



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
(UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 45  
SAN LUÍS POTOSÍ, S.L.P)

TÍTULO:

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA  
EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LEONARDO MARURE REYES

SAN LUÍS POTOSÍ

AÑO: 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA  
EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LEONARDO MARURE REYES

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHAVEZ  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA U.M.F NO.45 I.M.S.S. S.L.P.

DRA. CATALINA RIVERA MARTÍNEZ  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PSIQUIATRA, PSICOTERAPEUTA, CRIMINÓLOGA.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ  
ASESOR CLINICO  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSÉ FERNANDO VELASCO CHAVEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA  
JEFE DE ENSEÑANZA DE LA U.M.F NO.45 I.M.S.S. S.L.P.

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA  
EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. LEONARDO MARURE REYES

AUTORIZACIONES:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Marco teórico.....	2
Violencia contra la mujer.....	9
Violencia contra las personas mayores.....	11
Violencia contra los menores.....	13
Planteamiento del problema.....	27
Justificación.....	29
Objetivos.....	30
Objetivo general	
Objetivos específicos	
Hipótesis.....	31
Hipótesis nula	
Hipótesis alterna	
Material y métodos.....	32
Diseño de estudio	
Tipo de estudio	
Universo de estudio	
Selección de la muestra	
Tamaño de la muestra	
Criterios de selección.....	34
Criterios de inclusión	
Criterios de no inclusión	
Criterios de eliminación	
Variables	
Variable dependiente	
Variable independiente	
Definición de variables.....	35
Procedimiento para la estrategia educativa activa participativa.....	37
Instrumento de medición.....	41

Consideraciones éticas.....	43
Administración del trabajo de investigación.....	44
Recursos humanos	
Recursos materiales	
Recursos financieros	
Análisis estadístico.....	45
Análisis de resultados.....	46
Conclusiones.....	56
Bibliografía.....	57
Anexos.....	60

# IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA EN LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

\*Marure Reyes L. \*\*Velasco Chávez J F. \*\*\*Rodríguez Pérez C V. \*\*\*\*Rivera  
Martínez C

\*Alumno del curso de especialización en Medicina Familiar, \*\*Coordinador Clínico de Educación en Investigación en Salud UMF No. 45. Maestría en Investigación Clínica. \*\*\*Profesor Titular Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales UMF No.45. \*\*\*\*psiquiatra, psicoterapeuta, criminóloga.

## RESUMEN

**Introducción:** La violencia intrafamiliar es un problema social grave que afecta al individuo y a la familia, en las esferas física, psicológica, económica y sexual.

**Objetivo:** Medir el impacto de una estrategia educativa activa participativa en la prevención de violencia intrafamiliar en un grupo de padres de familia. **Material**

**y métodos:** Estudio de intervención preprueba-posprueba y sujetos como su propio control. Se estudiaron mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia a 20 padres y 20 madres de familia en un Colegio de Tamasopo, S.L.P. Variable independiente: intervención educativa. Variable dependiente: violencia intrafamiliar.

**Resultados:** posterior a la intervención educativa la violencia física disminuyó un 36.6% en mujeres, y un 27.7% en hombres; para la violencia psicológica se observó una disminución del 48.2% en hombres y una disminución del 37.1% en mujeres; para la violencia económica se observó una disminución del 34.5% en hombres y una disminución del 15.4% en mujeres; para la violencia sexual se observó una disminución del 48.7% en hombres y una disminución del 33.3% en mujeres. En términos generales el porcentaje total de la violencia intrafamiliar decrementó 39.7% en hombres y 30.5% en mujeres. **Conclusiones:** la intervención educativa activa participativa modificó la violencia intrafamiliar en el grupo de estudio, lo cual podría ser de utilidad en la prevención de violencia en sus diferentes tipos de expresiones en las familias de nuestro entorno.

## MARCO TEORICO

La familia es tan añeja como la propia humanidad. Es la mas antigua de las instituciones sociales humanas y sobrevivirá mientras exista nuestra especie. Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. <sup>(1)</sup>

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz hosca famel, esclavo domestico. El termino familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal. <sup>(1)</sup>

El censo canadiense define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. El censo Estadounidense define a la familia como cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre si por lazo sanguíneos, de matrimonio o adopción. Y la OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el Diccionario de la Lengua Española dice que “La familia es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. La palabra linaje hace referencia a un grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la “línea del apellido” (líneas de descendencia unilaterales). <sup>(1)</sup>

La familia es considerada como un sistema que a su vez se compone de subsistemas, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papa y mama), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos). <sup>(2)</sup>



La tarea de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso conforme la vieja familia pierde energía y muere. <sup>(1)</sup>

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. <sup>(1, 2)</sup>

Cada miembro de la familia tiene sus propias tareas evolutivas cuyo logro depende del éxito de las tareas de los demás y contribuye al mismo. Las tareas para el desarrollo son las actividades que deben efectuar los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa de su ciclo vital. El cumplimiento oportuno de estas acciones los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones. <sup>(1)</sup>

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. No es fácil ni sería consistente postular un modelo de familia normal y patológica, por lo que la atención deberá centrarse en la funcionalidad o disfuncionalidad familiar, entendiéndose como funcionalidad familiar la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. <sup>(1)</sup>

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás. <sup>(1,</sup>

Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. <sup>(1)</sup>

Existen ciertas características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar:

- Conocer la jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o recíproca con autoridad.
- Límites: que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos.
- Comunicación: en una familia funcional la comunicación entre sus miembros es clara, directa, específica y congruente, características opuestas en una disfuncional.
- Individualidad: autonomía de los miembros de la familia funcional es respetada y las diferencias individuales no solo se toleran, sino que se estimulan para favorecer el crecimiento de los individuos y del grupo familiar.
- Toma de decisiones: la búsqueda de la solución más apropiada para cada problema es más importante que la lucha por el poder.
- Reacción a los eventos críticos: una familia funcional es lo suficientemente flexible como para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen, de manera que se puede conservar la homeostasis sin que ninguno de los miembros desarrolle síntomas. En cambio, en una disfuncional, la rigidez y la resistencia al cambio favorecen la aparición de psicopatología cuando las crisis amenazan romper el equilibrio. <sup>(1, 2, 8)</sup>

La estructura familiar debe ser relativamente fija y estable para poder sustentar a la familia en sus tareas y funciones, protegiéndola de las fuerzas externas y dando un sentido de pertenencia a sus miembros; pero al mismo tiempo debe aceptar un grado de flexibilidad para poder acomodarse a los diversos

requerimientos de las situaciones de la vida y de las distintas etapas del desarrollo por las que evoluciona la familia, con lo que facilita el desarrollo familiar y los procesos de individualización.

La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de las funciones de la familia como: afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus, por alteración en algunos de los subsistemas familiares. Por otra parte, analizando a la familia como sistema, esta es disfuncional cuando alguno(s) de sus subsistemas se alteran por cambio en los roles de sus integrantes. <sup>(8)</sup> Puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar.

La definición de la familia disfuncional refiere que es un **patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas** que presenta de manera **permanente uno o varios integrantes** de una familia y que al **relacionarse con su membrecía** se genera un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas. <sup>(29)</sup>

Se define como un **patrón** porque es un conjunto de características que se presenta de forma constante.

Son **conductas desadaptativas** por ser incompatibles con el propio contexto cultural de la familia.

**Indeterminadas**, por cuanto dichas características no pueden ser claramente identificadas o la importancia clínica para cada integrante o para la totalidad de la familia es relativo, recayendo en cada uno de ellos con desigual cuantía.

Son **indeterminadas** por que no puede determinarse cual característica se constituyo como factor relevante para el surgimiento de la disfunción y por ende de la patología en su membrecía.

Es **permanente** por cuanto su presencia es constante y de larga data en la historia familiar. Hay que considerar sin embargo que las alteraciones, crisis,

problemas y conflictos que puede vivir una familia, no la convierten en disfuncional por cuanto estos son los acontecimientos transitorios, naturales o accidentales que suelen vivir el común de los grupos familiares en ciertos momentos de su historia los cuales una vez transcurridos y movilizados los recursos recobran su homeostasis y armonía sin haber ingresado en ningún momento en la categoría de disfuncionalidad Familiar.

Dichas características **pueden presentarlas uno o varios de los integrantes**. El que la presente un solo miembro de la familia no debe de ser considerado como menos grave, dado que éste puede presentar conductas desadaptativas, trastorno de personalidad o detentar una significativa ascendencia e influencia ante sus integrantes que su sola presencia basta para cumplir con las exigencias para calificarla como disfuncional.

Estos requieren necesariamente **estar en relación directa con los demás miembros** para que se genere una dinámica anómala.

Dicha relación, propiciará un **clima psicológico o psicopatológico** que los afecte de manera específica o inespecífica. <sup>(29)</sup>

La familia posee una serie de características que la hace potencialmente conflictiva, con el correspondiente riesgo de que los conflictos puedan resolverse de manera violenta. Entre estas características destacan:

- a) La alta intensidad de la relación, determinada por la gran cantidad de tiempo compartido entre sus miembros, el alto grado de confianza entre ellos, el derecho a influir sobre los demás y el elevado conocimiento mutuo que se deriva de la convivencia diaria.
- b) La propia composición familiar, integrada por personas de diferente sexo y edad, lo que implica la Asunción de diferentes roles a desempeñar, y que se traduce en unas marcadas diferencias de motivaciones, intereses y actividades entre sus miembros.

- c) El alto nivel de estrés al cual esta expuesta la familia como grupo, debiendo hacer frente a distintos cambios a lo largo del ciclo vital y a exigencias de tipo económico, social, laboral o asistencial.
- d) El carácter privado que posee todo aquello que ocurre en el interior de una familia y que, tradicionalmente, la ha hecho situarse fuera del control social. <sup>(9)</sup>

La violencia existe entre los seres humanos prácticamente desde el inicio de la humanidad, los motivos de la misma y sus escenarios han sido diferentes. <sup>(12,16)</sup>

En marzo del año 2000 se publicó la Norma Oficial Mexicana para la atención médica de la Violencia Familiar NOM-190-SSA1. Se definió a la violencia familiar como un acto u omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra. <sup>(13, 19)</sup>

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas sociales más graves y difíciles de cuantificar de nuestros tiempos. Se encuentra estrechamente ligado a trastornos médicos como el alcoholismo y otras adicciones así como a una amplia gama de psicopatologías tanto en el agresor como en la víctima. <sup>(14,15)</sup>

La raíz etimológica de la palabra violencia remite al concepto de fuerza y se corresponde con verbos tales como “violentar”, “violar”, “forzar”; es decir, alude a un desequilibrio y abuso de poder, <sup>(29)</sup> y dicho poder es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. Los dos principales ejes de desequilibrio los han constituido el género y la edad, siendo las mujeres, los niños y los ancianos las principales víctimas de la violencia dentro de la familia. <sup>(9, 10, 12, 13)</sup>

En el caso de la violencia intrafamiliar se hace alusión a la violencia ejercida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros contra uno o varios de ellos. Así aparece la violencia contra las mujeres a manos de sus compañeros o esposos, la de uno o ambos padres contra sus hijos o la de los hijos contra

los padres cuando estos últimos son mayores y mantienen alguna dependencia respecto de los primeros. La violencia de las mujeres respecto de sus parejas es, precisamente por la característica de la relación de poder y fuerza, bastante menos habitual aunque también se dan algunas situaciones, así como la violencia entre hermanos. <sup>(23)</sup>

Las consecuencias de la violencia sobre la salud de quienes la padecen son realmente graves (como ejemplo baste mencionar la estimación realizada por el Banco Mundial en la que indica que la violencia de género es responsable de uno de cada cinco días de vida saludable perdidos por las mujeres en edad reproductiva). <sup>(23)</sup>

La violencia física, psicológica o sexual, ejercida sobre una persona, causa en esta toda una serie de repercusiones negativas a nivel físico y psicológico. Además del posible daño físico, tras una experiencia traumática se produce una pérdida del sentimiento de invulnerabilidad, sentimiento bajo el cual funcionan la mayoría de los individuos y que constituye un componente de vital importancia para evitar que las personas se consuman y paralicen con el miedo a su propia vulnerabilidad. <sup>(9)</sup>

## **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

Los malos tratos se producen en todos los niveles socioeconómicos y culturales. La clasificación realizada por el grupo de trabajo sobre la violencia familiar de técnicos de comunidades autónomas y de los departamentos ministeriales de educación, interior y trabajo y asuntos sociales, constituido en 1998 es la siguiente:

- Maltrato físico: cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de otra persona.
- Maltrato sexual: cualquier actividad sexual no consentida (miradas fijas irascibles, comentarios desagradables, exhibicionismo, llamadas telefónicas ofensivas, propuestas sexuales indeseadas, visionado o participación forzada en pornografía, tocamientos indeseados, relación

sexual obligada, violación, incesto, entre otros), todo ello dirigido a la ejecución de actos sexuales que la mujer considera dolorosos o humillantes.

