Divorcio	1	4		
Denunciarlo ante la justicia	4	16	25	100
Arreglar el problema con su opresor	6	24	21	84
Acudir a un centro de salud donde se justifique que ha sido violentada	8	32	25	100
Acudir a las autoridades	10	40	25	100
Casa de orientación a la familia	11	44	25	100
Quedarse callada	15	60		

n = 25.

Fuente: Encuesta.

Como se observa el número de mujeres que refirieron tener orientación acerca del procedimiento que se debe realizar ante manifestaciones de violencia no era la el más educado, ya que solo expresaban acudir a un centro de salud donde se justifique que ha sido violentada (32%), acudir a las autoridades (40%) y quedarse callada (60%).

Después de efectuadas las acciones educativas observamos una ampliación en sus conocimientos al mejorar las opiniones emitidas a través de la encuesta.

Discusión

En el año de 1975 tuvo lugar la I Conferencia Mundial sobre las Mujeres en México, en la que se señaló como objetivo principal de la educación social enseñar a respetar la integridad física de la mujer, y se declaró que el cuerpo humano, sea de hombre o mujer, es inviolable, y el respeto por él es un elemento fundamental de la dignidad y la libertad humana.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) declaró la década de 1976-1985 como Decisiones de Naciones Unidas para la Mujer, durante la 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.¹³

El 18 de diciembre de 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, y 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, se elaboran importantes

documentos de carácter internacional en cuanto a prevenir, solucionar, erradicar y controlar la violencia contra la mujer.¹³

En esta conferencia se estableció como violencia contra la mujer “Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio de la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual”.¹⁴

Hay estudios que señalan que los médicos solo detectan violencias en un 5 % de todos los casos de mujeres agredidas que solicitan atención en un servicio de urgencia, porque las mujeres tienden a minimizar los eventos violentos debido a vergüenza individual, culpabilidad, lealtad al agresor, temor de recriminación y tabúes sociales asociados con la victimización.

La violencia provoca una carga considerable a los servicios de salud y rehabilitación, pues no siempre culmina con la muerte sino con la invalidez. Buscar sus causas, sus raíces y combatirlas debe ser un propósito de nuestros médicos y enfermeras de la Atención Primaria de Salud.

Como sucede en otros países, la inexistencia de estadísticas sobre esta problemática que abarque todo el país, porque la víctima no lo confiesa, es una dificultad. En la actualidad se visualiza y escucha en los medios de difusión masiva las manifestaciones sobre el tema y sus tipologías.

Teniendo en cuenta la importancia del papel de la familia ante la violencia y que esta es potencialmente prevenible, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas con el fin de evitarla y detener las consecuencias que implica en la salud del individuo, la familia y la comunidad.

La discusión de los resultados de esta investigación y su comparación con lo referido en otras bibliografías consultadas, se basa en el impacto negativo de la violencia contra la mujer en la sociedad mundial.

Se 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), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Ministerio de Salud Pública en Cuba (MINSAP).¹⁵

Como podemos apreciar los resultados que se presentan en este trabajo muestran los diferentes tipos de violencia, los cuales permitieron realizar comparaciones con otras investigaciones y coincidimos con la de Valentín¹⁶, quien plantea que la violencia psicológica ocupa el principal lugar, lo cual se puede deber a que es más abarcadora porque se vincula con la diferencia de roles que se manifiesta en la cotidianidad, esta es una de las formas de violencia que más predomina en nuestro medio.¹⁶

Además el artículo demuestra que de las mujeres estudiadas los principales efectos que produjo la violencia en ellas fueron el malestar (frustración, pena, tristeza, etc.) y el rechazo a sus parejas, lo que pone de manifiesto cómo la agresión psicológica les daña y afecta su armonía existencial así como su autoestima, produce resentimiento, lo que aumenta el deseo de separación de su unión amorosa.¹⁶

El artículo de Espinosa et al¹³, muestra que estudios internacionales plantean que entre 16 y 52% de las mujeres han experimentado alguna que otra vez violencia física y encuestas nacionales llevadas a cabo en numerosos países coinciden con resultados similares.¹³

