Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010

Results of the Multidisciplinary Consultation to Protect Women Reporting Intimate Violence. Cienfuegos, 2010

Laura Magda López Angulo[1] Ana Ivis Muñoz Alcuria[2] Yusleyvis González Dueñas[3]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Policlínico José Luís Chaviano, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba
[3] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
López-Angulo L, Muñoz-Alcuria A, González-Dueñas Y. Resultados de la consulta multidisciplinaria de protección a las mujeres que denuncian la violencia íntima. Cienfuegos, 2010. **Medisur** [revista en Internet]. 2013 [citado 2026 Nov 7]; 11(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2619

Resumen

Fundamento: la violencia hacia la mujer por su pareja constituye un acontecimiento devastador, generador de tensión, angustia y amenaza para la vida.
Objetivo: evaluar nivel de satisfacción de mujeres víctimas de violencia con la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad y valorar modificaciones a nivel cognitivo y afectivo.
Métodos: estudio de intervención realizado durante 2009-2010, que incluyó todas las mujeres víctimas de violencia íntima, del municipio Cienfuegos, atendidas en Consulta Multidisciplinaria de Sanidad. Se analizó: edad, tiempo de convivencia bajo relaciones abusivas, ocupación, tipo de agresión, configuración del vínculo, modificaciones en esfera cognitiva y afectiva, clasificación de la lesión y satisfacción con la asistencia recibida.
Resultados: predominó el grupo de 25 a 39 años y las amas de casa; 86 % eran parejas convivientes; 30 % reportó el abuso a los 10 años o más, 40 % a los cinco y el resto al año; 7 % sufrió lesiones graves; la atención brindada por instructores policiales fue valorada de regular: 57 %, mala: 30 %, buena: 13 %. La atención de los médicos legistas fue evaluada de buena: 46 %, regular y mala: 26 %. La atención de la psicóloga fue evaluada de buena: 100 %. Las modificaciones a nivel cognitivo fueron evaluadas de buenas: 80 %, regular: 20 %. El 100 % mejoró su estado afectivo.
Conclusiones: la correcta organización de los recursos, integración de otros especialistas y la forma de atención en el manejo de la violencia hacia la mujer por su pareja, impacta positivamente en las mujeres sobrevivientes del maltrato y en la calidad de la asistencia.

Palabras clave: violencia contra la mujer, violencia doméstica, atención a la salud, servicios de salud para mujeres

Abstract

Background: violence against women by their partners is a devastating event, generating tension, anguish and a threat to life.
Objective: to assess the level of satisfaction with the Multidisciplinary Health Consultation among women victims of violence and to evaluate changes at the cognitive and affective level.
Methods: an intervention study including all women victims of intimate partner violence treated at the Multidisciplinary Health Consultation in the municipality of Cienfuegos was conducted from 2009 to 2010. The variables analyzed were: age, time living in abusive relationships, occupation, type of aggression, type of relationship, changes in the cognitive and affective sphere, classification of the injury and satisfaction with the care received.
Results: group aged 25 to 39 years predominated, as well as housewives; 86% were cohabiting couples, 30% reported the abuse after 10 years or more, 40% five years later and the rest waited a year; 7% suffered serious injuries; care provided by police instructors was rated as fair: 57%, poor: 30%, good: 13%. Forensic experts' services were described as good: 46%, fair and poor: 26%. Care provided by the psychologist was rated as good: 100 %. Changes at the cognitive level were considered good: 80%, fair: 20%. All patients (100%) improved their affective state.
Conclusions: in the management of violence against women by their partners, proper organization of resources, integration of other specialists and form of care have a positive impact on women survivors of abuse and quality of care.

Key words: violence against women, domestic violence, health care (public health), women's health services

Aprobado: 2013-10-28 13:44:00

Correspondencia: Laura Magda López Angulo. Universidad de Ciencias Médicas. Cienfuegos. psicologia6005@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

En el año 1992, las Naciones Unidas y el Banco Mundial, y en el año 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS), declararon como prioridad internacional para los servicios de salud crear centros de asistencia, de apoyo y rehabilitación dirigidos a las mujeres maltratadas.[1]

La División para el Avance de las Mujeres preparó un informe en el 2006, al Secretario General de las Naciones Unidas, sobre qué puede hacerse para reducir la violencia hacia la mujer, en el que se proponían tres líneas estratégicas: prevenirla, establecer leyes y proveer servicios.