- Maltrato psicológico: actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en una persona (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos).
  - Maltrato económico: desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar/controlar el acceso al dinero, impedir al acceso a un puesto de trabajo o a la educación, negativa de derechos a la propiedad.
- (23)

Según la atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres (Madrid 2001) del Instituto de la Mujer hay otros dos tipos:

- Malos tratos sociales: humillaciones, ridiculizaciones, descalificaciones y burlas en público, el varón se muestra descortés con las amistades o familia de ella, seduce a otras mujeres en presencia de la pareja o utiliza sus privilegios masculinos para que le sirvan.
- Malos tratos ambientales: romper y golpear objetos, destrozar enseres, tirar las cosas de la mujer, son otra forma especial de violencia psicológica. (23)

Los efectos de la violencia contra la mujer incluyen:

Los derivados del maltrato físico como huellas de golpes, heridas, fracturas, y quemaduras, lo que como consecuencia produce una mayor ingesta de psicofármacos, analgésicos, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Los efectos derivados de la tensión y el estrés continuado que produce la violencia como agotamiento y desgaste físico, hipervigilancia, estado de alerta, insomnio, pesadillas, problemas relacionados con la alimentación (anemia, anorexia, bulimia). (23)

A consecuencia de las relaciones sexuales impuestas, vividas con miedo y dolor, se produce pérdida del deseo sexual, desarrollo de fobias y dificultades

para disfrutar de la sexualidad; además de problemas ginecológicos como infecciones recurrentes, problemas urinarios. <sup>(23)</sup>

En la salud reproductiva aumenta el número de embarazos no deseados, abortos; durante el embarazo puede haber hemorragias vaginales, infecciones y amenazas de aborto y/o de parto inmaduro o pretérmino, así como bajo peso de la criatura al nacer. <sup>(23)</sup>

A nivel emocional hay presencia de depresión, además se mina la autoestima y se crea dependencia emocional, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación. A consecuencia del miedo y terror, sufren problemas de ansiedad, ataques de pánico, fobias, reviven la violencia de forma intrusita en forma de pesadillas o ante estímulos que le recuerden la experiencia, dificultades para concentrarse. <sup>(23)</sup>

En las relaciones sociales puede haber dificultad para establecer relaciones sociales, sienten desconfianza y manifiestan agresividad debido a los sentimientos de rabia que no han podido expresar con el agresor. <sup>(23)</sup>

## **VIOLENCIA CONTRA LAS PERSONAS MAYORES**

Tanto a nivel nacional como internacional existe una gran variabilidad respecto a la prevalencia e incidencia en el campo de la violencia contra los mayores. Según diferentes estudios la prevalencia en el entorno doméstico oscila entre el 2.5 y el 10%. Se puede considerar que las investigaciones epidemiológicas se encuentran todavía en fase incipiente. <sup>(23)</sup>

La clasificación elaborada por el National Center of Elder Abuse de EE.UU., por considerarla la más completa, incluye:

- Abuso físico: es el uso de la fuerza física que puede dar lugar a lesión corporal, dolor o daño físico. La administración inadecuada de fármacos,



restricciones físicas, la alimentación forzada y el castigo físico de cualquier tipo.

- Abuso sexual: es el contacto sexual de cualquier tipo no acordado, incluyendo roces, cualquier tipo de agresión sexual, violaciones, sodomía y desnudar o fotografiar por razones pornográficas. Reviste mayor gravedad cuando la víctima está incapacitada.
- Abuso emocional o psicológico: consiste en infligir angustia, dolor emocional o estrés. Incluye ataques verbales, insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones y persecuciones. El aislamiento de la familia, de los amigos o de las actividades habituales y el aumento del aislamiento social.
- Negligencia: el rechazo o la falta de satisfacción de cualquiera de las obligaciones para con el anciano. Incluye el rechazo y el incumplimiento de las responsabilidades fiducitarias de una persona respecto al anciano, como no asegurar la prestación de servicios básicos o no pagar lo necesario para mantener los servicios básicos de la vivienda; falta de ayuda necesaria para asegurar las necesidades de alimentación, higiene personal, vestido, medicina, confort, seguridad y promoción de la salud.
- Abandono: cuando cualquier persona que cuida y custodia a una persona mayor le desampare de manera voluntaria.
- Abuso económico: el uso ilegal o impropio de los fondos, propiedades o posesiones de la persona mayor (cobrar cheques sin permiso, falsificar la firma, malversar dinero o posesiones, conseguir la firma con engaños, modificación forzada del testamento o actos jurídicos).
- Autonegligencia: comportamiento de una persona mayor que amenaza su propia salud o seguridad. Se manifiesta generalmente por una negación a proveerse una adecuada alimentación, vestido, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación. Se excluyen aquellas situaciones en las que una persona mayor competente decide consciente y voluntariamente actuar de forma peligrosa para su salud y su seguridad. <sup>(23)</sup>

Existen síntomas e indicadores de malos tratos en las personas mayores e incluyen:

A nivel general se observa demora entre la aparición de una lesión o enfermedad y la solicitud de la atención médica, disparidad entre los relatos del paciente y la persona cuidadora que supuestamente inflinge malos tratos, explicaciones vagas o poco creíbles acerca de lo sucedido, visitas frecuentes a urgencias por exacerbación de enfermedades crónicas a pesar de la existencia de un tratamiento y plan de cuidados adecuados, abandono en la sala de urgencias por la persona cuidadora, falta de comunicación de la víctima con el personal sanitario cuando la persona cuidadora está presente, negativa de la persona cuidadora a dejar explorar a solas a la supuesta víctima. <sup>(23)</sup>

Los indicadores específicos para maltrato físico se encuentran contusiones, heridas, fracturas, quemaduras. <sup>(23)</sup>

Los indicadores específicos para maltrato psicológico tenemos actitud de desamparo, ira, negación, agitación y confusión, desorientación, depresión. <sup>(23)</sup>

Los indicadores de maltrato sexual incluyen hematomas en áreas genitales o mamarias, enfermedades venéreas, sangrados anales o vaginales inexplicables o comportamiento sexual no adecuado. <sup>(23)</sup>

Los indicadores específicos de abuso económico encontrados son: pérdida del patrimonio, renuncia o cambios en la transmisión de poderes, movimientos bancarios sospechosos, deudas y gastos anormales, desaparición de joyas, objetos de arte o de valor. <sup>(23)</sup>

Los indicadores de negligencia comprenden: deficiente higiene personal, boca séptica, ropa inadecuada, parásitos, infecciones, erupciones o inflamaciones de la piel, desnutrición, deshidratación, lesiones no curadas, úlceras por presión en mal estado. <sup>(23)</sup>

## **VIOLENCIA CONTRA LOS MENORES**

La primera reseña que aparece con relación a los malos tratos infantiles fue en el año 1960, cuando Tardie indicó “los servicios y malos tratos ejercidos sobre

menores son extraordinariamente variados, resultando imposible enunciar todas las formas e instrumentos utilizados...”. Kempe y Silverman en 1962 acuñaron el término de “síndrome de niño maltratado”.<sup>(23)</sup>

La Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas define el maltrato infantil como “toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo custodia de los padres, de un tutor o de cualquier persona que le tenga a su cargo”.

En la Guía de Indicadores de Maltrato Infantil editada por el Gobierno de La Rioja en 1995, se definen los malos tratos como “cualquier daño físico o psicológico no accidental a un niño menor de 18 años, ocasionado por sus padres, cuidadores u otros adultos, que ocurra como resultado de acciones físicas, sexuales o emocionales, tanto cometidas como omitidas y que amenazan el desarrollo normal físico o psicológico del niño”.

El Centro Internacional de la infancia de Paris en el 2004 define al maltrato infantil como “cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”.<sup>(10)</sup>

Actualmente se acepta que en el mundo el 10% de cualquier comunidad pediátrica puede ser víctima de una agresión intencional diversa y de ella, solo 1% es diagnosticada o tratada adecuadamente.<sup>(16)</sup> Sin embargo, se sabe que en el 30 al 70% de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores.<sup>(21)</sup>

Un análisis del maltrato infantil en Santiago, Cuba mostró que el abuso físico se encuentra en el 56.3% (19.9% en España), seguido del abuso emocional 55.7% (35.4% en España) y la negligencia en 16.3% (86.4% en España). Los casos de abuso sexual solo representan el 3.6% de todos los casos en España.

(18, 21)

Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos 25 años han puesto de manifiesto la existencia de una estrecha asociación entre la violencia en la pareja y el maltrato infantil (30 - 60%) <sup>(9, 21)</sup>. Los casos mas frecuentes son aquellos en que el maltratador arremete tanto a la mujer como a los niños, pero también se dan los casos en que la agresión se ejerce del hombre hacia la mujer, y de esta o de ambos hacia los niños. <sup>(9)</sup>

En la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20% del total de sucesos de maltrato infantil. <sup>(21)</sup>

La mamá fue identificada como la persona que mas maltrata al menor (62.0%), seguida de los padres (27.0%) y los padrastros (10.2%), así como de tíos, hermanos y abuelos (3.6%). <sup>(18)</sup>

De los métodos educativos mas utilizados, los golpes y regaños alcanzaron los mayores porcentajes tanto en los niños como en sus familiares. Es necesario destacar que solo 12.8% de los niños hizo referencia a los métodos persuasivos; aspecto relevante si se toma en cuenta que es el procedimiento idóneo para orientar la conducta de los pequeños y que la mayoría lo asocio con el maltrato físico (primero golpean y luego conversan), lo cual equivale a decir que en 92.6% de la casuística se trato de obtener la disciplina mediante el castigo físico. <sup>(18)</sup>

Diferentes objetos o instrumentos, son utilizados para agredir al niño destacando las manos en un 82.6%, la chancla 93.4% y el cinto 89.3%, seguidos de maderos y mangueras. <sup>(18)</sup>

Staff, Breiling y Maser (2002) definieron algunos conceptos sobre los diferentes tipos de maltrato e incluyen:

- Maltrato físico: cualquier acto realizado en forma no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerla. Comprende los castigos físicos. <sup>(10, 21,23)</sup>

- Negligencia: (abandono físico) <sup>(23)</sup>, es la forma mas común y menos diagnosticada de maltrato al menor. <sup>(15)</sup> Se refiere a no proveer las necesidades básicas del niño, pudiendo ser física (falta de alimento, falta de resguardo o ausencia de ambos, carencia de limpieza y protección), medica (falta de tratamiento medico o atención para la salud mental) y educacional (desatención a las necesidades emocionales, falta de cuidado psicológico o consentimiento para que el niño use alcohol, tabaco o drogas). <sup>(10, 21)</sup>
- Abuso sexual: el menor puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual, incluyendo un amplio rango de posibilidades. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso. Se incluyen: realización de caricias en los genitales del niño, solicitar del niño la realización de caricias en los genitales del adulto, contacto boca-genital, frotamiento de los genitales del adulto con el niño, realizar penetración en vagina o ano del niño, otros (llamados actos pseudosexuales) como mostrar genitales del adulto al menor, mostrarle material pornográfico u obsceno, usarle en la realización de este tipo de material), masturbación en presencia del menor. <sup>(10,21,23)</sup>
- Maltrato psicológico (emocional): alude a devaluar la imagen y el concepto que de si mismo tiene un niño o adolescente, que impida su desarrollo emocional, social o intelectual y que lo lleve al fracaso, depresión e incluso al suicidio. Se incluye el abandono emocional, que se refiere al rechazo y la falta de estímulo, afecto, apoyo y protección necesarios para su optima evolución psicológica; insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, criticas, aislamiento o atemorización. <sup>(10, 21,23)</sup>

Existen otros tipos de maltrato infantil, entre los que se encuentran:

- Maltrato prenatal: Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto. Incluyen el uso de drogas o alcohol durante el embarazo. <sup>(21,23)</sup>

- Explotación laboral: cuando los padres o cuidadores obligan al menor a realizar trabajos domésticos o no, mendicidad, etc., interfiriendo en sus actividades y necesidades sociales, escolares o personales, con el objeto de obtener beneficios económicos o similares para los padres, cuidadores o la estructura familiar. <sup>(23)</sup>
- Corrupción: situación en que los padres o cuidadores facilitan o refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada en el menor que impiden su normal integración. Puede utilizar al menor como “ayuda o tapadera” para la realización de acciones delictivas (robo, tráfico de drogas,...). <sup>(23)</sup>
- Maltrato institucional: cualquier normatividad, procedimiento, actuación u omisión a través de los poderes que inviste un docente, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado psicológico y el bienestar físico: es una actuación que viola los derechos básicos del niño en cualquier etapa en el desarrollo. <sup>(10)</sup>
- Síndrome de Munchausen por poderes: los padres o cuidadores someten al menor a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto. <sup>(21,23)</sup>

Los indicadores de maltrato físico incluyen contusiones, heridas, quemaduras y fracturas. Otros como que el menor rechaza el contacto físico, conductas autolesivas (puede llegar a intentos de suicidio) o autodestructivas, el menor parece tener miedo a sus padres, el cuidador o responsable hable excesivamente mal del menor o exige del menor conductas de adulto, agresividad del menor hacia personas u objetos.