Los hallazgos de su trabajo superan los datos estadísticos reportados por el nuestro. Esto tal vez se debe a que recogen no solo la violencia física, sino otras formas de violencia (psicológica, sexual, económica y social). Los reportes internacionales se refieren solo a la forma específica de violencia física. Las estadísticas de violencia contra la mujer en países desarrollados son tan alarmantes como las que se encuentran en los países en desarrollo.¹³

Además en este artículo se describe cómo en Perú el índice de maltrato producido en la relación de pareja es de un 74%. A pesar de esto existen dos tendencias que condicionan subregistros: en primer lugar la ausencia de formas para registrarlas y en segundo, la tendencia a minimizar el problema.¹³ En investigaciones realizadas en Chile fue constatada la combinación de violencia física y psicológica en tanto en Manizales, Colombia se reporta un predominio de la verbal y psicológica, la mayor parte de los estudios solo hacen mención a la violencia física. Tradicionalmente la forma física es la más visible, pero la psicológica, la acompaña.¹³

La violencia psicológica incluye insultos, humillaciones, amenazas, y, para muchas mujeres, quizás sea más dolorosa que los ataques físicos porque socavan eficazmente su confianza y autoestima. Un solo episodio de violencia física puede intensificar enormemente el significado y el impacto del maltrato emocional; pero el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia en sí misma, sino la “tortura mental” y el “vivir con miedo y aterrorizada”. La violencia psicológica no deja huellas visibles de inmediato, pero sus implicaciones son más trascendentes.¹³

Coincidimos con lo planteado por Poll et al² en su investigación. Estos autores plantean que los efectos de la violencia pueden ser devastadores para la salud reproductiva en la mujer y en otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que se aumente el riesgo a largo plazo de desarrollar otros problemas de salud, como dolores crónicos, discapacidad física, uso indebido de drogas, alcohol y depresión.

Asimismo, las mujeres con historia de agresión física o sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos involuntarios e infecciones de transmisión sexual. Un número creciente de estudios documentan las maneras en que la violencia por parte del compañero íntimo y la coerción sexual menoscaban la autonomía sexual y reproductiva de la mujer y ponen en peligro su salud.²

Hay muchas otras manifestaciones de violencia que la convierten en un problema de salud pública con graves consecuencias para la salud física de las mujeres, entre ellas, lesiones físicas y discapacidad. La violencia agrava la carga de mala salud mental entre las féminas tanto a nivel mundial como dentro de la región y perjudica enormemente su productividad económica, además de tener efectos perjudiciales en el reconocimiento y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. El efecto de la violencia en las vidas de las mujeres puede resultar tan demoledor como motivar el suicidio.¹⁷

En su investigación Muguercia et al¹⁸, expresan que las agresiones causadas por las parejas son reconocidas como la forma más común de violencia contra la mujer, las cuales presentan el mayor riesgo de ser agredidas física y sexualmente por quien convive íntimamente con ella más que de cualquier otra persona.¹⁸

Por su parte, en el artículo de López et al¹⁹, se dice que la totalidad de las mujeres diagnosticadas con Sida fueron víctimas de los cuatro tipos de violencia indagadas en

este trabajo (física, psicológica, económica y sexual), refiriendo las encuestadas haber sido limitadas económicamente, golpeadas, lesionadas, forzadas a tener relaciones sexuales desprotegidas, amenazadas, insultadas y culpabilizadas por parte de sus parejas.¹⁹

En la investigación de Perojo¹¹, se infiere que entre las obligaciones morales que tienen los profesionales de salud, está lograr una relación médico-paciente, proporcionando herramientas preventivas y orientadoras, con énfasis en las mujeres susceptibles a ser violentadas o víctimas de violencia por su pareja, que en ocasiones desconocen la existencia de otras formas de violencia además de la física, dada la existencia de comportamientos machistas, que no siempre son visibilizados como violencia, pero sin lugar a dudas condicionan la asistencia a consulta habitualmente, aquejadas de algún efecto nocivo para la salud ya sea insomnio, hipertensión arterial, cefalea continuada, stress, pero pocas veces se detienen a indagar en las causas.¹¹