Hasta donde alcanza la revisión revisada por las autoras de esta investigación, se conoce que en Honduras, Guatemala, Méjico, Argentina, Comunidad Europea, Canadá y Estados Unidos, se asisten a mujeres maltratadas por su pareja a través de equipos disciplinares que incluyen asesoría psicológica y legal en coordinación con el sistema público de sanidad y la policía, con los propósitos de asistir y rehabilitar a las mujeres maltratadas por su pareja.[2,3]

No recibir atención, según estudios realizados, propicia en la cuarta parte de las mujeres maltratadas realizar conductas autodestructivas, padecer en la mitad de los casos de depresión, ingerir más psicofármacos y una de cada diez mujeres padece un brote psicótico, síntomas que se mantienen al menos cinco años después de haber cesado la violencia y hasta quince años después pueden sufrir de trastornos psicosomáticos ocasionados por este problema. Consumen más drogas que las que no sufren violencia familiar y sus hijos inician en edades más tempranas las adicciones, padecen cinco veces más de trastorno del aprendizaje, de conducta y emocionales.[4]

Estudios realizados en el municipio Cienfuegos demostraron que dentro de las mujeres sometidas a violencia que denuncian la situación a la que son sometidas, el 70 % presenta un grado elevado de ansiedad, el 51 % de depresión moderada, el 15 % acudió a servicios de urgencia y fue necesario ingresar en los hospitales al 12,5 % de los casos; además acuden cuatro veces más a los servicios de salud, consumen diecisiete veces más psicofármacos, se enferman cinco veces más de diferentes afecciones relacionadas al estrés y manifestaron la necesidad de recibir ayuda psicológica y asesoramiento legal ante su situación.[5]

En Cienfuegos, en el año 2000 se reportaron 72 mujeres lesionadas, en el 2005 fueron reportadas 146 mujeres y 190 en el año 2007.[a] También en el año 2000 se presentaron 201 denuncias, contra 447 en el año 2007 y 1863 en el año 2011,[b] y lo más lamentable es que en los últimos doce años ocurrieron 48 muertes injustas y evitables en la totalidad de los casos y que, por encontrarse las víctimas en las edades productivas de la vida (31-40 años), representaron una alta pérdida en años de vida.[a]

En Cuba, de manera institucionalizada, está creada la consulta de Sanidad, en la cual participan médicos legales e instructores policiales, para asistir a todos los ciudadanos cubanos que demanden ese servicio, entre ellos a las mujeres que denunciaban el delito del maltrato íntimo. Este servicio se ofrecía en Cienfuegos en las instancias de la Policía Nacional Revolucionaria (PNR), que no tienen todas las condiciones adecuadas para el recibimiento, atención y tratamiento a las mujeres violentadas, lo que propiciaba la victimización secundaria, además no contaba con asesoría jurídica ni asistencia psicológica.

Ante esta situación, se concibió la idea de organizar la consulta de Sanidad con la participación de distintos profesionales (especialistas de la salud mental y de fiscalía) para el abordaje de la atención a las mujeres que denuncian el maltrato de pareja o ex pareja y también se trasladó la consulta a un lugar neutro.

Hace tres años, con el propósito de disminuir la revictimización, las reincidencias en el ciclo de la violencia, la escalada del daño, la complicidad que rodea a la víctima, evitar que la violencia se haga crónica y lograr que las mujeres recuperen el control de sus vidas, se minoricen los afectos emergentes negativos, se fortalezcan los sentimientos de seguridad y protección, se incorporaron a las consultas de Sanidad a especialistas de la salud mental y del derecho civil, lo cual, más que válido, es factible, oportuno, pertinente y viable.

Para darle cumplimiento a estos propósitos, en un primer momento se convocaron a los diferentes gestores del Departamento de Medicina Legal, al Jefe de la Policía Provincial, al Director Provincial de Salud y a la Directora del Palacio de la Salud, para que valoraran la idea de trasladar dicha atención al Centro Provincial de

Promoción de la Salud. Entre sus objetivos estaba: que las víctimas tuvieran un local con privacidad, confidencialidad, dignidad, calidez, eficiencia, confort, respeto, neutralidad y ajeno a la represión. Dicha solicitud fue aprobada en febrero del año 2007 y se mantiene vigente hasta la actualidad.

