

Caracterización de la violencia en estudiantes de primer año de Medicina Integral Comunitaria. Guárico, Venezuela

LOURDES BÁRBARA ALPÍZAR CABALLERO¹, MAIRÉ MORALES MARTÍNEZ², ROSA MARÍA INFANTE ESPONDA³,
HAYDÉE RODRÍGUEZ GARCÍA⁴, ANAYSA LAMENZÓN RIVERA⁵, ANA YENSIS MIRANDA TAVIO⁶

¹Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, La Habana, Cuba.

²Policlínico Felino Rodríguez, Remedios, Villa Clara, Cuba.

³ICBP Victoria de Girón, La Habana, Cuba.

⁴Facultad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta, Las Tunas, Cuba.

⁵Facultad de Ciencias Médicas I, Santiago de Cuba, Cuba.

⁶Policlínico Docente América I, Contramaestre, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La violencia es identificada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud, pues en algún momento de la vida la mayoría de las personas ha sido objeto de maltrato. En la última década Venezuela presenta cifras ascendentes de víctimas de las diversas formas de maltrato, pero en el estado de Guárico no existen estudios que evidencien estos datos, menos aún desde la autopercepción.

Objetivo: Caracterizar la violencia desde la autopercepción en los estudiantes del primer año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Materiales y Métodos: Se aplicó una encuesta al 81,4% de los estudiantes del primer año de Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Diagnóstico Integral Tulio Pineda, en el periodo comprendido entre enero-febrero de 2015. Los datos se llevaron a tablas de doble entrada y los resultados se expresaron en porcentaje.

Resultados: La mayoría de los encuestados fue maltratada, con predominio del sexo femenino y entre los 17 y 20 años. Las formas de maltrato más usadas fueron el lenguaje y las amenazas, en el barrio y el hogar. El abuso sexual fue poco frecuente y solo en féminas. Presenciar actos de violencia fue frecuente, pero el 40% de las mujeres fueron las víctimas.

Conclusiones: En Guárico la violencia, sin llegar a formas extremas, también constituye un problema de salud a solucionar. La influencia preventiva que podrán ofrecer los estudiantes que fueron objeto de este estudio, les permitirá identificar hábitos que culturalmente se reconocen como normales en ese contexto.

Palabras clave: violencia juvenil, maltrato, abuso sexual, medicina integral comunitaria.

*Los bárbaros que todo lo confían a la fuerza y a la violencia
nada construyen, porque sus simientes son de odio.*

JOSÉ MARTÍ.

INTRODUCCIÓN

La violencia es uno de los fenómenos más extendidos en nuestra época y su impacto se advierte no solo en situaciones de abierto conflicto, sino incluso en la resolución de problemas muy simples de la vida cotidiana (1). Las características que asume son diferentes; sus causas tampoco son las mismas, y en la mayoría de los casos no se reconoce. Generalmente se manifiesta de tres formas: abuso psicológico, abuso físico y abuso sexual (1, 2). La violencia intrafamiliar

puede dirigirse en contra de cualquiera que tenga menos poder que el abusador, incluyendo niños, adolescentes, hombres o madres y ancianos (1, 3, 4, 5).

Desde el punto de vista social y de salud, este fenómeno afecta todos los países y todas las capas sociales, independientemente de su cultura, religión o estado económico. Hoy ha adquirido resonancia social pues son más conocidas y estudiadas estas conductas, por lo que desde 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la violencia como un problema de salud pública (1).

La OMS define la violencia como el uso intencional de la fuerza física o poder, hecho o amenaza contra uno mismo, otra persona, o contra un grupo o una comunidad, que produce o tiene gran probabilidad de producir lesión, muerte, daño psicológico o perturbación del desarrollo (1). Es esta la causa de más de 1 659 000 muertes/año en el mundo, el 90% en países de ingresos bajos a medianos, entre los cuales se encontraban los países latinoamericanos. Los costos directos anuales de la violencia, calculados para países desarrollados, sobrepasan los mil millones de dólares (4).