Los indicadores de maltrato por negligencia incluyen síntomas de desnutrición, deshidratación, e indiferencia de los responsables del niño; ante los problemas que presenta, no es llevado a sus citas médicas, no se le administran los fármacos recomendados, se observa con mala higiene, entre otros. <sup>(23)</sup>

Entre los indicadores de maltrato sexual se encuentran ropa interior rasgada y/o ensangrentada, dolores o picores en la zona genital, enfermedades de

transmisión sexual, embarazo en adolescentes, puede haber presencia de conductas seductoras con personas mayores que el niño, el menor refiere haber sido atacado/a sexualmente. <sup>(23)</sup>

En el Síndrome de Munchausen por poderes los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona. Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. El progenitor implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación. La relación del padre/madre perpetrador y el niño afectado es patológica. <sup>(21,23)</sup>

Uno de los mitos adscritos a la violencia contra la mujer es el que asume que la conducta violenta del maltratador hacia la que es su pareja no representa un riesgo relevante para los hijos de esos hogares. Tanto el hecho de que los niños sean testigos de la violencia como el que, además, puedan ser víctimas de ella conlleva toda una serie de repercusiones negativas tanto para su bienestar físico y psicológico como para su posterior desarrollo emocional y social, haciéndolos susceptibles a presentar síntomas psicósomáticos (enuresis, encopresis, problemas de alimentación), estados depresivos, sicóticos, presentar bajo rendimiento escolar, tener problemas de conducta y adicciones, lo cual pone al menor en un grado de vulnerabilidad de graves consecuencias, entre las cuales se encuentra convertir al menor en un infractor. <sup>(9, 13, 15, 17, 20)</sup>

En el caso de los niños que no solo son testigos del maltrato hacia su madre sino que, a la vez, también son víctimas de esa violencia, la pérdida es todavía mucho más desequilibrante, pues afecta a un componente absolutamente necesario para el adecuado desarrollo de la personalidad del menor, el

sentimiento de seguridad y de confianza en el mundo y en las personas que lo rodean. Máxime cuando el agresor es su propio padre, figura central y de referencia para el niño y la violencia ocurre dentro de su propio hogar, lugar de refugio y protección. La toma de conciencia por parte del menor de tales circunstancias frecuentemente produce la destrucción de todas las bases de su seguridad. El menor queda entonces a merced de sentimientos como la indefensión, el miedo o la preocupación sobre la posibilidad de que la experiencia traumática pueda repetirse, todo lo cual se asocia a una ansiedad que puede llegar a ser paralizante. Desafortunadamente, en el caso de la violencia familiar, la experiencia temida se repite de forma intermitente a lo largo de muchos años, constituyendo una amenaza continua y muchas veces percibida como incontrolable. <sup>(9)</sup>

Estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición. Además de que estas conductas son predictoras de psicopatología persistente y de problemas de salud mental en la adolescencia y vida adulta. <sup>(9, 15, 17, 20)</sup>

Existen otros efectos, mas a largo plazo, que se pueden asociar a la exposición de los niños a situaciones de violencia familiar. El mas importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar, algo que junto a factores tales como los estilos de crianza punitivos, el abuso de sustancias y la presencia de trastornos de conducta en la adolescencia, han demostrado poseer un papel relevante en el riesgo de ejercer violencia contra la pareja en la edad adulta. <sup>(9, 10, 15, 21)</sup> Como dijo Clement Smith... un niño maltratado es potencialmente un adulto maltratador cuando le toque desempeñar el papel de padre. <sup>(16)</sup>

Este tipo de aprendizaje presenta componentes diferenciales según el sexo. La tendencia observada es que los niños aprenden que la violencia es una estrategia eficaz de solución de problemas y que su manifestación asegura una



posición de poder y privilegio dentro de la familia, mientras que las niñas aprenden a adoptar conductas de sumisión y obediencia. <sup>(9, 10)</sup>

Los expertos en genética del comportamiento han encontrado que algunas de las correlaciones observadas entre la conducta parental y la conducta del niño podrían deberse a la herencia. Por lo que los desafortunados hijos de personas con violencia intrafamiliar tienen que afrontar un doble reto: una vida hogareña miserable y un aporte genético que disminuye las posibilidades de éxito en sus relaciones interpersonales. <sup>(15)</sup>

Cabe mencionar que los niños victimizados en su hogar también tienden a serlo fuera de el por sus pares o compañeros. Es decir, son las victimas a donde quiera que vayan. De manera que, si finalmente desarrollan problemas psicológicos, algo de la culpa se debe asignar a sus experiencias extrafamiliares, y no solo a sus padres. <sup>(15)</sup>

Aunque no hay duda de que el maltrato al menor genera en muchos casos consecuencias psicológicas negativas de severidad variable, es necesario dilucidar las tres posibles grandes influencias sobre la conducta y personalidad del niño: sus genes, su experiencia en el hogar y su experiencia fuera de este. Por lo que el clínico esta obligado a considerar estos tres factores en el estudio y tratamiento de los niños maltratados y sus familias. <sup>(15)</sup>

El castigo físico dentro del rango normal (un golpe leve de vez en cuando) generalmente no acarrea consecuencias negativas en el desarrollo psicológico del niño. Pero los castigos severos obviamente si lo generan, incluso niños severamente maltratados llegan a desarrollar un trastorno de estrés postraumático, y, en casos extremos, el abuso prolongado puede conducir a un trastorno disociativo como la personalidad múltiple. <sup>(9, 15)</sup>

El trastorno de estrés postraumático se presenta cuando, después de un evento estresante (tal como ser victima de maltrato o presenciar episodios de violencia domestica) el niño experimenta, al menos por un mes, algunos síntomas de los siguientes grupos: el evento traumático es reexperimentado

(mediante recuerdos intrusivos, sueños traumáticos, juegos donde se actúa el incidente); evitación continuada de estímulos asociados con el trauma, o respuesta emocional aplanada; síntomas nuevos de excitabilidad aumentada, tales como trastornos del sueño, irritabilidad, pobre concentración, hipervigilancia, entre otros. <sup>(15)</sup>

En cuanto a los factores que predisponen al niño a ser maltratado, se pueden mencionar los siguientes: ser producto de un embarazo no deseado, ser de temperamento difícil, hiperactividad, el bajo rendimiento escolar, o poseer características particulares indeseables como enfermedades congénitas o adquiridas con necesidades especiales de crianza. <sup>(15, 18)</sup>

Circunstancias ambientales desafortunadas también pueden propiciar fenómenos de maltrato, tales como el estrés, dificultades económicas (87.3%) y familiares, entre estas la discordia entre los progenitores (37.5%) y la desviación del conflicto al hijo en forma de maltrato, el antecedente de maltrato en la niñez de los padres (75.0%), consumo de alcohol (12.5%) y ciertos factores socioculturales que también suelen favorecer actitudes de crianza agresivas. <sup>(15, 18)</sup>

Existen diversos aspectos de la vida familiar que son protectores como: la calidez y cohesión, adecuada supervisión y monitoreo parental, buena relación con al menos uno de los padres, armonía y apoyo conyugal, cercanía con un hermano o abuelos, participación en actividades, habilidad en el manejo del estrés, adaptación fácil al cambio, capacidad de expresar sentimientos y disponibilidad de sistemas externos de apoyo. <sup>(17)</sup>

Aproximadamente del 25 al 50% de los niños sometidos a maltrato grave se encontraban asintomáticos, no presentaban alteraciones emocionales o desordenes psiquiátricos, en el momento de la valoración. Es decir, que niños sometidos a condiciones de vida difíciles o traumas a veces graves consiguen desenvolverse y vivir, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos para elaborar una respuesta de ajuste saludable a la adversidad, es esto lo que se viene a llamar resiliencia o

capacidad de una persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o recuperarlo en esas condiciones. <sup>(21)</sup>

Existen también factores propios del niño que van a ser protectores frente a problemas conductuales como son: el sexo femenino <sup>(17,21)</sup>, manifestar un temperamento fácil en los primeros años de vida, observable como facilidad temprana para adaptarse y adquirir hábitos; así como algunas características de personalidad en las edades preescolar, escolar y adolescencia: autonomía, capacidad de planificar su propio futuro, alta autoestima y orientación social positiva. <sup>(17)</sup>

Hasta hace pocos años el problema de la violencia en la familia no era objeto de dominio público, se mantenía en el silencio privado y aquellos que la vivían padecían sus secuelas sin la posibilidad de recibir ningún tipo de atención; tampoco preocupaba a los servicios de salud, a la asistencia social, al ámbito legal y menos al sector académico. Sin embargo, desde hace dos décadas este problema social empezó a cobrar visibilidad gracias a los movimientos sociales a favor de los derechos de las víctimas. Es a principios de los noventa que se empezaron a estudiar en nuestro país las diferentes formas de expresión de la violencia familiar en cada uno de sus miembros, desde entonces a la fecha se ha logrado reconocerla como un grave problema social, el cual tiene un impacto en la calidad de vida de las personas y las capacidades productivas de la sociedad. <sup>(13)</sup>

A partir de esta visibilización, el tema de la violencia se ha incluido en las agendas de discusión internacional como la ONU (1995) y la OEA (1994) e incluso la OPS (1994) que ha señalado a la violencia familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico de las sociedades (1994). <sup>(13)</sup>

Se ha documentado que la atención de las víctimas de la violencia tiene un impacto directo en los servicios de salud, ya que repercute de manera significativa en diferentes niveles, entre los que podemos señalar: la organización, el funcionamiento y los costos de los servicios de salud. <sup>(13, 20)</sup>

En la Ley General de Salud de nuestro país se ha destacado que “la salud no solo es un valor biológico, sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, acrecentar, ni restaurar, sin la participación de la sociedad y del hombre en lo particular”, enfatizándose la participación de la comunidad en el cuidado de la salud y los servicios de planificación familiar, atención materno infantil y de salud mental, que son prioritarios dada su incidencia en el bienestar de los ciudadanos. Así, el conocimiento de las necesidades en el terreno de la salud mental es una prioridad insoslayable para planear y ejecutar programas que incluyan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, pero con el énfasis puesto en la detección temprana y la atención oportuna. <sup>(3)</sup>

Una de las mayores dificultades para la detección de la violencia intrafamiliar es que a menudo es invisible, no es reconocida ni denunciada y esta naturalizada, <sup>(10)</sup> por lo que muchos consideran que esta considerablemente subregistrado, lo que muestra el llamado “modelo del iceberg” de Trocmé, McPhee, Tam y Hay (1994). <sup>(20)</sup>

Nivel 0: Ningún reporte

Nivel 1: Reportes comprobados

Nivel 2: Casos sin reportar pero identificados por un profesional

Nivel 3: Casos sin reportar pero identificados por la comunidad

Nivel 4: Casos no conocidos

No obstante, es un problema que por razones éticas, jurídicas, económicas y sociales debe ser conocido y abordado. <sup>(20)</sup>