Los propósitos de la ayuda psicológica están direccionados a abrir la puerta para que se produzca la descarga emocional que facilita la reducción del malestar psicológico y propiciar cambios en la esfera cognitiva sobre las causas de la violencia, su ciclo y sus consecuencias, que faciliten cambios en las percepciones del maltrato conyugal. Se les aplican instrumentos de intervención psicológica para mejorar sus estados emocionales que generen mejora en los recursos personales, refuercen su capacidad para afrontar la situación de forma diferente a como la venían enfrentando, con la finalidad de que reconstruyan una vida sin violencia. No prestarle esta atención, es colocar a esas mujeres en una situación de inequidad en salud, ya que no se les oferta la oportunidad de acceder a una atención integrada que las beneficie.

El permanente conocimiento del nivel de satisfacción de la población con los servicios de salud recibidos, es una tarea prioritaria y uno de los objetivos de trabajo para el Sistema Nacional de Salud, de forma particular para las direcciones a cada nivel, con énfasis en cada institución de prestación de servicios, que son las que de manera directa trabajan para brindar una atención de calidad.

Implementar este servicio tuvo como objetivo:

- Asegurar la disponibilidad de recursos logísticos que garanticen la dignificación de las demandantes y el respeto.
- Asegurar la competencia técnica que permita ayudarlas a: visualizar la naturaleza de las relaciones abusivas, esclarecer las condicionantes del evento, obtener información, aliviar los estados emocionales negativos, movilizar los recursos psicológicos en el enfrentamiento del evento, establecer el control sobre su vida, así como asesorar y conducir legalmente a la víctima y realzar los sentimientos de seguridad y protección.

Sustentados en estos objetivos, se tuvo a bien evaluar el nivel de satisfacción de las mujeres víctimas de violencia con el servicio brindado en la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad. La valoración de la satisfacción de los pacientes es una medida para evaluar la atención sanitaria. Donabedian, citado por Pérez, agrupa en tres categorías los componentes fundamentales del servicio, susceptibles de generar satisfacción, que fueron los medidos en este trabajo:

- Componente técnico
- Componente interpersonal
- Componente del entorno y sus comodidades.[6]

Este modelo junto a las aportaciones realizadas por los autores apuntan a un conjunto de variables que posibilitan una aproximación fiel y discriminada sobre las debilidades y fortalezas del servicio evaluado.[7]

Por lo antes expuesto se realizó esta investigación con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción de mujeres víctimas de violencia con la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad y valorar modificaciones a nivel cognitivo y afectivo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo intervención en el cual se tomó como muestra todas las mujeres del municipio de Cienfuegos, que acudieron a la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad a recibir peritaje médico. Se tuvo en cuenta para su inclusión la voluntad y la disposición de ser sometidas a la investigación, tener quince años y más de edad, residir en el municipio de Cienfuegos, no ser portadora de una organicidad neuro–psíquica comprobada que estuviera funcionando a nivel psicótico, el haber denunciado el maltrato por parte de su pareja y su consentimiento y aprobación de participar en la investigación.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: edad, tiempo de convivencia bajo relaciones abusivas de pareja. Variables cualitativas nominales: ocupación, procedencia, tipo de agresión, configuración del vínculo, modificaciones en algunos de los componentes de la esfera cognitiva y afectiva, clasificación de la lesión y nivel de satisfacción con la asistencia recibida.

Se aplicó una entrevista semiestructurada que

recogía las variables a estudiar, con especificidad las variables referentes al nivel de satisfacción. Las respuestas se recogieron mediante una escala de Likert compuesta por 3 incisos. Cada inciso presenta tres alternativas, bueno, regular y malo que se traducen en un puntaje numérico: 5, 3 y 1 respectivamente.

El procedimiento de intervención utilizado fue: Primera ayuda psicológica

La guía metodológica que se realizó en los cinco componentes de la Primera ayuda psicológica fueron:

1.- Para lograr el contacto psicológico: es importante hacer una buena acogida, que trasmita protección y seguridad, sin interferencias ni interrupciones teniendo en cuenta las particularidades de la situación emocional, en la que predominan el desamparo, el miedo y la parálisis de los recursos personales lo que requiere establecer una comunicación empática que facilite el desahogo emocional. Muestre una actitud de confianza, sin presionar y anímela a hablar.

Escucha activa sobre el relato doloroso. Si la mujer habla poco, se le debe hacer saber pues el silencio y el abandono agravan el problema.

Respetar la confidencialidad de la entrevista y resguardar la privacidad.

