

LESIONES INTENCIONALES: LA VIOLENCIA INTENTIONAL INJURIES: THE VIOLENCE

Gladys Rabelo Padua¹

Waldo Díaz Piñera²

Tomasa María Esther Linares Fernández³

Heliodora Díaz Padron⁴

RESUMEN

En este trabajo se abordan aspectos sobre la violencia y la influencia de este elemento como cambio del estado de salud a lo largo del siglo XX causado por su alta frecuencia en el mundo, la que cobra importancia por la creciente amenaza al bienestar familiar, la cohesión de la comunidad y la capacidad de las sociedades para alcanzar progresos. La incidencia de este fenómeno se pone de manifiesto en ambos sexos y se enfatiza específicamente en la mujer. Finalmente se expresa el acoso psicológico en el trabajo, constituyendo esto un riesgo para la salud y la seguridad.

Palabras clave: violencia, sexo, acoso sexual

ABSTRACT

This work deals with some aspects about the violence and its influence on the health state throughout the 20th century caused by their high frequency in the world, that takes importance for the growing threat to the family well-being, the cohesion of the community and the capacity of the societies to reach progresses. The incidence of this phenomenon is showed in both sexes and it is emphasized specifically in the woman. Finally the mobbing is expressed in the work constituting this a risk for health and security.

Key words: violence, sex, mobbing

La violencia en el mundo:

“Muchos que viven con violencia día a día, asumen que es una parte intrínseca de la condición humana. Pero no es así. La violencia puede prevenirse. Las culturas violentas pueden ser modificadas. En mi propio país y alrededor del mundo, hemos visto ejemplos de cómo la violencia se ha modificado. Los gobiernos, las comunidades y los individuos pueden hacer la diferencia”¹.

Nelson Mandela

Este pensamiento del líder africano tiene vigencia en nuestros días y para tener una idea de ello, expon-

dremos cómo ha sido el comportamiento en forma general de esta situación en algunas partes del mundo.

De todos los cambios del estado de salud debido a las variaciones de las condiciones del medio ambiente que se han producido a lo largo del siglo XX, uno de los más complejos y profundos ha sido el aumento de la violencia. Tanto desde el punto de vista individual como desde la perspectiva de la salud pública, su carga ha experimentado un incremento espectacular, que afecta no sólo el bienestar de los perjudicados, sino también a los servicios de la atención sanitaria que deben prestar cuidados y tratamientos².

El problema creciente de la violencia amenaza también el bienestar de la familia, la cohesión de la comunidad y la capacidad de las sociedades para lograr progresos en el campo de la salud y el desarrollo social sostenible².

El problema de los accidentes y la violencia se expande cada vez más en casi todas las regiones del mundo, incluidas las Américas. Para 1985 se estimó que el 7 % del total de las defunciones en el mundo eran debido a esas causas. La Organización Mundial de la Salud estima que 1 de cada 4-9 personas en los países en desarrollo sufren cada año lesiones, y que el 2% del total de la población mundial está discapacitada como resultado de lesiones ocasionadas por accidentes o violencia³.

En varios países se ha duplicado la mortalidad proporcional por causas externas, destacándose los casos de Colombia y El Salvador, donde superó el 20% de la mortalidad en 1992. Otros países con valores en años recientes superiores al 10% de las muertes por causas externas son: Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, Honduras, México y Venezuela entre otros³.

Con respecto a las diferencias por sexo cualquiera que sea el periodo analizado y el país, la tasa masculina siempre es muy superior a la femenina. En térmi-

¹ Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo, Master en Salud de los Trabajadores Investigadora Agregado, Profesora Instructor. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo, Master en Salud de los Trabajadores, Investigador Agregado, Profesor Asistente. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

³ Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo, Master en Salud de los Trabajadores Investigadora Auxiliar, Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁴ Ingeniera química. Master en Salud de los Trabajadores, Investigadora Auxiliar, Profesora Instructor. Departamento de Riesgos Químicos, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

Correspondencia:

MSc Gladys Rabelo Padua

Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores

Calzada de Bejucal km 7½, Apartado 9064, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana 10900, Cuba

E-mail: insatepi@infomed.sld.cu

nos de mortalidad, algunos fenómenos de violencia interna de determinados orígenes, ya sea en guerrillas, narcoterrorismo en Colombia, luchas internas en El Salvador y Guatemala, etc., han repercutido principalmente en los hombres³.