En América Latina se documenta violencia de diferentes tipos en la mayoría de los países del área: violencia de tipo política, contra los niños, niñas y adolescentes, violencia contra la mujer, violencia contra el adulto y adulto mayor (5, 6, 7, 8).

En el año 2002 América Latina reportó las más altas tasas de suicidio juvenil (36,4 por cada 100 000 habitantes), reportando Venezuela una tasa de 25 en el año 1994. La población femenina se ve más afectada por esta causa. La familia y la escuela han transmitido durante muchos años el rol social dominante del varón y esto ha hecho que ellos se sientan más obligados para triunfar, dominar, ser activos, valientes, tener libertades; mientras la mujer ha estado orientada a ser delicada, obediente, sumisa (9). Krug (10) encontró el ser hombre como único factor de riesgo asociado con significación estadística para ser victimario, y para las mujeres se encontró como factor asociado los antecedentes de delitos no violentos.

Los adolescentes y jóvenes son los que corren los riesgos más altos de convertirse ellos mismos en víctimas o victimarios de la violencia. En algunos países de América Latina, los padres o encargados del cuidado de los menores pueden considerar el uso de la violencia como una forma legítima de disciplinar y corregir a los menores (11, 12, 13). En el contexto latinoamericano, la asociación de la violencia al consumo de drogas, al alcoholismo, la presencia de jóvenes vinculados al trabajo sexual, la criminalidad, entre algunos factores, elevan el riesgo de ser víctimas o victimarios, con máxima expresión en los homicidios (14).

En Venezuela varios autores han tratado el problema de la violencia en la población, presentando en sus estudios estadísticas alarmantes (8-12). Aunque existen regulaciones legales y organizaciones dirigidas a proteger de la violencia a la población en general, y en particular a infantes y adolescentes, se mantiene en la familia hacia los niños, niñas, adolescentes y contra la mujer, lo que convierte en sensibles a estos grupos poblacionales (9-11).

Existe todo un cuerpo legal dirigido a la protección de la población venezolana contra la violencia y en particular a los grupos más vulnerables: Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA 2000) y su Reforma (2007); Ley de Protección de Niños, Niñas y

Adolescentes en salas de uso de Internet, videojuegos y otros multimedia (2006); Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia (2007); Ley de Protección a la Familia, Maternidad y Paternidad (2007); Ley para la Prohibición de Videos Juegos Bélicos y Juguetes Bélicos (2009); Ley sobre Procedimientos Especiales en Materia de Protección Familiar de Niños, Niñas y Adolescentes (2010); Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley Especial de Refugios Dignos para Proteger a la Población en Casos de Emergencias o Desastres Naturales (2011), entre otras.

Apenas existe evidencia documental de las características de la violencia provocada a los adolescentes y adultos jóvenes en el estado de Guárico, por lo que las autoras se propusieron caracterizar la violencia en los estudiantes del primer año de Medicina Familiar y Comunitaria, desde la autopercepción. Ellos serán los futuros médicos que de forma integral atenderán a la población en la promoción de salud y prevención de enfermedades que incluyen los daños y secuelas de la violencia de cualquier tipo. Sus funciones futuras en la comunidad a partir de sus vivencias y autopercepciones resultan de particular interés para influir positivamente en un cambio del panorama social existente. Ser objetos de la presente investigación los convierte a su vez en sujetos activos para el cambio positivo en la comunidad desde la perspectiva del estudiante y futuro profesional de la salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cualitativa, observacional descriptiva, y de corte transversal. Se utilizaron métodos teóricos del tipo del análisis documental e histórico lógico que incluyó el estudio y análisis de programas de formación, y del resultado de otras investigaciones acerca de la violencia, fundamentalmente en el ambiente latinoamericano. Además, se utilizó la sistematización para buscar la organicidad de los conocimientos acerca de la violencia juvenil. Estos se contextualizaron al marco educacional, y de la educación médica venezolana mediante el análisis, síntesis, abstracción y la triangulación de los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos a un grupo de estudiantes de primer año de Medicina Familiar Comunitaria, del Centro de Diagnóstico Integral (CDI) Tulio Pineda Municipio Roscio, ciudad San Juan de los Morros, estado de Guárico, Venezuela.