La medicina familiar tiene como principio, centrarse en la atención de la persona como un todo. Por lo que la asistencia medica se basa en el modelo Biopsicosocial. El enfoque biopsicosocial, concede a los factores psicosociales una importancia similar en la salud y la enfermedad al de los factores biológicos. Por lo tanto para comprender la enfermedad, el medico no solo

debe ocuparse de la intervención de los elementos biológicos, sino también de la persona, la familia, la relación médico paciente y el contexto social. Es imprescindible que el médico familiar detecte los indicios o riesgos que una persona y su familia pueden tener en la esfera psicosocial, para prevenir enfermedades y alteraciones del funcionalismo familiar. <sup>(6)</sup>

Doherty y Baird describieron cinco niveles de participación del médico en la familia:

1. Se le concede a la familia una importancia mínima
2. El médico se centra en temas biomédicos y se limita a dar información y consejo sobre estos aspectos
3. Además de recoger información se interesan activamente por los sentimientos y preocupaciones de la familia de manera empática. Para ejercer este nivel el médico necesita un conocimiento del desarrollo de la familia y de cómo esta reacciona a situaciones estresantes. También que se conozca a sí mismo lo suficiente para comprender cómo afectan sus propios sentimientos, con relación al paciente y su familia
4. Evalúa sistémicamente el funcionamiento de la familia, y realiza intervenciones encaminadas a modificar las pautas de interacción de la familia, para facilitar la resolución de los problemas. Aquí el médico debe dominar la teoría general de los sistemas y dominar ciertas técnicas para orientar a las familias hacia un proceso de cambio, y dirigir y organizar una conferencia familiar
5. Terapia familiar, que va dirigida a modificar las pautas disfuncionales enraizadas en el funcionamiento familiar. <sup>(6)</sup>

Las graves repercusiones que se derivan de la exposición a situaciones familiares de violencia han potenciado el desarrollo e implementación de programas de intervención sobre las víctimas de violencia familiar en el ámbito de los servicios sociales y de la salud. Estas intervenciones tienen cuatro objetivos generales: 1) romper el tabú y el secretismo sobre la violencia ejercida dentro de la familia a través de la definición de los comportamientos violentos compartiendo experiencias personales y trabajando sobre los

sentimientos y emociones experimentadas; 2) facilitar el aprendizaje de estrategias de autoprotección a través del desarrollo de planes de seguridad y el aprendizaje de estrategias de resolución de conflictos no violentas; 3) aumentar la autoestima a través del refuerzo y la validación de los sentimientos por los miembros del grupo; y 4) favorecer una experiencia positiva en un ambiente seguro y estructurado. <sup>(9)</sup>

La estrategia educativa promotora de la participación es la práctica docente que consiste en promover en las personas la elaboración y construcción de su propio conocimiento ante una situación problemática de su entorno de tal forma que la trascienda en su quehacer cotidiano, mejorando la aptitud para el manejo de la violencia intrafamiliar (dominio de las personas ante situaciones de violencia intrafamiliar, teniendo que sopesar, comparar, discriminar y elegir ante las opciones opuestas, poniendo en juego su propio criterio); como resultado de la crítica de la información y la recuperación reflexiva de la experiencia de manera que puedan discernir lo que puede ser relevante y provisto de sentido conforme a la situación real, de una situación que implique violencia intrafamiliar.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Conociéndose que existe un alto índice de violencia intrafamiliar en nuestras familias, independientemente del medio en el que se desarrollen, o del nivel socioeconómico al que pertenezcan, sería importante conocer el impacto que tiene el hecho de realizar acciones educativas, con la finalidad de dar a conocer las graves repercusiones que se derivan de la exposición a situaciones familiares de violencia, con la finalidad de romper el tabú y el secretismo sobre la violencia ejercida dentro de la familia a través de la definición de los comportamientos violentos, compartiendo experiencias personales y trabajando sobre los sentimientos y emociones experimentadas, facilitar el aprendizaje de estrategias de autoprotección y de resolución de conflictos de una manera no violenta, aumentar la autoestima a través del refuerzo y la validación de los sentimientos por los miembros del grupo; y favorecer una experiencia positiva en un ambiente seguro y estructurado. <sup>(9)</sup>

Es de esperarse que una estrategia educativa activa participativa en la comunidad en general, incrementaría los esfuerzos encaminados a desarrollar conductas dirigidas a elaborar su propio conocimiento en donde el punto de partida es la reflexión, enriquecida por la experiencias personales y trabajando sobre los sentimientos y emociones experimentadas en forma personal y grupal. En un principio cuando verdaderamente se elabora el conocimiento, este tiene la impronta de la individualidad donde surge; y es conforme se avanza en el camino, que el conocimiento, al tener un considerable componente propositivo adquiere convergencia con otros puntos de vista, los participantes del estudio tendrán la oportunidad de ser los protagonistas en la elaboración de su conocimiento en relación a la violencia intrafamiliar, lo cual nos permite plantear la siguiente pregunta:

¿Cual es el impacto de una estrategia educativa activa participativa en la prevención de violencia intrafamiliar?



## **JUSTIFICACIÓN**

Es posible evitar o disminuir la violencia intrafamiliar en un grupo de padres de familia del Colegio Pedro de Gante en Tamasopo, San Luis Potosí, posterior a una estrategia educativa activa participativa, y de esta manera evitar o disminuir las graves repercusiones que se derivan de la exposición a situaciones familiares de violencia. Actualmente se ha potenciado el desarrollo e implementación de programas de intervención sobre las víctimas de violencia familiar en el ámbito de los servicios sociales y de la salud. Sin embargo existen pocos estudios encaminados a evaluar la importancia que tienen dichos programas que invitan a la reflexión crítica de la propia experiencia del individuo; que es donde la intervención de esta estrategia educativa activa participativa que se realizó desarrollo en las personas una aptitud adecuada para el manejo de la violencia intrafamiliar. Como resultado de la crítica de la información y la recuperación reflexiva de la experiencia, de manera que puedan discernir de lo que puede ser dañino para la salud familiar y de lo que pueda resultar en beneficio para el buen funcionamiento familiar, para intervenir oportuna y correctamente.

En la visión participativa de la educación se propone no consumir la información sino elaborarla y transformarla, surgiendo básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre esta, mediante la motivación, iniciativa e inventiva de la persona, por lo que esta se convierte en el protagonista de su propio proceso de aprendizaje.

La intención de evaluar estas estrategias implementadas en los participantes del estudio es apreciar el cómo y qué de su que hacer, al analizar las decisiones que toma, en donde se pone en juego su criterio en la solución de situaciones críticas en base a su experiencia y a la reflexión de la misma, al ser propositivo tener alternativas para el adecuado desempeño de sus actividades cotidianas dentro del ámbito familiar.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Medir el impacto de una estrategia educativa activa participativa en la prevención de violencia intrafamiliar en un grupo de padres de familia del Colegio Pedro de Gante, en Tamasopo, S. L. P. durante el ciclo escolar 2008 – 2009.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Disminuir la violencia intrafamiliar en un 10 % posterior a la intervención educativa activa participativa.

## **HIPÓTESIS**

### **HIPÓTESIS NULA**

- Una estrategia educativa activa participativa no disminuye un 10% la violencia intrafamiliar.

### **HIPÓTESIS ALTERNA**

- Una estrategia educativa activa participativa si disminuye un 10% la violencia intrafamiliar.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### DISEÑO DEL ESTUDIO

- De intervención educativa activa participativa

### TIPO DE ESTUDIO

- De intervención preprueba-posprueba y sujetos como su propio control

### UNIVERSO DE ESTUDIO

- Grupo de padres de familia que tengan inscritos a sus hijos en el Colegio Pedro de Gante, en Tamasopo, S. L. P., durante el ciclo escolar 2008 – 2009.

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

- No probabilística por conveniencia.

### TAMAÑO DE LA MUESTRA

- 20 parejas de padres de familia de alumnos del Colegio Pedro de Gante en Tamasopo, S. L. P., del ciclo escolar 2007 – 2008.
- La Técnica de muestreo es no probabilística por conveniencia, con parejas de voluntarios. Se realizó la invitación abierta por medio de información que se ofreció en una plática informativa, la cual se realizó con el apoyo y autorización de la directora del plantel educativo (Colegio Pedro de Gante en Tamasopo, S. L. P.).

- El cálculo de la muestra se realizó por la conveniencia de trabajar con grupos pequeños, que favorecen un mejor involucramiento y participación por parte de las integrantes de dichos grupos, características que tiene la corriente activo participativa.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Padres de familia, que cuenten por lo menos con cinco años de matrimonio, que tengan una escolaridad mínima de primaria terminada, que habiten en las comunidades de Tamasopo o Agua Buena, S. L. P. y que tengan hijos que se encuentren cursando el ciclo escolar 2008 – 2009 en el Colegio Pedro de Gante, en Tamasopo, S. L. P. y que deseen participar.

### CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Padres de familia que no deseen participar en el estudio.

### CRITERIOS DE ELIMINACION

- Padres de familia en los que sus hijos sean cambiados de escuela.
- Padres de familia que emigren de la comunidad.

## **VARIABLES**

### VARIABLE DEPENDIENTE

- Violencia intrafamiliar

### VARIABLE INDEPENDIENTE

- Intervención educativa activa participativa

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Estrategia educativa activa participativa</b>
<b>Tipo de variable</b>	Independiente
<b>Definición conceptual</b>	práctica docente que consiste en promover en las personas la elaboración y construcción de su propio conocimiento ante una situación problemática de su entorno de tal forma que la trascienda en su quehacer cotidiano
<b>Definición operacional</b>	Practica docente que promueve la construcción de su propio conocimiento en base a experiencias propias y ajenas

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Violencia intrafamiliar</b>
<b>Tipo de variable</b>	Dependiente
<b>Definición conceptual</b>	acto u omisión único o repetitivo consistente en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia en relación de poder en función del sexo, edad o la condición física, en contra de otro integrante de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra
<b>Definición operacional</b>	dimensión
<b>Escala de medición</b>	Ordinal: nunca, poco frecuente, frecuente, muy frecuente
<b>Fuente de información</b>	Cuestionario para el diagnostico de violencia intrafamiliar (nunca = 1, poco frecuente = 2, frecuente = 3, muy frecuente = 4)

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Violencia física</b>
<b>Tipo de variable</b>	Dependiente
<b>Definición conceptual</b>	cualquier acto no accidental que provoque o pueda producir daño en el cuerpo de otra persona
<b>Definición operacional</b>	Actos que provoquen daño a otra persona
<b>Escala de medición</b>	Ordinal: nunca, poco frecuente, frecuente, muy frecuente
<b>Fuente de información</b>	Cuestionario para el diagnostico de violencia intrafamiliar, preguntas 1, 4, 5, 7, 11, 14, 39 y 40 (nunca = 1, poco frecuente = 2, frecuente = 3, muy frecuente = 4)

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Violencia psicológica</b>
<b>Tipo de variable</b>	Dependiente
<b>Definición conceptual</b>	Actos o conductas que producen desvalorización o sufrimiento en una persona (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación e insultos)
<b>Definición operacional</b>	Actos que ocasionen alteración emocional en otra persona
<b>Escala de medición</b>	Ordinal: nunca, poco frecuente, frecuente, muy frecuente
<b>Fuente de información</b>	Cuestionario para el diagnóstico de violencia intrafamiliar, preguntas 2, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15 a 23 y 28 a 36 (nunca = 1, poco frecuente = 2, frecuente = 3, muy frecuente = 4)

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Violencia económica</b>
<b>Tipo de variable</b>	Dependiente
<b>Definición conceptual</b>	desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar/controlar el acceso al dinero, impedir al acceso a un puesto de trabajo o a la educación, negativa de derechos a la propiedad
<b>Definición operacional</b>	Desigualdad en acceso a recursos, y/o control desproporcionado el acceso a los mismos
<b>Escala de medición</b>	Ordinal: nunca, poco frecuente, frecuente, muy frecuente
<b>Fuente de información</b>	Cuestionario para el diagnóstico de violencia intrafamiliar, preguntas 24 a 27, 37 y 38 (nunca = 1, poco frecuente = 2, frecuente = 3, muy frecuente = 4)

<b>Nombre de la variable</b>	<b>Violencia sexual</b>
<b>Tipo de variable</b>	dependiente
<b>Definición conceptual</b>	es el contacto sexual de cualquier tipo no acordado, incluyendo roces, cualquier tipo de agresión sexual, violaciones, sodomía y desnudar o fotografiar por razones pornográficas.
<b>Definición operacional</b>	Contacto sexual de cualquier tipo en contra de la voluntad y consentimiento de la otra persona
<b>Escala de medición</b>	Ordinal: nunca, poco frecuente, frecuente, muy frecuente
<b>Fuente de información</b>	Cuestionario para el diagnóstico de violencia intrafamiliar, preguntas 40 a 42 (nunca = 1, poco frecuente = 2, frecuente = 3, muy frecuente = 4)

## **PROCEDIMIENTO PARA LA ESTRATEGIA EDUCATIVA ACTIVA PARTICIPATIVA**

Actualmente existen dos tendencias educativas claramente definidas, una de ellas es la tradicional y dominante caracterizada por ser pasiva, receptiva y acumulativa, la cual privilegia a la memoria como el medio para “adquirir” el conocimiento, y por otro lado está la participativa, en la que el profesor y el alumno, por medio de la *experiencia reflexiva*, sustentada en el enfoque epistemológico de la *crítica de la experiencia*, elaboran activamente su propio conocimiento. Entre estas dos tendencias existe una gama de matices que imprimen mayor o menor predominancia a alguna de ellas.