Trasmitir mensajes sobre su disposición de ayudarla y animarla a aceptar la ayuda. No hacerla esperar.

2.- Examinar las dimensiones del problema: enunciar preguntas abiertas encaminadas a que narre el evento reciente, el de mayor gravedad y el primero, así como el momento en que se encuentra su relación y la fase del ciclo de la violencia; si en acumulación de tensiones, si en explosión o en luna de miel. Tratar de determinar el número de episodios, de reacciones, sus vivencias, recaídas, negaciones y justificaciones.

Conducir a la víctima a que evalúe los riesgos a que está sometida. Las consecuencias de situaciones anteriores y las actuales. Explorar los sucesos precipitantes para confortar, si están presentes sentimientos de culpabilidad, para hacerle comprender que ella no es la responsable de las conductas violentas de su pareja y que nadie tiene derecho a abusar de ella.

Invitarla a hablar sobre su valoración del fenómeno con el fin de que usted estime el significado que para ella tiene convivir en esa situación. Si la minimiza, si cree en el cambio; si idealiza su rol de madre y cómo piensa que será su futuro inmediato.

Explorar sus fortalezas y habilidades, sus modos de afrontar el acontecimiento, las pérdidas, la red de apoyo familiar, laboral, comunitario y social en general, puesto que la percepción y recepción de los apoyos en estas mujeres está disminuida. Conocer si al narrar su historia, experimenta de nuevo el miedo y el dolor emocional.

Aceptarla, pues la aceptación proporcionará calma y disminución de la angustia.

Creerle. No desconfiar. Indagar sobre el tipo de violencia, puesto que la seguridad y la protección de la vida de la víctima tienen la primera prioridad.

Trabajar con el eje decisión/motivación. Estimularla.

3.- El análisis de las posibles soluciones: en primer momento no trasmitir la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente, ni que se trata de un problema o conflicto de pareja que minimice la situación o su negación, ayudarla a superar la negación y en un segundo momento, con el objetivo de establecer las prioridades de las soluciones, explorar las necesidades que deben ser atendidas de inmediato sobre aquellas que puedan ser pospuestas. Para establecer un orden de alternativas de soluciones es necesario: identificar, determinar y validar los factores de riesgos presentes de homicidio, a los peligros a que está sometida la víctima, a las pérdidas, para que usted pueda esclarecer los factores obstaculizadores y facilitadores del evento, además de facilitarle las posibles organizaciones o instituciones que puedan reducir y/o eliminar esos peligros y así proporcionar la reconstrucción de redes de apoyo social.

En correspondencia con la segunda etapa de la primera ayuda sobre la naturaleza del maltrato, hágala comprender que su fracaso no es totalmente su culpa, para favorecer la superación de la culpa, la inspiración y la movilización de los recursos psicológicos de enfrentamiento dirigidos al problema más que a las emociones, que eleven la capacidad de autonomía, autodeterminación. Ofrecer mensajes

positivos que señalen su capacidad de logros, paso a paso.

Examine las estrategias anteriores que ella ha utilizado para enfrentar el suceso. Eso le permitirá a usted potenciar sus recursos, sin dejar de respetar sus decisiones. Si las estrategias han sido de sobrevivencia, dígale que la mejor estrategia para liberarse de la violencia es la opuesta a la que ella ha asumido. Si ella considera que él va a cambiar, hágale saber que una persona violenta está más dispuesta a usar violencia a fin de recuperar el control. Refuerce la idea de que ella tiene que construirse su marco de protección.

Si ella considera que no hay manera de romper con las relaciones abusivas, dígale que puede liberarse cuando descubra sus propias fuerzas y se valga de los recursos de apoyo existentes.

Si la víctima considera que con el tiempo el problema se solucionará, señale que mientras más pase el tiempo, mayor será la exposición a mayores maltratos y menores las posibilidades de recuperación.

Si ella le expresa que la violencia consiste en incidentes derivados del alcohol o en una pérdida momentánea del control, apunte que las personas violentas son selectivas en el ejercicio de la violencia, lo que demuestra que son capaces de controlarse en otras situaciones.

Exprésele que tomar la decisión de no recibir más malos tratos exige hacer acopio de todas sus fortalezas.

Examine si sus posibles soluciones están matizadas por la legitimización, los estereotipos culturales y la naturalización de la violencia, lo que origina una reducción en su capacidad de reacción y de búsqueda de alternativas eficientes. Desmitificar y hacer visible lo real de la violencia de pareja facilitará la normalización de su vida y su recuperación psicológica.