El universo estuvo constituido por 124 estudiantes del primer año de Medicina Familiar Comunitaria en el CDI Tulio Pineda; y la muestra por 101, pues 22 no estuvieron ese día presentes y 2 de los presentes no consintieron en participar en el estudio. Del total de la muestra, 73 eran mujeres y 28 hombres.

Se aplicó una encuesta anónima y voluntaria, instrumento validado en Cuba por el Grupo Nacional de Atención Integral al Adolescente, de tipo test y selección simple, sobre la autopercepción de la violencia, dando una previa

orientación de los objetivos en su aplicación. Obtenidos los datos de las encuestas, fueron recolectados en una base Microsoft Excel mediante el procesador estadístico SPSS versión 11.5 y presentados en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión. Se determinaron medidas de resumen para variables cualitativas como el porcentaje y el número absoluto.

Previo al inicio del estudio, se pidió el consentimiento por escrito a la Coordinación Médica del Estado, a la institución y a los estudiantes, luego de explicar los objetivos de la investigación. Se tuvieron en cuenta todas las consideraciones éticas previstas en las Normas de Helsinki. Se consideraron las variables maltrato, al daño intencional causado por otras personas incluyendo la lesión física o daño psicológico o emocional; maltrato emocional o psicológico, cuando existe crítica continua, menosprecio e inculcación de sentimientos de inferioridad y culpabilidad, infligidos por otra persona; maltrato físico, cuando incluye lesiones, fracturas, heridas, caídas, quemaduras, sofocación y/o intoxicaciones; abuso sexual (AS), a la actividad sexual impuesta, motivada consciente o inconscientemente en el abusador, quien ejerce poder físico o psíquico sobre la víctima; Edad, según los años cumplidos: de 17 a 40 años, divididos en tres grupos de edades: de 17 a 20, de 21 a 30, de 31 a 40; sexo, según sexo biológico de pertenencia (masculino y femenino); lugar de los actos de violencia, según donde lo perciban: hogar, barrio, escuela y otros lugares; forma de maltrato, en las modalidades independientes y relacionadas de maltrato emocional y psíquico; objetos utilizados para agredir: armas de fuego, palos, piedras, cuchillos, otros.

RESULTADOS

De los 101 encuestados, 80 (79,2%) declararon haber sido objeto de algún tipo de maltrato; de ellos 56 (70%) eran del sexo femenino y 28 (35%) pertenecían al sexo masculino. La mayor percepción de violencia se identificó en el grupo comprendido entre los 17-20 años de edad.

Todas las formas de maltrato fueron identificadas por el 79,2% de los encuestados. El maltrato sufrido con mayor frecuencia fue el lenguaje violento (75%), igualmente en mujeres y hombres, seguido de las amenazas (30%), la negación del habla (28,7%), el lenguaje violento más amenazas (23,7%), y el maltrato físico (21,2%).

El abuso sexual como forma de maltrato se presentó solo en el 3,5% de las mujeres que declararon haber sido objeto de violencia, y no fue reconocido por los hombres.

En más del 20% de los hombres que declararon haber sido objeto de violencia fue en forma de lenguaje violento; solo amenazas el 41,6%, negación del habla 29,1%; el maltrato físico, el lenguaje violento más amenazas y el lenguaje violento más amenazas más negación del habla en el 20,8%. Otras formas no listadas fueron declaradas por el 20,8% de los hombres encuestados.

En más del 20% de las féminas que declararon haber sido objeto de violencia fue en forma de lenguaje violento, negación del habla en el 28,5% y el maltrato físico en el 21,4%.

Respecto al lugar de ocurrencia del maltrato identificado por los 80 encuestados objetos de maltrato, resultó el barrio el más frecuente (37,5%), seguido del hogar (31,2%) y la escuela (26,2%). Fueron identificados con menor frecuencia la casa de un familiar, centro de trabajo, casas de amistades, Calle Verde, 2da. Calle y la universidad.