Nuestro medio no es la excepción en la tendencia dominante de la educación tradicional, en la cual el profesor representa al experto conocedor que transmite sus enseñanzas, mientras que los alumnos son ávidos receptores y almacenadores de información. Por su parte, en la tendencia educativa participativa, la relación profesor-alumno es más simétrica y ambos son sujetos del aprendizaje.

En la visión participativa de la educación el profesor provoca, motiva, desencadena e impulsa la iniciativa e inventiva del alumno, promoviendo el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica en la elaboración del conocimiento, con efectos sociales dados por acciones colectivas, concertadas, consistentes, perseverantes, anticipatorias e incluyentes dotadas del poder del conocimiento que debilita al poder sustentado en la desigualdad.

Para llevar a cabo la estrategia educativa se formó un grupo el cual fue intervenido, y quedó integrado por 20 parejas de padres de familia de alumnos del Colegio Pedro de Gante de Tamasopo, S. L. P. del ciclo escolar 2008 – 2009. A los cuales se les explicó previamente sobre las actividades que se



realizarían, llegando al acuerdo sobre el número de sesiones (diez sesiones), una por semana, con una duración de una hora cada una.

La intervención educativa comprendió actividades en las cuales los participantes externaron el conocimiento que tenían acerca del tema en cuestión, para poder de esta manera dar una definición de los comportamientos violentos y posteriormente, se trabajó sobre las experiencias, sentimientos y emociones que experimentaron en forma individual durante situaciones de violencia intrafamiliar, para que de esta manera se pueda valorar la diversidad de opiniones provenientes de las distintas experiencias personales, confrontar puntos de vista sopesando las consecuencias de la violencia intrafamiliar y los beneficios de un ambiente familiar agradable y cálido, que brinde a sus integrantes sensación de bienestar, refugio, apoyo, etc.

El contenido de la intervención incluyó:

- Sesión número 1.- agradecimiento y aplicación de evaluación inicial
- Sesión número 2.- definición y funciones de la familia
- Sesión número 3.- funcionalidad familiar
- Sesión número 4.- disfunción familiar (definición y factores que pueden provocar disfunción dentro de una familia)
- Sesión número 5.- violencia contra la mujer (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 6.- violencia contra personas mayores (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 7.- violencia contra menores (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)

- Sesión número 8.- violencia contra los hombres (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 9.- manejo de violencia intrafamiliar (Se refiere al mayor o menor dominio de los integrantes del grupo para identificar situaciones problemáticas en las que se puede desencadenar la violencia intrafamiliar, y en base a sus conocimientos podrá discriminar y optar entre alternativas de acción durante dichas situaciones. Por tanto podrá diferenciar las apropiadas, oportunas, útiles o beneficiosas de las inapropiadas extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales).
- Sesión número 10.- agradecimiento y aplicación de la evaluación final.

El papel de la persona encargada de dicha intervención ante el grupo, fue la de propiciar la interacción del grupo interviniendo en casos de que la participación decreciera o para reencauzar la discusión, se cuestiono, buscando en caso de desacuerdos, comentando o señalando los puntos de vista de los participantes que se consideraron relevantes o pertinentes con respecto a la diversidad de opiniones. Se tomo precaución en cuanto a emitir una opinión que desaliente al participante a externar las propias.

Posteriormente el grupo presento sus conclusiones, acuerdos y desacuerdos, dudas ante todo el grupo en donde se confrontaron los argumentos para defender los puntos de vista a los que se llegaron. El profesor exteriorizo su punto de vista no como “la verdad” sino como otro punto de vista basado en otra experiencia, y en caso necesario sugiriendo o invitando la búsqueda de estrategias que nos ayuden a evitar el uso de la violencia durante la resolución de conflictos favoreciendo experiencias positivas en un ambiente seguro y estructurado.

Es de esperarse que una estrategia educativa activa participativa en la comunidad en general, incrementaría los esfuerzos encaminados a desarrollar conductas dirigidas a elaborar su propio conocimiento en donde el punto de partida es la reflexión, enriquecida por las experiencias personales y trabajando sobre los sentimientos y emociones experimentadas en forma personal entre los integrantes del grupo. En un principio cuando verdaderamente se elabora el conocimiento, este tiene la impronta de la individualidad donde surge; y es conforme se avanza en el camino, que el conocimiento, al tener un considerable componente propositivo; adquiere convergencia con otros puntos de vista; los participantes del estudio tuvieron la oportunidad de ser los protagonistas en la elaboración de su conocimiento, en este caso orientado hacia la violencia intrafamiliar.

## **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

### **Construcción del instrumento**

El instrumento fue confeccionado tomando en cuenta los siguientes atributos: que fuera sencillo, de bajo costo y aplicable a cualquier tipo de persona independientemente del nivel de escolaridad.

Para la construcción del instrumento se realizó una revisión bibliográfica para establecer las categorías que permitieran medir el fenómeno objeto de estudio. Se propusieron las categorías siguientes:

- Familia de origen, en la cual se puede observar si los sujetos a estudio fueron víctimas de violencia física (preguntas 1 y 4), y psicológica (preguntas 2 y 3) en su infancia.
- Relación con los hijos, en la que se puede valorar si es que hay violencia física (preguntas 5 y 7), y psicológica (preguntas 6 y 8) hacia los menores dentro de la familia.
- Tensiones y conflictos, que muestra si ante un problema se anteponen la violencia física (preguntas 11 y 14), y/o psicológica (preguntas 9, 10, 12 y 13) para la resolución del problema.
- Relación actual, que califica como se encuentra el trato actual entre la pareja en cuestión, y califica desde violencia física (pregunta 39), violencia psicológica (preguntas 15 a 23 y de 28 a 36), económica (preguntas 24 a 27, 37 y 38), y sexual (preguntas 40, 41 y 42).

Una vez establecidas las categorías se puede observar también que este cuestionario nos permite explorar también:

- Violencia física (preguntas 1, 4, 5, 7, 11, 14 y 39)

- Violencia psicológica (preguntas 2, 3, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 15 a 23 y 28 a 36).
- Violencia económica (preguntas 24 a 27, 37 y 38)
- Violencia sexual (preguntas 40 a 42)

### **Validación del instrumento**

El instrumento se sometió a crítica por rondas de expertos (médicos familiares, psicólogos, psiquiatras, con un perfil de docencia o investigación), a quienes se les solicitó que emitieran sus valoraciones en cuanto a la claridad de los enunciados, a si existía una diferenciación clara de las categorías a través de los ítems, para perfeccionar el instrumento y darle validez de contenido y de criterio, a fin de realizar los ajustes necesarios; posteriormente el instrumento al final quedo conformado por la mayoría del consenso de expertos 5 de 5 o 4 de 5 para ser incluidos en el instrumento.

El instrumento (anexo 2) que quedo conformado por 42 ítems y al que se le denomino: cuestionario para diagnostico de violencia intrafamiliar.

Se realizó una prueba piloto con parejas de padres de familia de la comunidad, con el fin de adecuar la claridad de la redacción de los enunciados y calcular su consistencia interna.

Con la formula 21 de Kuder-Richardson se cálculo la consistencia interna del instrumento a partir de las puntuaciones obtenidas en la prueba piloto.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Este protocolo de investigación cumple con los principios éticos emitidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, del informe Belmont, de las pautas internacionales para la investigación médica relacionada a seres humanos por la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de organizaciones Internacionales con Seres Humanos. Y en México por lo establecido en la Ley General de Salud.

Se obtuvo el consentimiento de los participantes bajo información verbal, Indicándoseles los objetivos del estudio, y aclarándoles que su participación tiene un carácter exclusivamente voluntario, el manejo de la información se realizó de manera confidencial, sólo con fines educativos.

## **ADMINISTRACIÓN DEL TRABAJO DE INESTIMACIÓN**

### **RECURSOS HUMANOS**

- Investigador
- Asesor metodológico
- Asesor clínico
- Colegio Pedro de Gante, en Tamasopo, San Luis Potosí
- Capturista de datos

### **RECURSOS MATERIALES**

- Computadora Hacer, Aspire 5040
- Programa Excel
- Programa Word
- Programa Power Point
- Programa estadístico SPSS
- Papelería

### **RECURSOS FINANCIEROS**

- Propios del investigados

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables de control o antecedente. Para establecer las diferencias entre una medición basal y final por medio de medianas, para dos grupos o muestras dependientes se utilizó la estadística inferencial no paramétrica por medio de prueba de rangos asignados de Wilcoxon. La presentación de los resultados se realizó por medio de texto, cuadros y gráficos.

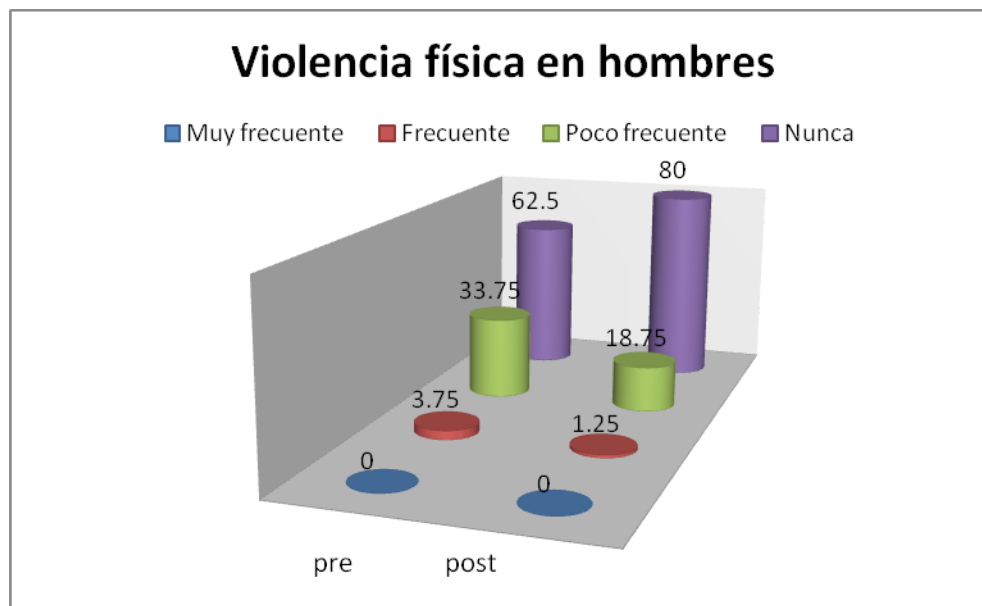


## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se intervino a 20 padres y 20 madres de familia de alumnos del Colegio Pedro de Gante en Tamasopo, S.L.P. las cuales recibieron una intervención educativa del tipo activo participativa que incluyo diez sesiones con una duración de una hora cada una, haciendo un total de 10 horas.

Describiendo individualmente las variables de control se observó, que en la **violencia física en hombres**, no se encuentran casos de violencia en forma muy frecuente; de los 3.75% que presentan violencia en forma frecuente, disminuyeron a un 1.25% (lo que representa una disminución del 66.67%); en lo que respecta a la violencia en forma poco frecuente disminuyeron de un 33.75% a un 18.75% (disminución del 44.45%); y finalmente el porcentaje de hombres que no tuvieron violencia, aumento de un 62.5% a un 80% (aumento del 28%) posterior a la intervención. Para finalizar con una disminución total del 27.7% en relación a la violencia física en hombres. (Gráfica 1).