Proporciónele una lista de recursos y organícele las prioridades más urgentes y emergentes relacionadas con su derecho a no ser atropellada.

4.- La ayuda para la acción concreta: persigue la estabilización del malestar psicológico, hallar que las mujeres intenten una solución racional con responsabilidad personal sobre las acciones a partir del esclarecimiento de las alternativas que conduzcan la acción. Dele tiempo para que decida y especifique, de forma clara y operativa, los aspectos necesarios para plantear objetivos a corto plazo. Asegúrese de que comprenda lo que puede hacer: que abandone la posición pasiva de víctima y se encamine a una posición transformadora, sin tener que actuar de acuerdo con las expectativas de los demás.

Ayúdela a considerar que la situación de crisis puede estar acompañada de la oportunidad de crecer, de confiar en sí misma y de emprender acciones favorecedoras para el control de su vida. Que se centre en las tareas de las que tiene que ocuparse. Persuádala de que mientras más ensaye mentalmente el cambio, más capaz será de centrar sus energías cuando las necesite.

Convénzala de que debe dar un paso a la vez y haga que comprenda que con cada paso adelante podrá descubrir una vida sin violencia, que eso es posible; como también es posible que sus sueños se renueven. Refuerce en ella la idea de que para cambiar su realidad tendrá que vencer obstáculos, sin miedo ni sometimiento.

Evalúe la necesidad de derivar el caso a otro nivel de atención, en el cual reciba otra modalidad de ayuda.

5.- El seguimiento: un seguimiento programado a corto plazo impide el agravamiento de la violencia. El seguimiento se organiza en función de sus deseos, posibilidades y autonomía. A este paso se le asocia la evaluación de las actividades que ella ha cumplimentado, según las metas previstas y los objetivos a realizar. Consiguientemente, se deben elogiar los comportamientos positivos asumidos y fortalecer la autovaloración en sus tres componentes, en los recursos personológicos en el locus de control interno que le brindarán la capacidad de emprender acciones para cambiar su situación de vida. Potencie su búsqueda de alternativas para activar los recursos personales y las conductas asertivas.

Los datos se procesaron mediante el programa Microsoft Office Excel 2007 y los resultados se presentan en números absolutos y porcentajes para las variables cuantitativas.

Las variables cualitativas se resumen por categorías de análisis.

El trabajo fue aprobado por el consejo científico y el comité de ética.

RESULTADOS

1. De las ocho áreas del municipio de Cienfuegos, el Área I aportó el mayor número de casos, con una frecuencia del 33 %.
2. Las características identificativas de las mujeres fueron: edad de 25-39 años, ocupación de amas de casa en un 46 %.
3. Se reflejó un franco predominio en la configuración del vínculo de parejas convivientes con el 86 % y el tiempo transcurrido para denunciar el evento fue de cinco años en el 40 % seguidas de las mujeres que la sufren en un año con el 30 % y con 10 años y más el 30 % .
4. Se evidenció que las lesiones físicas clasificadas como leves son las más frecuentes (93 %) y solo fueron lesiones graves en un 7 %, no acudió ninguna por denunciar otros tipos de violencia. Pero llama la atención que la violencia física, por la cual se denuncia el delito en la totalidad de los casos, estuvo relacionada a la violencia psicológica en el 73 % de los casos, a la violencia sexual en el 26 % y a la económica en un 20 %.
5. El nivel de satisfacción de las usuarias con la atención brindada por los instructores policiales fue valorado de regular en el 57 %, de malo en el 30 % y de bueno en el 13 %. Los indicadores de atención e interés fueron evaluados como regular en el 60 % de las denunciantes, el indicador de lenguaje profesional de bueno en el 80 % de las usuarias; el indicador de preguntar dudas en el 50 % de bueno, la variable relación con el instructor de regular en el 53 % y el indicador de confianza y seguridad de regular en el 56 %.
6. El nivel de satisfacción de las usuarias con la atención brindada por los médicos legistas fue evaluado de bueno en el 46 %, de regular y de malo en un 26 % respectivamente. Según los indicadores alcanzaron la categoría de buenos los indicadores referidos al lenguaje profesional (90 %), el preguntar las dudas (73 %), relación con el profesional (60 %) y el de confianza y seguridad (46 %) que fue el que menor porciento alcanzó.
7. El nivel de satisfacción de las usuarias con la atención brindada por la psicóloga fue evaluado de bien en su totalidad; en los indicadores de atención e interés y de lenguaje profesional se logró en las asistidas la categoría de buena en el 100 % y el resto de los cuatro indicadores arrojaron cifras superiores al 90 %.
8. El nivel de satisfacción con la atención recibida por la fiscal, arrojó: muy bueno en todos los indicadores, además se produjeron expresiones tales como –“con ella sí sentí seguridad y protección”, -“conocer las leyes que me protegen me ayudó mucho-“, _“cuando yo vi que la fiscal lo cita a él en unión del jefe del sector de la PNR, sentí un gran alivio, disminuyó mi miedo y mi inseguridad-“.
9. El nivel de satisfacción de las usuarias con la infraestructura mostró regular en el 53 %, bueno el 33 % y el resto de malo. Los indicadores de privacidad, higiene-organización y decoración-ambiente alcanzaron porcentajes superiores al 90 %, así como la variable tiempo en conseguir la atención en un 76 % de bueno. Tiempo de espera: un 46 % expresó que era regular a razón de la llegada tarde de los instructores policiales.
10. La valoración sobre las modificaciones a nivel cognitivo resultó evaluada de buena en el 80 % y de regular en el 20 %; se logró un buen nivel en los indicadores sobre el esclarecimiento y concientización del problema, la