Un análisis particular permite precisar que la mujer se puede ver afectada cuando no reconoce que están siendo víctimas de violencia, o no quieren compartir con otras personas su situación, aduciendo el papel del esposo como sostén económico de la familia. Si se denuncia el maltrato, está la posibilidad de que libremente pueda elegir si desea realizar un tratamiento, es decir, tiene total autonomía.¹¹

Sin embargo, cuando el profesional de la salud cumple con el deber de informar a las autoridades competentes del caso sin el debido consentimiento de la víctima, evidentemente se ha transgredido su confiabilidad, que ante otras situaciones se manifiesta con rigurosidad como principio ético. La confiabilidad solicitada por la víctima que pone en riesgo su vida, su bienestar, entonces será entendido como una violación del principio de no maleficencia por el profesional de salud.¹¹

Los autores de esta investigación opinan al respecto que no solo los esposos hacen de las mujeres víctimas de violencia psicológica, los hijos con las madres también la practican, a pesar de ser las personas que han influido en su crianza, educación y cuidados durante el desarrollo de su personalidad, lo que trae como consecuencia que las víctimas tomen conductas en muchas ocasiones de intento suicida o suicidio y sufren depresiones psicológicas cuando se ven inmersas en las mismas, o puede que suceda que su propio hijo sea el que cause femicidio.

El silencio es una de las formas de violencia psicológica que adopta el agresor con las féminas, lo que genera en múltiples ocasiones problemas psicológicos que la hacen sentir culpable de un hecho del cual no fue responsable.

Espín et al²⁰, manifiesta que la OMS estima que, 1 de cada 4 a 9 personas en los países en desarrollo sufre cada año lesiones por actos violentos, y que el 2% del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia.

La violencia constituye un problema de salud humano, que además de ser un factor de riesgo de muchas enfermedades y problemas de salud, está determinado por múltiples interacciones sistémicas de carácter biológico, psicológico y social.²⁰

Concordamos con el trabajo de Medina²¹, donde se sugiere la necesidad de implementar un programa de entrenamiento dirigido al personal de enfermería que le permita obtener las habilidades mínimas para ofrecer una apropiada orientación a la mujer que es víctima de la violencia de género y la subsecuente derivación a los servicios especializados, con énfasis en la construcción de redes interdisciplinarias, mejoramiento del trabajo conjunto con los miembros de las comunidades y utilización de la educación para la salud como una herramienta para la promoción de valores que favorezcan las relaciones igualitarias y pacíficas entre géneros.²¹

Queda demostrado que nuestro desafío al futuro, será el desarrollo de estrategias para impulsar la visibilización del problema y de este modo desarrollar herramientas de detección y prevención siendo precisamente este último, uno de los pilares fundamentales en el accionar de las enfermeras de las familias en la comunidad.

Conclusiones

La violencia contra la mujer es un fenómeno complejo, sobre todo porque no es correctamente identificado por toda la población y su reconocimiento es la primera dificultad que se debe vencer para poder enfrentarlo con la energía y emergencia que precisa.

Después de efectuadas las acciones educativas se modificaron los conocimientos expresados a través de la encuesta de las féminas en el estudio y queda demostrada la

factibilidad de las acciones y la necesidad de los estudios de intervención en problemas de salud, que permitan mejorar la calidad de vida de la población.

Constituye una necesidad que los profesionales de salud puedan realizar acciones preventivas en función de la problemática de la violencia contra la mujer.