La menor razón entre las tasas masculinas y femeninas se presentaron en Cuba, donde el valor en 1990 fue de 2 (91,3/45,4). Dado el valor alto de la tasa en las mujeres y teniendo en cuenta el comportamiento diferencial de los tipos de causas externas según el sexo, por ejemplo, los accidentes y homicidios que se presentan mucho más en los hombres que en las mujeres, la explicación de ese valor tan elevado en ellas está dado por la tasa de suicidio en las féminas³.

Dentro de los 24 países con información en 1990, 5 tienen el 20% o más de las muertes por causa externa debido al suicidio, ocupando Cuba el tercer lugar, con un 27%, donde el número de suicidios pasó de 1 011 en 1970 a 2 280 en 1992³.

En relación a los homicidios, este grupo constituye el tipo de causa externa de muerte de mayor relevancia por su visibilidad pública y su asociación con la urbanización, el tráfico, el consumo de drogas, la pobreza, los enfrentamientos raciales y étnicos, cambios de la estructura familiar, conflictos armados, etc.³.

A pesar de los subregistros que existen en muchos países, las tasas de homicidios están aumentando, sobre todo concentrado en la población masculina: en Costa Rica de 110 en 1984 a 130 en 1989; en Cuba de 623 en 1980 a 1 085 en 1991; en Estados Unidos de 19 819 en 1984 a 27 440 en 1991³.

En Colombia en el periodo de 1987-1992, es donde el fenómeno de la violencia y su secuela de homicidios, especialmente en las ciudades, se ha acentuado más, llegando a acumular un total de cerca de 130 000 muertes registradas por esa causa, con lo que se incrementó la tasa bruta de mortalidad por homicidio de 36 a 86 por cada 100 000 habitantes en ese periodo³.

La violencia depende en gran parte de las condiciones sociales y económicas. Por tanto, los periodos de transición suelen ser testigos de brotes de violencia, especialmente de violencia criminal. En los Estados Unidos la tasa de muerte por violencia alcanzó su valor máximo en los años 30, descendiendo espectacularmente en los 60, pero han vuelto a alcanzar niveles altos a partir de entonces⁴.

Los crímenes violentos se asocian a menudo a otros delitos. En Colombia, cuando el tráfico de drogas se convirtió en un problema grave, la tasa de homicidios se elevó considerablemente (pasó de 20 a más de 50 por cada 100 000 habitantes en 1987). En Sudáfrica, la tasa nacional de homicidio alcanzó un máximo de alrededor de 90 por cada 100 000 habitantes en 1993, pero seguía siendo de 85 en 1994. Estas tasas se encuentran entre las más altas del mundo⁴.

Ambos sexos son víctimas de la violencia, pero los varones son más propensos de sufrir actos de agresión mortales. Se calcula que en los distintos países de la región, el hombre corre un riesgo de muerte violenta dos, tres y hasta cuatro veces mayor que la mujer,

debido a que se expone más a situaciones de peligro. Son principales víctimas de la violencia y, a la vez, sus protagonistas⁵.

La violencia y la mujer

La violencia en el sexo femenino no siempre es fácil de identificar, ya que con frecuencia adquiere formas muy sutiles en el lugar de trabajo, las instituciones académicas, los servicios de salud y prácticamente en todos los ámbitos en que se produce una interacción sostenida entre los miembros de ambos sexos⁵.

En 1992, el proyecto de Salud Integral de la Mujer en Centroamérica realizó varias investigaciones, cuyos resultados dan una idea general de la magnitud del problema. La víctimas suelen ser mujeres de 20-39 años de edad. Del 50 al 80% de las féminas encuestadas, manifestaron haber sufrido algún tipo de violencia, en el 70-90% de los casos, provocadas por el compañero o cónyuge y, a menudo, por el propio padre⁵.

Las violaciones son una de las formas más frecuentes de violencia contra la mujer. Muchas son víctimas de homicidios. De ellas, el 45 al 60% son asesinadas en el entorno domiciliario, con frecuencia por el cónyuge⁵.

Los delitos violentos no se notifican en todos los casos, al contrario de lo que ocurre con los accidentes del tránsito, que como son visibles y suelen ser notificados a la policía y a los servicios de salud. Es muy probable que la mayoría de estos delitos tengan lugar en el hogar o en su entorno, y que sus víctimas principales sean las mujeres, los niños y los ancianos. La violencia doméstica contra la mujer es un problema de salud pública especialmente grave, frente al que los sistemas de salud han tardado en responder. Resulta cada vez más evidente que millones de mujeres de todo el mundo sean objetos de violencia devastadora y sistemática por parte de su pareja⁶.

Un estudio hecho en Alejandría, Egipto, demostró que la violencia en el hogar es la causa más importante de lesiones en las mujeres y que justifican el 25% de todas las visitas femeninas a las unidades de traumatología⁷.