Por sexo, la violencia ocurrió con más frecuencia en el hogar para las mujeres (37,5%) y para los hombres en el barrio (10%). En el barrio casi con igual porcentaje ocurrieron actos violentos para la mujer (37,5%). La cuarta parte de los hombres fueron objeto de violencia en todos los lugares.

Los 80 encuestados que fueron objeto de violencia identificaron un total de 95 agresores, de ellos, 54 fueron clasificados como «otras personas», 11 otros familiares que excluye a los padres, 8 a la madre y 7 a la figura del maestro.

El 76,2% de los encuestados presenciaron actos de violencia entre personas mayores en edad que ellos, combinando las formas verbales y físicas en el 55,8% y predominio en el sexo masculino (85,7%). Los hombres presenciaron estos actos en el 62,5% y las mujeres en el 52,8%.

El 71% de los encuestados no había ejecutado actos de violencia, pero el 29,7% sí había participado en ellos, fundamentalmente los hombres, que llegaron a ser actores de violencia en el 42,8%.

En los actos de violencia, 71 estudiantes participaron como agresores. Predominó el no uso de objetos; no obstante, fueron utilizados 26 y en tres encuestados se identificó que utilizaron más de un objeto para agredir. Los más utilizados fueron palos, piedras y cuchillos.

Como consecuencias de su participación en actos de violencia, el 40% de la muestra (12) declaró haber recibido lesiones corporales; de ellos el 55,5% fueron mujeres.

DISCUSIÓN

En la bibliografía consultada, las autoras no encontraron investigaciones precedentes sobre causas ni percepción de la violencia en jóvenes de Guárico, y pocas con carácter científico en Venezuela.

De los 101 encuestados, 80 estudiantes declararon haber recibido maltrato en alguna de sus formas, lo cual se relaciona con otros estudios que enuncian el incremento de la violencia en los últimos tiempos. Las víctimas de la violencia juvenil pasan por los victimarios, los factores de riesgo, y luego por el homicidio juvenil (4, 11-16).

Los encuestados declararon la percepción de haber sido objeto de actos violentos en un porcentaje elevado (79,2%). Esto coincide con los resultados de estudios realizados en Estados Unidos, Colombia, México, Perú y Argentina, con mayor frecuencia en el grupo de edad de 10-24 años, al cual pertenece la muestra (11, 12).

En estudio realizado por el Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS) en el año 2013 (17) sobre la violencia en el área Metropolitana de Caracas, se determina que los varones hasta los 18 años son maltratados con mayor frecuencia que las hembras. Ello difiere de lo encontrado en la presente investigación, probablemente porque la percepción de la violencia a esta edad es mayor y mejor declarada por el sexo femenino y por la cultura del Estado en estudio, de mayor población rural, con un enfoque de género que subvalora al sexo femenino.

En la literatura se encuentra menos información sobre la violencia psicológica. Estudios realizados en otros países demuestran que la violencia psicológica sucede con menor frecuencia que lo encontrado en cualquiera de las variantes interrogadas a los estudiantes de Medicina Familiar y Comunitaria (75%). La contrastación de los resultados se acercó más al estudio realizado en Cuba por Martínez *et al.* (20) en el área de Versalles, Matanzas, quienes encontraron que el 100% de los niños y adolescentes del área de salud del Policlínico Universitario Reynold García, experimentaron violencia intrafamiliar de tipo psicológica (20). Por otro lado, se difiere de lo obtenido por Krug *et al.* en Chile, al encontrar que solo el 21% de los encuestados ha sufrido violencia psicológica (7), lo que apunta que en la región, la violencia psicológica es mucho más frecuente que la física, con diferencias en los países de la región suramericana.

En Venezuela las estadísticas sobre maltrato infantil y juvenil dentro de los espacios privados son prácticamente inexistentes. Algunas fuentes importantes son las tesis académicas, pero están limitadas a datos no oficiales y restringidos a regiones muy específicas (18).