comprensión de la génesis de la violencia, los mitos sobre el evento, su ciclo, la desmitificación, la minimización del evento, las percepciones y los argumentos sobre el evento. Lo que facilitó la reinterpretación del evento desde la perspectiva de género, la comprensión del problema, la evaluación de los riesgos y las consecuencias. Los elementos involucrados en el acontecimiento, la superación de la culpa, el traspaso de la situación de víctima a la situación de superviviente.

11. La casi totalidad aseveró que la externalización de los hechos asociada a la ventilación de las emociones y sentimientos que le produjo el abuso, estimuló el esclarecer alternativas de solución y de expectativas, en un replanteamiento en los modos de afrontamiento y en la proyección hacia el futuro de " ni una vez más".
12. La generalidad expresó que percibieron apoyo social institucional, aceptación, confiabilidad, credibilidad, información, acompañamiento, lo que suministró la mejora en los sentimientos de vergüenza, aislamiento, desamparo y en la promoción para la toma de decisiones, para la acción.
13. Refirieron casi todas percibir solidaridad, aliento, comprensión lo que les facilitó la disminución del sufrimiento que le producía la situación, el alivio en las emociones de miedo, pánico, inseguridad, angustia y el aliento del malestar psicológico. Así como el reconocimiento de sus fortalezas, el empoderamiento.
14. El procedimiento de intervención de primera ayuda psicológica resultó pertinente, viable, oportuno, factible, eficiente y válido para brindar el primer contacto interactivo a las mujeres que asisten a la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad.
15. Los instrumentos de intervención psicológica disponibles para esta modalidad de ayuda fueron: acompañar, comprensión mutua, acotar, apoyar emocionalmente, informar, esclarecer, clarificar, instruir, persuadir, experiencia emocional correctiva, inspiración, aprovechamiento de potencialidades, connotación positiva y creación de alternativas.

DISCUSIÓN

Procedencia

En estudio efectuado en el municipio Cienfuegos, que analizó las zonas geográficas de mayor prevalencia de denuncias de los delitos de lesiones y amenazas de las mujeres del municipio, el Área I ocupó el quinto lugar, lo cual no coincide con los resultados hallados en este trabajo, lo que nos permite inferir que se ha realizado un cambio, al parecer porque dicha área, en estos momentos es la de menor nivel socioeconómico y de mayor violencia social.[5]

Ocupación

El 46,6 % son amas de casa. Estudio realizado en México, en 1998 refleja que hasta un 90 % de las denunciantes cumplían con el rol de amas de casa,[7] en Estados Unidos [8] y también en el territorio provincial.[9] Los autores coinciden con los resultados de los estudios antes mencionados que consideraron que la ocupación ama de casa constituye un factor de riesgo, por considerar que la carencia del control económico conlleva a una inseguridad respecto al futuro y sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias adversas.