El acoso psicológico en el trabajo (mobbing)

El acoso psicológico es una forma de abuso del empleador que surge de comportamientos no éticos y conduce a la victimización del trabajador. Es un problema mundial creciente, que en gran parte aún es ignorado y subestimado. Puede producir serias consecuencias negativas sobre la calidad de vida y la salud del individuo, principalmente en las áreas emocional, psicosomática y del comportamiento. Además, toda la sociedad en su conjunto se convierte en víctima por el incremento de la presión en los servicios de atención y bienestar social⁸.

El acoso psicológico es un viejo fenómeno presente en muchos lugares de trabajo, causado por el dete-

rioro de relaciones interpersonales, así como de disfunciones organizacionales⁸.

El mobbing ocurre en todos los lugares de trabajo mundialmente, pero es un fenómeno relacionado con la cultura; por tanto, la forma como se lleva a cabo y la manera como se percibe, puede variar en diferentes países⁸.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, no hay una definición única de este fenómeno sobre la cual haya acuerdo internacional. Por tanto, ellos proponen la siguiente definición de acoso psicológico: “*El acoso moral en el lugar de trabajo es un comportamiento irracional repetido, con respecto a un empleado o a un grupo de empleados, creando un riesgo para la salud y la seguridad*”⁹.

Según una encuesta de ILO/ICN/WHO/PSI, “la violencia psicológica está muy propagada por todas partes, con el abuso verbal en primer plano. En Brasil, el 39,5% de las personas respondieron que habían tenido experiencia de abuso verbal en el último año; el 32,2% en Bulgaria; el 52% en Sudáfrica, con 60,1% en el sector público; el 47,7% en Tailandia, el 51% en el conjunto de los centros de salud; y el 27,4% en los hospitales de Portugal; el 40,9% en Líbano; y por encima del 67% en Australia”¹⁰.

El mobbing tiene el potencial de causar o contribuir a muchos trastornos psicopatológicos, psicósomáticos y comportamentales. Sin embargo, no se conoce cuántos individuos que experimentan una situación de mobbing realmente desarrollan efectos sobre la salud. Esto probablemente depende de la duración e intensidad de los estímulos estresantes, pero las peculiaridades de la personalidad de las víctimas pueden jugar un rol protector o agravante⁸.

Ante todos los actos de violencia es importante desarrollar un comportamiento asertivo, para evitar autoculpabilidad, mantener relaciones sociales y buscar ayuda entre familiares y amigos, pero sin descargar el peso de las emociones sobre ellos mismos.

Durante los últimos años se ha mejorado mucho la eficacia de la comunicación en el campo de la salud utilizando medios de comunicación en masa y la comunicación personal. Los resultados de investigaciones recientes indican que los programas de comunicación para la salud emanados de la teoría y basados en estrategias selectivas bien definidas, han resultado eficaces para promover salud y bienestar. Por consiguiente, tanto la comunicación social como la educación para la salud son métodos adecuados para promover creencias y modificar hábito de conductas.

En la comunidad se realizaran intervenciones colectivas dirigidas a fomentar cambios de actitud y comportamiento con la participación de padres, futuros padres, abuelos y otros líderes comunitarios, a fin de promover, apoyar y facilitar la difusión de información sobre otros métodos disciplinarios 11.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mandela N. Introducción al informe mundial de violencia y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
2. Organización Panamericana de la Salud. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. Publicación científica N° 572. Washington: OPS; 2000.
3. Organización Panamericana de la Salud. Boletín Epidemiológico 1994;15(2).
4. World Health Organization. Investing in health research and development: report of the Ad Hoc Committed on Health Research relating to future intervention options. Geneva: WHO; 1996.
5. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto centroamericano de acción local para prevenir la violencia contra la mujer. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1995;118(5).
6. World Health Organization. Human rights in relation to women's health: the promotion and protection of women's health through international human rights law. Geneva: WHO; 1993.
7. World Health Organization. Women's health: improve our health, improve the World. WHO position paper prepared for the Fourth World Conference on Women, Beijing, China 1995. Geneva: WHO; 1995.
8. Organización Panamericana de la Salud. Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores N° 4. Washington: OPS; 2004.
9. European Agency for Safety and Health at Work. 2002 Bullying at work. Fact 23. Bilbao)
10. Di Martino V. Workplace violence in the health sector- country case studies Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study: synthesis report ILO/ICN/WHO/PSI join programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: WHO; 2002.
11. Organización Panamericana de la Salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1996;120 (3).

Recibido: 18 de noviembre de 2006

Aprobado: 16 de marzo de 2007