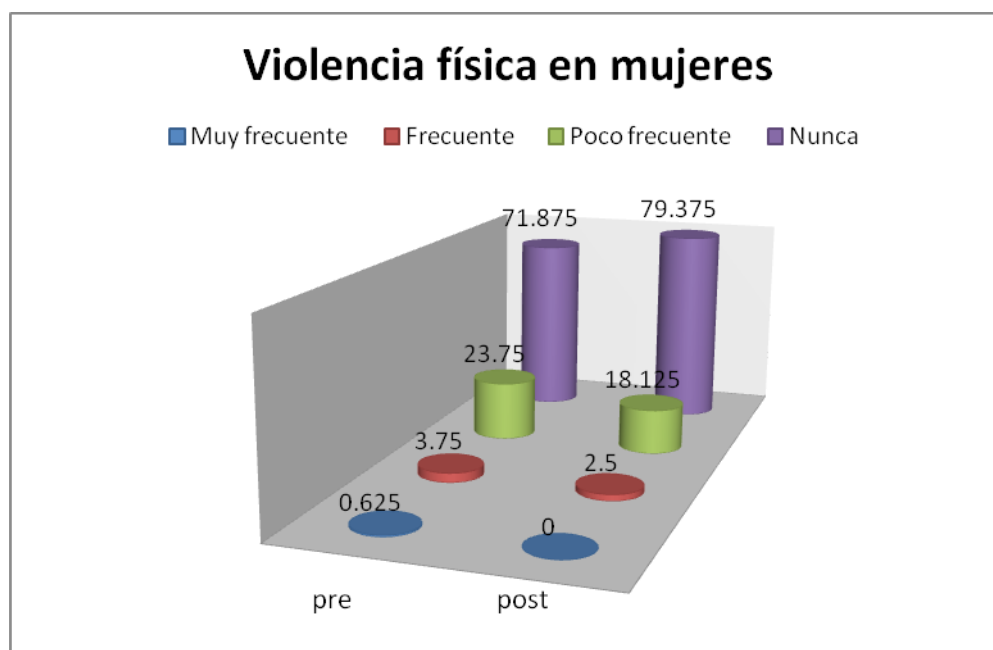
Gráfica 1



Fuente: encuestas

**En la violencia física en mujeres:** se observó una disminución del .675% al 0% (lo que representa una disminución del 100%) en casos de violencia en forma muy frecuente; una disminución del 3.75% al 2.5% (disminución del 33.34%) en casos de violencia en forma frecuente; una disminución del 23.75% al 18.125% (disminución del 23.69%) en casos de violencia poco frecuente y un aumento del 71.875% a 79.375% (aumento del 10.43%) en los casos que nunca se presentó este tipo de violencia. Para finalizar con una disminución total de la violencia física para mujeres del 36.6%. (Gráfica 2).

**Gráfica 2**

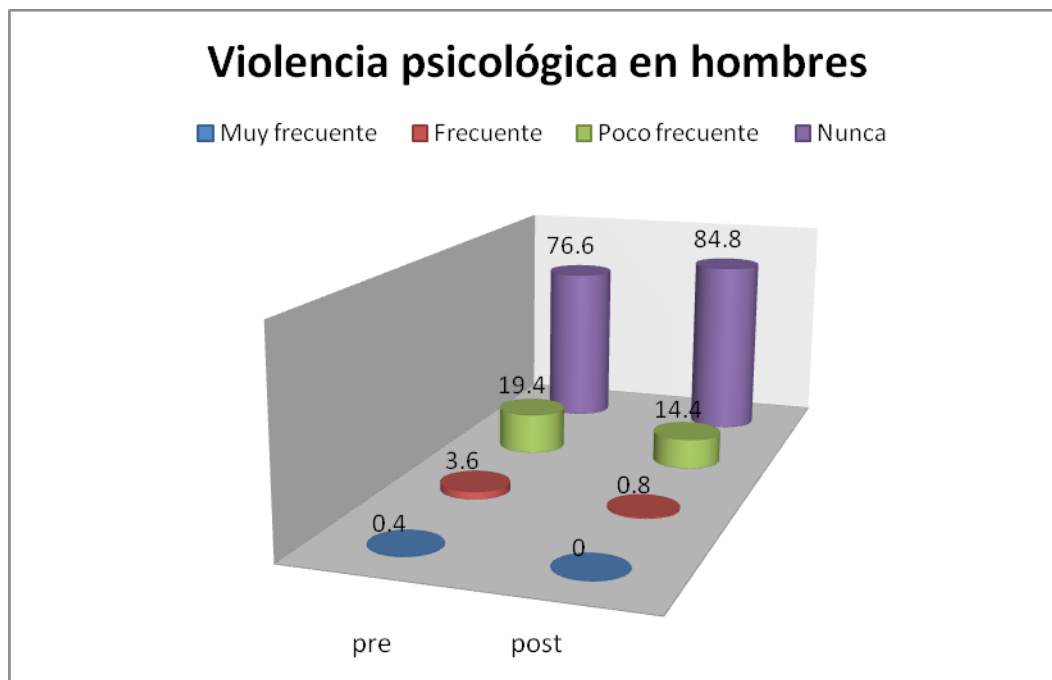


Fuente: encuestas

**Violencia Psicológica en hombres:** se observó que los casos de este tipo de violencia en forma muy frecuente disminuyeron del 0.4% al 0% (disminución del 100% de los casos); los casos de violencia en forma frecuente disminuyeron del 3.6% al 0.8% (disminución del 77.78%); los casos de forma poco frecuente disminuyeron del 19.4% al 14.4% (disminución del 25.78%); y finalmente los

casos en los que no se presento este tipo de violencia aumentaron de un 76.6% a un 84.8% (aumento del 10.43%). Lo que representa una disminución de la violencia psicológica en hombres del 48.2%. (Gráfica 3)

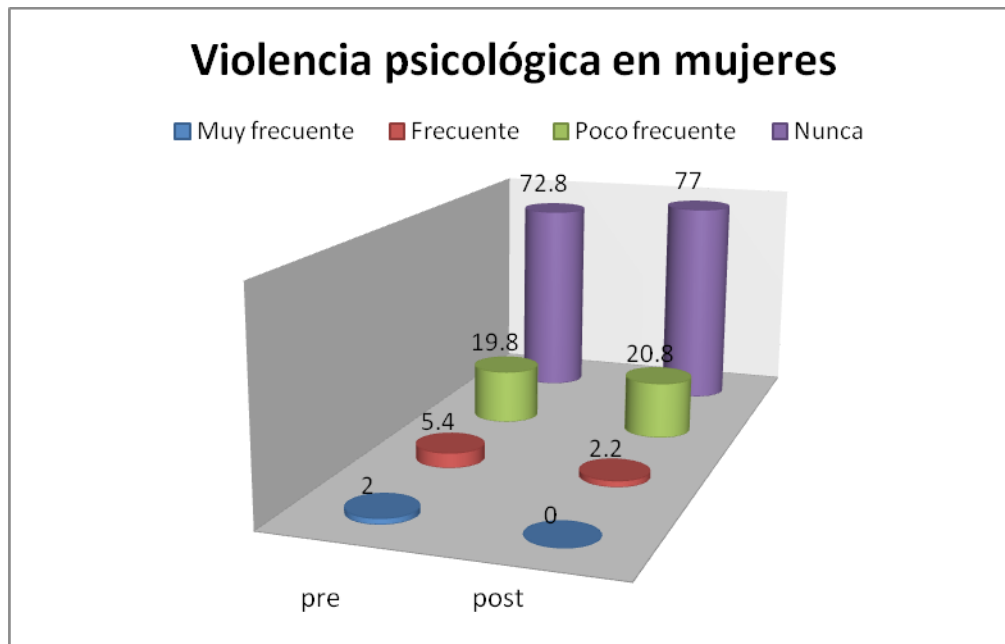
**Gráfica 3**



Fuente: encuestas

**Violencia psicológica en mujeres:** se observó que los casos de este tipo de violencia en forma muy frecuente disminuyeron del 2% a 0% (disminución del 100%); en los casos de violencia en forma frecuente disminuyeron del 5.4% al 2.2% (disminución del 59.26%); los casos en forma poco frecuente aumentaron del 19.8% al 20.8 (aumento del 5.05%); y finalmente los casos en los que no se presento este tipo de violencia aumentaron de un 72.8% a un 77% (aumento del 5.76%). Logrando por tanto una disminución de la violencia psicológica en mujeres del 37.1%. (Gráfica 4).

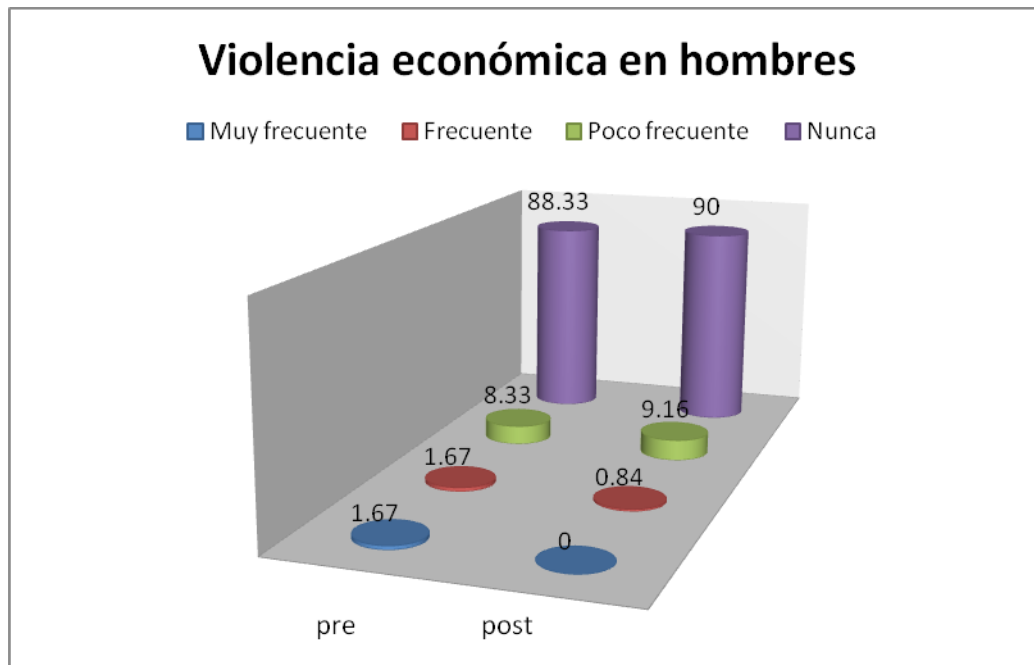
Gráfica 4



Fuente: encuestas

**Violencia económica en hombres:** se observó que los casos de violencia en forma muy frecuente disminuyeron del 1.67% al 0% (disminución del 100%); los casos de violencia en forma frecuente disminuyeron del 1.67% al .84% (disminución del 49.7%); los casos de violencia en forma poco frecuente aumentaron del 8.33% al 9.16% (aumento del 9.9%); y finalmente los casos en los que no se presentó este tipo de violencia aumentaron de un 88.33% a un 90% (aumento del 1.8%) posterior a la intervención. Logrando finalmente una disminución de la violencia económica en hombres del 34.5%. Gráfica 5 y tabla 5).