Edad

Denunciaron más el delito las mujeres entre 25-39 años. Otros estudios coinciden en que los grupos de edades de mujeres más afectadas están aproximadamente sobre este grupo etáreo. En España el 56 % correspondía al grupo de edades entre 27-37 años, en Canadá 12 300 mujeres de 18 años en adelante, en África, Uganda muestra representativa de mujeres, de 20-44 años; en América Latina y el Caribe: Chile, en 1993, muestra representativa de mujeres de

22-55 años, dos años después en Colombia; en Nicaragua en el 1996 y en 1997, así como en México el mayor número de víctimas correspondió a las mujeres entre los 15 y 49 años de edad.[10,11] Estos resultados pueden estar relacionados con factores de índole sociológicos, propios de la relación en pareja y factores psicológicos indiscutiblemente. Los sociológicos referentes a los cambios ocurridos en la ideología y la cultura en los últimos 40 años, los propios de la pareja, a los valores, ideales, expectativas relacionadas a la configuración del vínculo, tipo de violencia, período transcurrido y al ciclo de la violencia. Los psicológicos con especificidad en las características del desarrollo propias del adulto joven y las particularidades psicológicas de ambos miembros de la pareja en las esferas cognitivas y afectivas, que en intervínculo justifican el porqué en este período de la vida la tendencia es a denunciar el delito o sea a romper con las relaciones abusivas.

Configuración del vínculo

Se observó un franco predominio de las parejas convivientes para un 86 %, y en menor medida las parejas no vivientes para un 13 %.

Solo en una de las fuentes consultadas se encuentra a la categoría de parejas convivientes como identificador para la configuración del vínculo, la cual revela que las mujeres con más riesgos de sufrir malos tratos son aquellas que conviven con su esposo, un amigo o un varón en casa. Sin embargo, se encuentra que dentro de las relaciones de pareja son los esposos los causantes de la mayor parte de las lesiones que se infringen hacia las mujeres.[10,12,13] En el municipio cabecera son los esposos los causantes de las agresiones que se infringen hacia la mujer para un 50 % y más,[14] lo cual se corrobora con datos obtenidos por instructores policiales en la Unidad de la PNR y médicos legistas donde se puede inferir que son parejas convivientes. Este predominio de parejas convivientes se viene dando en Cuba a partir de la década de los 90 fundamentalmente, cuando las parejas establecen un vínculo consensual no oficializado por las normas jurídicas.

Tiempo de recepción con la violencia

Cuatro de cada diez mujeres que denunciaron el delito en este año convivieron con el maltrato de pareja de uno a cinco años. Bibliografía consultada fuera de la frontera declaran que estas manifestaciones de la violencia se denuncian pasado un año de estarse sufriendo.[10] Sin embargo los resultados encontrados en el 2009, en ese servicio arrojaron que el 52 % de las mujeres que asistieron a la consulta en ese año convivieron bajo relaciones abusivas por 10 años, y no por menos de 5 años. Los resultados sobre la consulta en el año 2009 mostraron que las mujeres que acudieron a recibir el servicio se encontraban en la segunda fase del ciclo de la violencia (acumulación de tensiones) y el delito se repitió alrededor de 6 veces en los últimos seis meses. Con respecto al momento interactivo, los datos encontrados en la consulta reflejan que solamente se denuncia el delito, inmediatamente después de ocurrir, en un 32 % de los casos; transcurrido algún tiempo, en un 13 % y el maltrato evolutivo, en un 55 % de los casos.[9]

Clasificación de la lesión

Se evidenció un franco predominio de lesiones físicas clasificadas por leves con respecto a las graves para un 93,3 %. Estos resultados tienen correspondencia con estudios realizados en el municipio de Cienfuegos destacando un predominio de las lesiones leves para un 87 % y más en oposición a las lesiones graves para un 12 %.[4,5] Además se corrobora con datos obtenidos por el Instituto de Medicina Legal e instructores policiales en la Unidad de la PNR de dicho municipio.

Al estar las lesiones leves en mayoría no debemos de restarle importancia, por ser estas un factor intermedio que trae consigo efectos no mortales sobre la salud mental de la mujer producidos por estrés postraumático, depresión, fobias/estados de pánicos, trastornos de la alimentación, disfunción sexual, escasa autoestima, abuso de sustancias psicotrópicas.