Los estudiantes encuestados reconocieron haber sido objeto de maltrato con mayor frecuencia en el barrio para el caso de los varones, y en el hogar para las hembras. Este maltrato en el hogar asociado al género coincide con estudios realizados en Lima y Buenos Aires (19, 20). Se encontró que las hembras son más vulnerables a la violencia psicológica o a la violencia sexual (21), mientras que los varones lo son a la violencia física, en consonancia con resultados de otros países (19-21).

Los varones parte de la muestra fueron objeto de maltrato en la escuela con mayor frecuencia que las hembras. Esto armoniza con lo identificado por 221 docentes del área metropolitana de Mérida, Venezuela, en el año 2005, donde identifican que el 65% de los maestros podían manejar de forma violenta situaciones conflictivas de sus alumnos (22, 23).

Investigadores venezolanos documentan a los familiares directos como victimarios, lo que evidencia un deterioro significativo de las capacidades de las familias como espacios seguros e idóneos para garantizar la protección y socialización de la niñez, dada la frecuencia de situaciones de trato negligente y abandono de niños y niñas, la alta cifra de conflictos en las relaciones familiares y la vigencia de pautas de crianza basadas en el castigo y el trato cruel (23).

Desde la autopercepción, 54 de los alumnos encuestados en Guárico no identificaron a los familiares como victimarios, sino a «otras personas». Como variable no excluyente pudieron haber declarado más personas victimarias lo que establece una diferencia en lo encontrado por otros autores. El abuso sexual como expresión de violencia y maltrato no fue declarado por los encuestados, aunque algunos autores afirman que deja consecuencias psicológicas que afectan por el resto de la vida y no declaran abiertamente el hecho (16, 24).

Teniendo en cuenta que los estudiantes contaban con más de 17 años al ser encuestados, declararon con alta frecuencia haber observado violencia en adultos que combinaban las formas verbales y físicas. No se encontraron datos de este tipo para establecer comparaciones en el contexto venezolano o fuera de él.

En el año 2008 el Centro Comunitario de Aprendizaje por los Derechos de la Niñez y Adolescencia (CECODAP), publica resultados de una investigación sobre las percepciones y opiniones sobre el castigo físico y humillante en 500 estudiantes de colegios públicos y privados de Caracas, entre los 12 y 17 años de edad. La violencia es asociada por esta población a prácticas realmente extremas como quemar una parte del cuerpo (38%) o los golpes que dejan hematomas (42%), mientras que otras prácticas como las nalgadas (10%) o los correazos (9,2%) tienen una baja asociación (23). Ello difiere con lo obtenido en el CDI Tulio Pineda, pues estos tipos de lesiones extremas no fueron declaradas por los encuestados, aunque podrían haberse referido a ellas en la categoría de «otras».

El sistema de salud en la República Bolivariana de Venezuela contribuye desde las acciones de promoción de salud y prevención de los daños y secuelas de la violencia al bienestar y tranquilidad ciudadana desde el enfoque biopsicosocial. En Guárico la violencia se presentó en la población juvenil más asociada al género femenino como víctima, más frecuente en el barrio, ofrecida por personas ajenas a la familia, con una tendencia al predominio de la violencia psicológica sobre la física sin llegar a formas extremas, lo que hace posible que las estrategias de educación y salud en los términos de prevención puedan dar buenos resultados.

Los estudiantes encuestados serán los futuros médicos que de forma integral realizarán, entre otras, las funciones de promotores de salud. En el proceso de

atención a pacientes tendrán que enfrentar y atender los daños físicos y psicológicos de la violencia y sus secuelas. Identificar la violencia desde los momentos iniciales de la carrera como un problema de salud desde su percepción como objeto, los pondrá en condiciones de hacer un papel proactivo para influir positivamente en un cambio del panorama social existente.