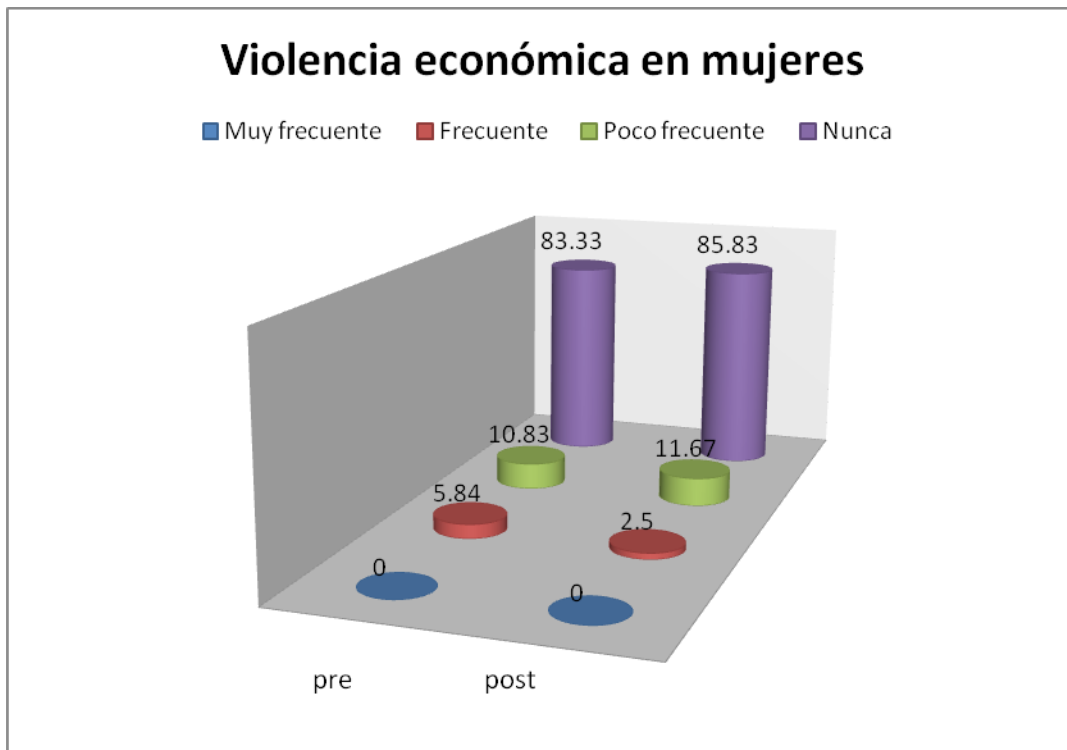
Gráfica 5



Fuente: encuestas

**Violencia económica en mujeres:** se observó que los casos de violencia en forma frecuente disminuyeron de un 5.84% a un 2.5% (disminución del 57.2%); los casos de violencia en forma poco frecuente aumentaron del 10.83% a un 11.67% (aumento del 7.7%); y los casos en los que no se presentó este tipo de violencia aumentaron de un 83.33% a un 85.83% (aumento del 3%) posterior a la intervención. Lográndose una disminución de la violencia económica en mujeres del 15.4%. (Gráfica 6).

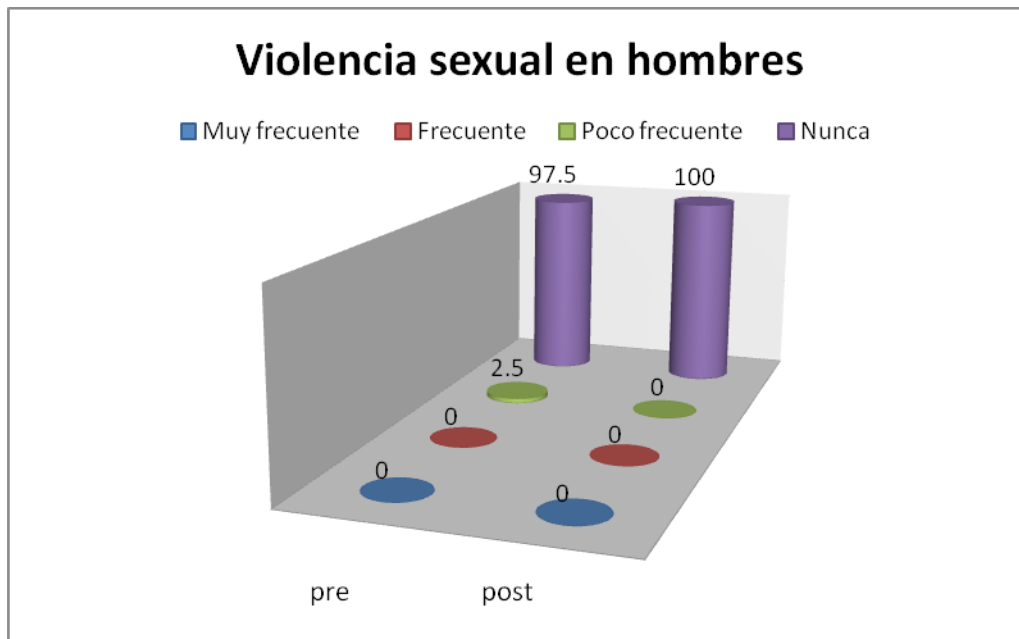
Gráfica 6



Fuente: encuesta

**Violencia sexual en hombres:** no se presentaron casos de este tipo de violencia en forma muy frecuente y frecuente, los casos en los que se presentó este tipo de violencia en forma poco frecuente disminuyeron del 2.5% al 0% (disminución del 100%), y los casos en los que no se presentó este tipo de violencia aumentaron de un 97.5% a un 100% (aumento del 2.5%) posterior a la intervención. lográndose una disminución de la violencia sexual en hombres del 48.7%. (Gráfica 7).

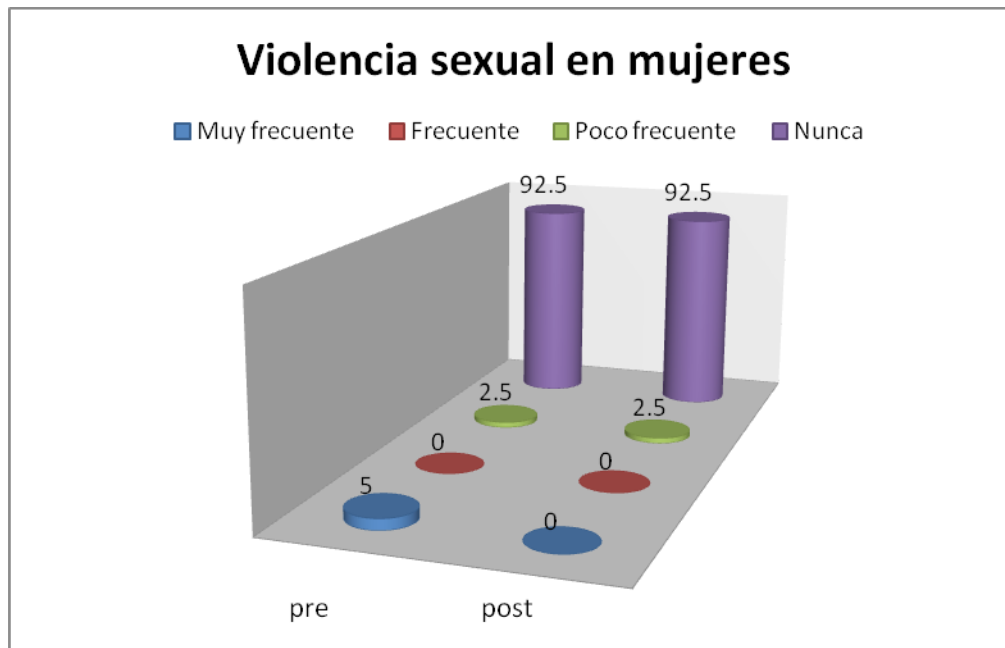
Gráfica 7



Fuente: encuestas

**Violencia sexual en mujeres:** los casos de este tipo de violencia en forma muy frecuente disminuyeron de un 5% a un 0% (disminución del 100%); los casos que se presentaron en forma poco frecuente así como los que no presentaron este tipo de violencia se mantuvieron sin cambios. Que aunque los cambios no fueron tan evidentes si suponen una disminución de este tipo de violencia para las mujeres del 33.3%. (Gráfica 8).

Gráfica 8



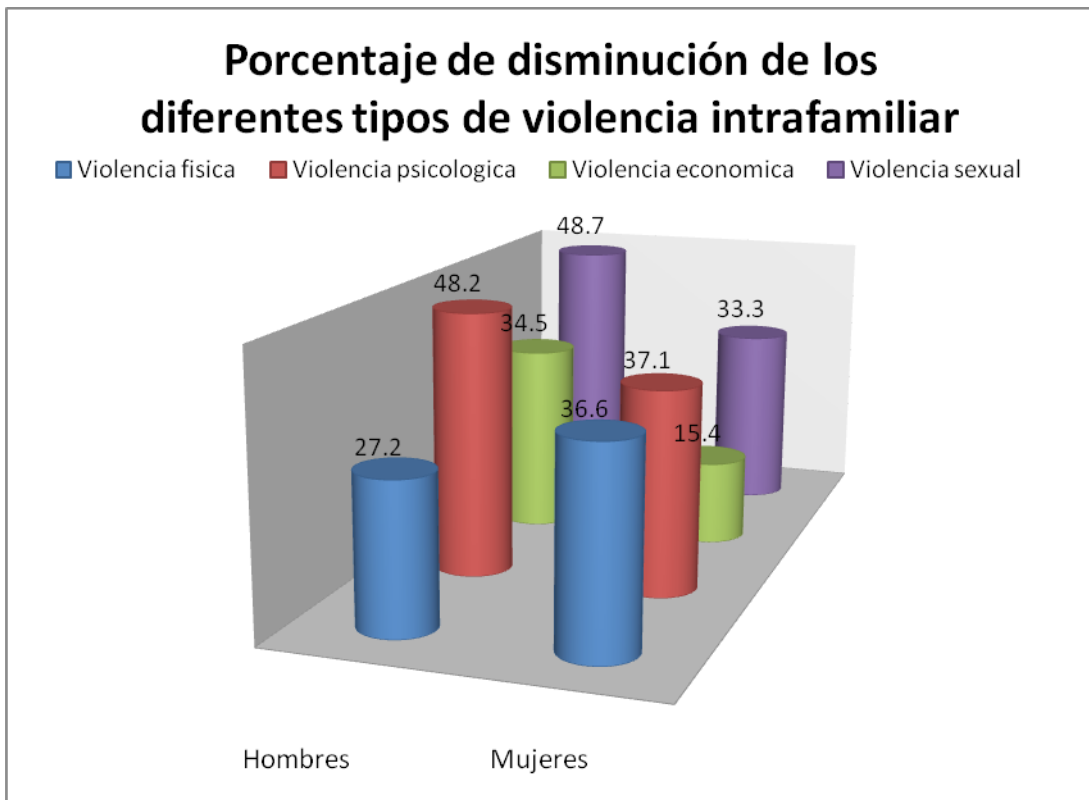
Fuente: encuestas

Haciendo una comparación del análisis individual de cada uno de los tipos de violencia intrafamiliar en hombres y mujeres se observó que:

- Hubo una disminución de la violencia física en mujeres mayor (36.6%) que en los hombres. (27.7%).
- Una disminución de la violencia psicológica mayor en los hombres (48.2%) que en las mujeres (37.1%).
- Una disminución de la violencia económica mayor en hombres (34.5%) que en mujeres (15.4%).
- Y una disminución de la violencia sexual más evidente para los hombres (48.7%) que para las mujeres (33.3%). (Gráfica 9).



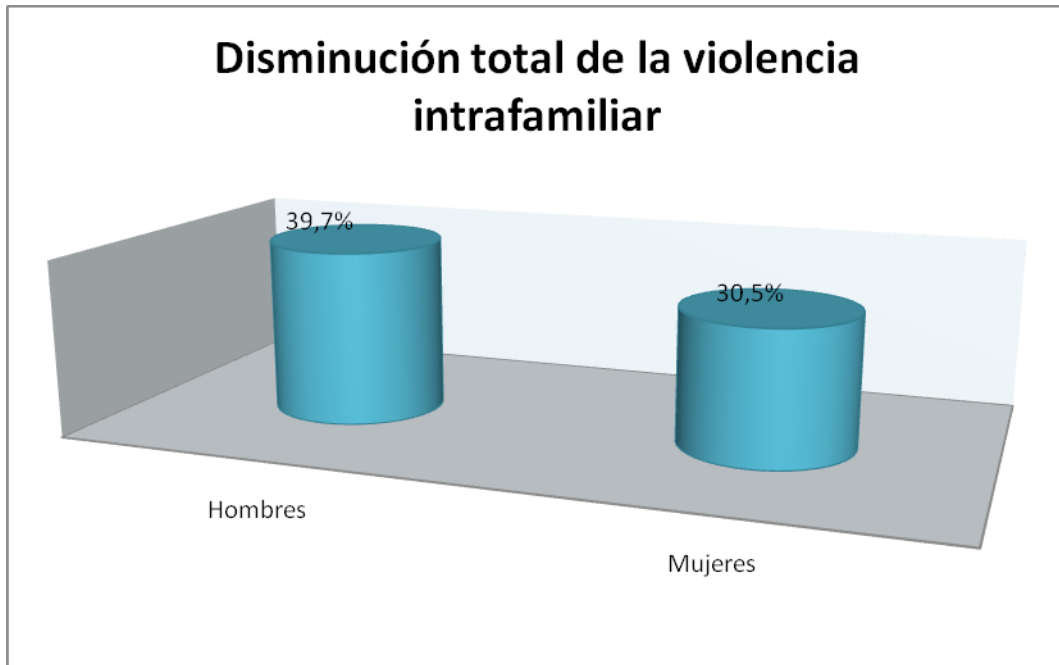
**Gráfica 9**



Fuente: encuestas

Finalmente al analizar el porcentaje total de la disminución de la violencia intrafamiliar se pudo observar una mayor disminución de la violencia intrafamiliar en hombres (39.7%) que en mujeres (30.5%). (Gráfica 10)

**Gráfica 10**



Fuente: encuestas

## CONCLUSIONES

- La intervención educativa activa participativa es una herramienta útil y actualmente no promovida en el área de la salud.
- Los participantes se autoanalizaron y analizaron a cada uno de los miembros de la familia, lo que les permitió percibir alguna alteración de la funcionalidad.
- Es aconsejable el trabajar con grupos pequeños para su mejor control y porque la interacción entre los participantes es fundamental para la elaboración del conocimiento y la autocrítica.
- Se observó una disminución de la violencia física en mujeres mayor (36.6%) que en los hombres. (27.7%).
- Hubo una disminución de la violencia psicológica mayor en los hombres (48.2%) que en la mujeres (37.1%).
- Se observó una disminución de la violencia económica mayor en hombres (34.5%) que mujeres (15.4%).
- Hubo una disminución de la violencia sexual que fue mas evidente para los hombres (48.7%) que para las mujeres (33.3%).
- Finalmente, el porcentaje total de la disminución de la violencia intrafamiliar fue mayor en hombres (39.7%) que en mujeres (30.5%).