Referencias bibliográficas

1. Alfonso Rodríguez AC. Violencia contra las mujeres del silencio a la palabra Rev. Sexología y Sociedad 2008; 14 (38): 37-40.
2. Poll Cabrera M, Alonso Poll H, Mederos Ávila M E. Violencia contra la mujer en la comunidad. MEDISAN [Internet] 2012 [citado 15 octubre 2016]; 16(8): [aprox 4 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
3. Gil López O. Situación de la violencia doméstica en la mujer, en la población del policlínico Julio Antonio Mella. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011[citado 2017-02-27]; 27(4): [aprox .3 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400011&lng=es&nrm=iso.
4. Díaz Fernández JM, Jardón Caballero J. Perfil lesional bucocervicofacial por agresión contra la mujer. MEDISAN [Internet]. 2011 Ene [citado 2017 Feb 27]; 15(1): 33-42. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000100005&lng=es.
5. Urrusuno Carvajal F, Rodríguez Fernández R, Vázquez Abreu RL. Violencia doméstica en la tercera edad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2010 Jun [citado 2017 Feb 27]; 36(2): 189-91. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000200016&lng=es.
6. López Angulo L, Muñoz Alcuria A, González Dueñas Y. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010. Medisur [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Feb 27]; 11(6): 602-13.

Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000600002&lng=es.

7. González Elías IE, Hernández Trujillo A, Otero Mustelier A. El ciclo de la violencia en consumidores de sustancias tóxicas. MEDISAN [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Mar 21]; 17(12): 9079-86. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001200008&lng=es.
8. Pereira I. Caracterización de la violencia hacia la mujer por su pareja. Plan de acción comunitario [tesis]. Camagüey: Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey; 2004.
9. Saucedo García JM, Maldonado Durán JM. El abuso psicológico al niño en la familia. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM [Internet] 2016 [citado 15 enero 2016]; 59(5): [aprox .3 p.]. http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
10. Delgado Matos I, Gómez Dorado M, Alcaraz, Martínez M. Sistema de vigilancia contra la violencia intrafamiliar. MEDISAN [Internet] 2015 [citado 15 octubre 2016]; 19(5): [aprox .3 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
11. Perojo Paez VM. La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 [citado 2017-02-27]; 31(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
12. Hidalgo García L, Valdés López DC. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. MEDISAN [Internet]. 2014 Feb [citado 2017 Feb 27]; 18(2): 181-7. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200006&lng=es.

13. Espinosa Morales M, Alazales Javiqué M, Madrazo Hernández B, García Socarrás MA, Presno Labrador MC. Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer Latinoamericana. Rev Cub de Med Gener Integr [Internet] 2011 [citado 15 octubre 2016]; 27(1): [aprox .3 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
14. Donoso Siña E. Violencia contra la mujer en Chile: problema de salud pública. Rev chil obstet ginecol 2007; 72(5): 281-2.
15. Ruiz Hernández M, López Angulo L, Hernández Cabrera Y, Castañeda Álvarez E, Águila Rodríguez Y. Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. Medisur [Internet]. 2013 Feb [citado 2017 Feb 27]; 11(1): 15-26. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2013000100004&lng=es.
16. Valentín R. La violencia doméstica en la mujer de la edad mediana. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Sep [citado 2017 Feb 27]; 37(3): 367-74. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000300009&lng=es.
17. Fernández Moreno SY. Postura de la Red Latinoamericana de Género y Salud Colectiva de ALAMES frente a la cobertura universal de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Mar 21]; 41(2): 335-56. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200012&lng=es.
18. Muguercia Silva JL, Ortiz Angulo L, Bertrán Bahades J, Kindelán Mercerón FM. Repercusión de los factores de riesgo reproductivos del hombre sobre la salud reproductiva de la mujer y su descendencia. MEDISAN [Internet]. 2014 Abr [citado 2017 Mar 21]; 18(4): 485-93. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000400004&lng=es.
19. López Angulo Laura, Rodríguez Benítez Caridad, González Brito Mónica, Valladares González Anais. Aproximación al estudio de la violencia en la relación de pareja en

mujeres con infecciones de transmisión sexual. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Mar 21]; 31(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000400004&lng=es.

20. Espín Falcón JC, Valladares González AM, Abad Araujo JC, Presno Labrador C, Gener Arencibia N. La violencia, un problema de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 Dic [citado 2017 Mar 21]; 24(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400009&lng=es.

21. Medina Maldonado VE, Landenberger M, Rondón de Gómez R, Osio Patrizzi M. Experiencias de enfermeras en prevención de la violencia de género y asistencia a mujeres afectadas. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Mar 21]; 31(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000400006&lng=es.