CONCLUSIONES

En Guárico la violencia, sin llegar a formas extremas, también constituye un problema de salud a solucionar. La influencia preventiva que podrán ofrecer los estudiantes que fueron objeto de este estudio, les permitirá identificar hábitos que culturalmente se reconocen como normales en ese contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Artiles de León JI. *Violencia y sexualidad*. La Habana. Cuba: Científico Técnica; 1998.
2. Cruz Sánchez F. Capítulo 4. *Adolescencia. Generalidades*. En: *Pediatría. Diagnóstico y tratamiento*. 3era ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2016.p.13-15
3. Ravelo Álvarez BS, Soto Herrera JE, García Suárez OL. *Violencia en adolescentes y familiares: intervención educativa en una secundaria básica de Caibarién*. *Medicentro Electrónica [en línea]*. 2013 Mar [citado 19 sep. 2016] ; 17(1): 37-39. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432013000100007&lng=es
4. Garmendia Lorena F. *La violencia en América Latina*. *An Fac med*. 2011;72(4):269-76
5. Márquez González M, González Méndez L, Acosta Morán N, Vera S, Muñoz Cabas D, Fuenmayor A. *Violencia contra la mujer: un problema social y de salud pública en Venezuela*. *Rev Ciencias Exactas, Naturales y de la Salud*. [en línea]. mayo- agosto 2013 [citado 29 dic 2016];4(9):73-85. Disponible en: <http://200.74.222.178/index.php/rluz/article/download/19674/19629>
6. Proveyer Cervantes C. *Violencia de género. Aproximación desde la realidad cubana*. *Revista Sexología y Sociedad [en línea]*. 2014 [citado 29 dic 2016]; 20(1): 3-17. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/465/498>
7. Krug EG, Dahlberg LI, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
8. Garmendía Fausto L. *La violencia en América Latina*. [en línea]. [citado 27 ene. 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v72n4/a08v72n4.pdf>
9. del Risco Sánchez O, Peñate Leiva AI, Semanat Trutie R, Pérez Enríquez M. *Dialogando con adolescentes y jóvenes. Miradas a sus dinámicas familiares y de pareja*. *Revista Sexología y Sociedad [en línea]*. 2016 [citado 29 dic. 2016]; 22(1): 49 -67. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/57>
10. Krug EG, Dahlberg LI, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
11. Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. *Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal*. *Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]*. 2008 [citado 27 ene 2015];68(4):233-239. Disponible en: http://alianzaintercambios.org/files/doc/1247167070_Violencia%20sexual.%20Un%20fenomeno%20oculto%20en%20la%20experticia%20medico%20legal.pdf
12. Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. *Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal*. *Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]*. 2008 [citado 27 ene 2015];68(4):233-239. Disponible en: http://alianzaintercambios.org/files/doc/1247167070_Violencia%20sexual.%20Un%20fenomeno%20oculto%20en%20la%20experticia%20medico%20legal.pdf
13. Núñez A, Tortolero Y, Verschuur A, Camacaro M, Mendoza S. *Violencia sexual. Un fenómeno oculto en la experticia médico legal*. *Rev Obstet Ginecol Venez [en línea]*. 2008 [citado 27 ene 2015];68(4):233-239. Disponible en: http://alianzaintercambios.org/files/doc/1247167070_Violencia%20sexual.%20Un%20fenomeno%20oculto%20en%20la%20experticia%20medico%20legal.pdf
14. *Violencia y afectaciones a sus grupos de riesgos*. Pérez Nájera C, Zamora Hernández A. *Derecho y Cambio Social*. [en línea]. 2011 [citado 27 ene. 2015]; 36: 211-220. Disponible en: http://www.derechoycambiosocial.com/revista036/VIOLENCIA_AFECTACIONES_A_GRUPOS_DE_RIESGO.pdf
15. Acero González A, Escobar-Córdoba F, Castellanos Castañeda G. *Factores de riesgo para violencia y homicidio juvenil*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXVI / No. 1 ; 2007. [en línea]. [citado 27 enero 2015]. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-36/1/Art%20rev%206%20Factores%20de%20riesgo%20para%20violencia.pdf>
16. Commission for the Prevention of Youth Violence. *Youth and violence. Medicine, nursing and public health: connecting the dots to prevent violence*. Chicago (IL), United State: American Medical Association; 2000.
17. Martín Benavides JL, León J. *Una mirada a la violencia física contra los niños y niñas en los hogares peruanos: Magnitudes, factores asociados y transmisión de la violencia de madres a hijos e hijas*. Documento de Investigación 71. En: *Etnicidad, género, ciudadanía y derechos*. 2013. Ediciones Arteta E.R.I.R.L. Lima, Perú.
18. Observatorio Metropolitano de Seguridad Ciudadana. *II Informe sobre situación de la violencia en el Área Metropolitana de Caracas (Balance 2011)*. Caracas, Venezuela; 2012.
19. Misle O. *Caracterización y análisis de la violencia intrafamiliar en Venezuela. Particularidades en el Área Metropolitana de Caracas*. ILDIS; 2013.
20. Besada González A. *Abuso sexual infantil: principales características y consecuencias en adolescentes con alteraciones conductuales*. *Revista Sexología y Sociedad [en línea]*. 2016 [citado 21 dic. 2016] ; 22(1): 38-48. Disponible en: <http://www.revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/>
21. Bringiotti M. *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires: Paidós; 2000.