## BIBLIOGRAFIA

1. Huerta González J. L; Medicina familiar. La familia en el proceso salud – enfermedad, editorial Alfil, primera edición, 2005.
2. Mendoza Solís L. A, Soler Huerta E, Sainz Vázquez L, Gil Alfaro I, Mendoza Sánchez H. F, Pérez Hernández C, Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar en atención primaria, Archivos en Medicina Familiar, 2006; 8(1); 27 – 32.
3. Caraveo A, J; Medina Mora M. E; Villatoro J; López Lugo E, K; Martínez Vélez A; Detección de problemas de salud mental en la infancia; Salud Publica de México; 1995, 37(5); 445 – 451.
4. Bautista Lozada Y; El bajo aprovechamiento escolar y la dinámica familiar disfuncional. Experiencias tutoriales.
5. Kohn R; Levav I; Alterwain P; Ruocco G; Contera M; Della Grotta Sh; Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay; Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2001; 9(4); 211 – 218.
6. Rojas Ardilla V, A; Roa Delgado E; Tamiche T; Velásquez R; Evaluación psicosocial de las familias por el equipo de salud; Medico de Familia.
7. Ortiz Gómez M, T; La salud familiar, Trabajos de revisión; Rev Cubana Med Gen Integr; 1999; 15(4): 439 – 445.
8. Ramírez Lumbreras C, E; Méndez Espinosa E; Barrón Garza F; Riquelme Heras H; Cantu Leyva R; Funcionalidad familiar y enfermedad crónica infantil;  
<http://www.nuevoamanecer.edu.mx/imgs/pdf/Funcionalidad%20familiar.pdf>.
9. Patro Hernández R; Limiñana Gras R, M; Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas; Anales de psicología; 2005, 21(1): 11 – 17.
10. Mazadiego Infante T, J; Detección de maltrato infantil en una muestra de escuelas primarias; Enseñanza e investigación en psicología; 2005; 10(002): 281 – 293.

11. Soriano Fuentes S; De la Torre Rodríguez R; Soriano Fuentes L; Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar; Medicina de Familia; 2003; 4(2): 38 – 43.
12. Loredo Abdala A; La violencia familiar ¿un problema que se hereda o se aprende?; Gaceta Medica Mexicana; 2002; 138(2): 157.
13. Valdez Santiago R; Hajar Medina M; Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud publica; Gaceta medica mexicana; 2002; 138(2): 159 – 163.
14. Díaz Olavarrieta C; Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel; Gaceta Medica Mexicana; 2002; 138(2): 158.
15. Saucedo García J, M; La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor; Gaceta Medica Mexicana; 2002; 138(2): 164 – 168.
16. Loredo Abdala A; Maltrato al menor; Gaceta Medica Mexicana; 2002; 138(2): 175 – 176.
17. de la Barra F; Toledo V; Rodríguez J; Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares; Rev. Vhil, neuro-psiquiatr. 2002; 40(4): 347 – 360.
18. Blanco Tamayo I; Salvador Álvarez S; Cobian Mena A; Bello Sánchez A; Maltrato infantil intrafamiliar, en un área de salud de Santiago de Cuba; MEDISAN, 2000; 4(3): 30 – 37.
19. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSAI-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención medica de la violencia familiar.
20. Arcos G, E; Uarac U, M; Molina V, I; Impacto de la violencia domestica en la salud infantil; Rev. Med Chile; 2003; 131: 1454 -1462.
21. Soriano Faura F, J; Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud; PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia; 2005: 1-29.
22. Valdivia M; Trastorno por estrés postraumático en la niñez; Rev. Chil. Neuro-psiquiatr; 2002; 40(2): 76:85.
23. Nieto García J, I; Programa integral de detección y abordaje de la violencia domestica desde el Sistema Sanitario Publico de la Rioja; Servicio Riojano de Salud; 2002: 1 – 47.

24. D. Barry, T; Loxhman J; La agresión en los niños pequeños: estrategias para padres y educadores; National Association of School Psychologists; 4: 9 – 13.
25. Fernández Alonso M C; Violencia domestica;
26. Esquivel M; Mora Garrancho D; Perera Martín C; Guía para la detección y notificación de situaciones de riesgo y maltrato infantil; Conserjería de empleo y asuntos sociales Dirección General de Protección del Menor y la Familia; Taller de letras S. A. L; 2004: 1-72.
27. Moya Suárez H; Olivari Piña F; Ulloa Chávez F; Maltrato infantil guía clínica; Hospital de niños Robledo del Río con el auspicio de la Embajada Británica en Chile.
28. Pedreira Massa J.L; Martín Álvarez L; Maltrato en la infancia; Pediatría integral: Curso de formación continuada en psiquiatría infantil; 8ª. Entrega; capitulo 2: pp. 13 – 31.
29. La familia funcional y disfuncional; Información especializada; [http://www.opcionperu.org.pe/web\\_OpcionPeru/Descarga/lafamilia.pdf](http://www.opcionperu.org.pe/web_OpcionPeru/Descarga/lafamilia.pdf)

## ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

**Lugar y fecha** \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: \_\_\_\_\_

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el numero: \_\_\_\_\_

El objetivo del estudio es:

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y matricula del Investigador Responsable**

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse encaso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio.

**Testigos:**

\_\_\_\_\_  
Este formato constituye solo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave:2810-009-013

## ANEXO 2



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

### CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

**Sexo:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_  
**Ocupación:** \_\_\_\_\_

#### INSTRUCCIONES

Marque con una "X" el inciso que usted considere mas parecido respecto a su situación, tomando en cuenta la siguiente calificación:

Nunca: 0 veces  
Poco frecuente: 1 vez por semana  
Frecuente: 2 a 3 veces por semana  
Muy frecuente: 4 veces o mas por semana

**Muy Frecuente      Frecuente      Poco Frecuente      Nunca**

#### FAMILIA DE ORIGEN

- |  |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1.- ¿Recuerda usted si entre las personas con las que vivía había golpes?                  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 2.- ¿Recuerda usted si entre las personas con las que vivía se insultaban?                 | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 3.- ¿Recuerda usted si cuando era pequeño(a) las personas con las que vivía le insultaban? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 4.- ¿Recuerda usted si cuando era pequeño(a) las personas con las que vivía le golpeaban?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |



### RELACION CON LOS HIJOS

- |     |   |     |     |     |     |
|-----|---|-----|-----|-----|-----|
| 5.- | ¿Usted golpea a sus hijos?                          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6.- | ¿Cuando los regaña los insulta?                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7.- | ¿Su pareja golpea a sus hijos cuando se portan mal? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8.- | Cuando su pareja regaña a sus hijos ¿los insulta?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### TENSIONES Y CONFLICTOS

- |      |   |     |     |     |     |
|------|---|-----|-----|-----|-----|
| 9.-  | Cuando su pareja se enoja con usted ¿le grita?      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 10.- | Cuando su pareja se enoja con usted ¿lo(a) insulta? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 11.- | Cuando su pareja se enoja con usted ¿lo(a) golpea?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 12.- | Cuando usted se enoja con su pareja ¿le grita?      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 13.- | Cuando usted se enoja con su pareja ¿lo(a) insulta? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 14.- | Cuando usted se enoja con su pareja ¿lo(a) golpea?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

### RELACION ACTUAL

¿Durante los últimos 12 meses su pareja...

- |      |   |     |     |     |     |
|------|---|-----|-----|-----|-----|
| 15.- | Lo(a) ha avergonzado?                                     | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 16.- | Lo(a) ha menospreciado?                                   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 17.- | Lo(a) ha comparado con otra persona?                      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 18.- | Ha destruido cosas de usted?                              | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 19.- | Ha destruido cosas del hogar?                             | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 20.- | Lo(a) ha amenazado de alguna manera?                      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 21.- | Lo(a) ha encerrado?                                       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 22.- | Le ha prohibido salir?                                    | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 23.- | Le ha prohibido que lo(a) visiten?                        | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 24.- | Le ha reclamado como gasta usted el dinero?               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 25.- | Aunque tenga dinero no coopera con los gastos de la casa? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 26.- | Malgasta el dinero que se necesita para la casa?          | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

- |      |   |     |     |     |     |
|------|---|-----|-----|-----|-----|
| 27.- | Le ha quitado dinero?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 28.- | Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado a usted todas las tareas del hogar? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 29.- | Teniendo tiempo para ayudar, le ha dejado todas las atención hacia los hijos? | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 30.- | Le ha dicho que usted lo(a) engaña?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 31.- | Le ha hecho sentir miedo?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 32.- | Ha hecho que sus hijos se pongan contra usted?                                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 33.- | Ha hecho que sus familiares se pongan contra usted?                           | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 34.- | Lo(a) ignora?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 35.- | No lo(a) toma en cuenta?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 36.- | No le brinda cariño?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 37.- | Le ha prohibido estudiar?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 38.- | Le ha prohibido trabajar?   | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 39.- | Lo(a) ha golpeado?  | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 40.- | Le ha exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?               | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 41.- | Ha usado su fuerza física para obligarla(o) a tener relaciones sexuales?      | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 42.- | ¿Ha tenido que recibir atención médica por los problemas con su pareja?       | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

## ANEXO 3

### GUIA PARA LA INTERVENCION

- Sesión número 1.- agradecimiento y aplicación de evaluación inicial
- Sesión número 2.- definición y funciones de la familia
- Sesión número 3.- funcionalidad familiar
- Sesión número 4.- disfunción familiar (definición y factores que pueden provocar disfunción dentro de una familia)
- Sesión número 5.- violencia contra la mujer (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 6.- violencia contra personas mayores (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 7.- violencia contra menores (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 8.- violencia contra los hombres (Definición, tipos, efectos sobre la persona que la recibe y posibles soluciones o acciones que puedan prevenirla)
- Sesión número 9.- manejo de violencia intrafamiliar (Se refiere al mayor o menor dominio de los integrantes del grupo para identificar situaciones problemáticas en las que se puede desencadenar la violencia intrafamiliar, y en base a sus conocimientos podrá discriminar y optar entre alternativas de acción durante dichas situaciones. Por tanto podrá diferenciar las apropiadas, oportunas, útiles o beneficiosas de las inapropiadas extemporáneas, precipitadas, inútiles o perjudiciales).
- Sesión número 10.- agradecimiento y aplicación de la evaluación fina

**ANEXO 4**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividades	Sep/ Oct	Nov/ Dic	Ene/ Feb	Mar abril	May/ Jun	Jul/ Agosto	Sep/ Octubre	Nov/ Dic	Ene/ Feb
Elaboración de protocolo									
Revisión del protocolo									
Registro del protocolo									
Presentación ante el comité de investigación									
Aplicación de cuestionarios									
Aplicación de estrategia									
Aplicación de cuestionarios									
Recopilación de información y captura de datos									
Análisis e interpretación de resultados									
Presentación ante comité de investigación									
Presentación ante autoridades									
Redacción de artículo y publicación									