20. Martínez Almodóvar MB, López Triana Adelaida E, Díaz Montesinos Arián, Teseiro Plá Modesta Mercedes. *Violencia intrafamiliar y trastornos psicológicos en niños y adolescentes del área de salud de Versalles, Matanzas. Rev.Med.Electrón. [en línea]. 2015 Jun [citado 21 ago 2016] ; 37(3): 237-245. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000300006&lng=es.*
21. Campos N. *Percepción de los docentes sobre el maltrato infantil en la Educación Básica de la Ciudad de Mérida, Venezuela. MedULA. Revista de Facultad de Medicina Universidad de Los Andes. 2005;11:(1-4)*
22. Fernández Shaw J, Chacón A. *Impacto de la violencia en los NNA. Centro Comunitario de Aprendizaje por los Derechos de la Niñez y Adolescencia (CECODAP). Caracas, Venezuela; 2013.*
23. Mayora F, Castillo M. *Familia y escuela: una visión a partir de la cotidianeidad de estudiantes venezolanos. Revista Educación y Ciencias Sociales.[en línea] 2012, Año XXI; 43:69-87. Disponible en: <http://www.earevistas.unesr.edu.ve/index.php/eye/article/view/5/2>*
24. Cubides Salazar OM. *Variables que inciden en la violencia en barrios de Bogotá. Revista Opera[en línea] 2014,15: <http://revistas.uexternado.edu.co/index.php/opera/article/view/3965/4383>*

Characterization of violence in students from first year of Community Integral Medicine. Guárico, Venezuela

ABSTRACT

Introduction: Violence has been identified as a public health problem for de World Health Organization ,people recognize that they had been affected by violence at any time of their life. In the last decade Venezuela presented increased levels of different victims of violence, but in Guárico State this problem has not been neither studied, nor even since the point of view of the self-perception.

Objective: To recognize by self-perception, violence elements in medical students at first year of the Community and Family Medical Program.

Materials and Methods: A simple test of multiple choice was applied to 81,4% of the students at the Integral Diagnostic Center Tulio Pineda, in the period January- February of 2015. Data were registered in double entrance tables and results were expressed in percentages.

Results: The majority of the person polled were abused with predominance in female, age between 17 to 20 years old; the most frequently type of abuses found out were: violent oral expressions, threats in the community and at home. Sexual abuse was less frequent, only in female. The observation of violent behaviors was very frequent but, the 40% of the victims were women.

Conclusions: In Guárico, although violence is no consider a serious problem. The preventive influence would constitutes a health problem to be solved. The preventive influence which could be offered by the students who were the object of this study will allow them to identify the cultural habits that are recognized as normal in that environment.

Key words: youth violence, abuse, sexual abuse, community integral medicine.

Dirección para la correspondencia: Dr.C. Lourdes Bárbara Alpizar Caballero. Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García. La Habana. Cuba.

Correo electrónico: lourdesa@infomed.sld.cu