Tipos de violencia

Llama la atención que la violencia por la cual se denuncia el delito no se presenta de forma aislada, sino que es acompañada de otros tipos de violencia, en mayor medida la violencia psicológica para un 73 %. Este estudio reafirma resultados de investigaciones consultadas, indicando que suelen coexistir la violencia física, la psíquica y la sexual.[15] De igual manera se presenta en Europa en el año 2002.[5]

Por otra parte, un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud destaca que la violencia física casi siempre va acompañada de maltrato psicológico, y en

muchos casos de abuso sexual, y también destaca que estas mujeres por lo general serán victimas por múltiples actos de violencia con el paso del tiempo.[6]

En Cuba no se cuenta con estudios nacionales acerca de la prevalencia de este problema entre nosotros. En el municipio cabecera de la provincia de Cienfuegos, según la primera medición del proyecto CARMEN,[c] realizada en el 2001-2002, fueron encontradas, en las categorías de frecuente y poco frecuente, cifras de violencia psicológica hacia las mujeres por parte de su pareja, de 67,6 % y de violencia física hasta en un 77,6 %(datos no publicados del proyecto). Las mujeres que denunciaron el delito expresaron haber sufrido de forma concatenada la violencia física, psicológica y económica en el 80 % casos.

Este hecho puede estar asociado al ciclo de la violencia o también denominado fases de la violencia descrito por diversos investigadores. En estos casos la conducta abusiva se convierte en un círculo vicioso que nunca acaba, si no hay alguna intervención.[11,12]

Según se apreció la atención brindada por los instructores policiales, resultó regular, identificando con mayor medida de insatisfacción los indicadores atención e interés para un 60 %, confianza y seguridad para un 56 % y relación con el profesional para un 53 %. Estos resultados se corroboran con expresiones expuestas por un determinado número de usuarias al aplicar la entrevista: “ellos casi no conversan conmigo” “casi no me miran a la cara” “ellos no me creen”. Estudio efectuado en Santiago de Chile [13] revela que las denunciantes manifiestan un nivel de percepción bajo ante el manejo de sus denuncias, producto de la inadecuada atención por parte del personal que labora, así mismo por la falta de sensibilización y especulaciones requeridas para atender casos de violencia y maltrato.[16]

Coincidentemente estos resultados se relacionan con estudio efectuado en el municipio de Cienfuegos sobre las preferencias de asistencia médica de las víctimas una vez ocurrido el hecho, apreciándose que un 72 % de estas mujeres refirieron sensaciones negativas con la atención brindada por los instructores policiales, un 12 % desconfianza, 18 % desprotección y un 40 % expuso el máximo grado de sensaciones negativas cuando expresaron sentirse desesperadas.[9]

Al valorar la atención brindada por los médicos legistas, se reflejó que el nivel de satisfacción de las usuarias resulta bueno. Con mayor peso en los incisos de lenguaje para un 90 %, preguntar sus dudas para un 73 %, y relación con el profesional para un 60 %. Aunque la clasificación de la lesión no se tuvo en cuenta como indicador para la evaluación del nivel de satisfacción, una proporción de la muestra se queja del diagnóstico dado por el médico ya que esto trae como resultado que el caso no proceda. Al consultar bibliografía al respecto se pudo constatar que no aparecen estudios efectuados donde se mida el nivel de satisfacción de las usuarias según la atención brindada por los médicos legistas aunque sí se brinda la atención a lo largo de todo el país. Sin embargo se debe destacar que en el municipio de Cienfuegos se recogen datos sobre las preferencias de asistencia médica de las víctimas una vez ocurrido el hecho, apreciándose que las mujeres atendidas tuvieron buena percepción de los servicios de medicina legal.

Al reflejar datos obtenidos según atención brindada por la psicóloga permite considerar que el nivel de satisfacción de las usuarias es bueno en la casi totalidad de los casos. Se distinguen en mayor medida los incisos de lenguaje, atención e interés de manera unánime así como relación con el profesional para un 93 %.

Se evidencia que la aplicación de la primera ayuda psicológica es válida y eficiente teniendo en cuenta, primero que las mujeres atendidas no reiteraron la denuncia pasado un año de haberla realizado, como era frecuente y además se modificaron algunos aspectos relacionados con los conocimientos, argumentos, ideas, juicios sobre las relaciones abusivas de pareja así como la disminución de las emociones y sentimientos negativos si tenemos en cuenta las expresiones de determinado número de usuarias del servicio: -“Ud. sí me escucha, me presta atención, me cree y me comprende”-,-“Ud. me ha dado aliento, siento que no estoy sola-“, -“Ud. me ha hecho pensar sobre el maltrato de otra forma y considerar que yo puedo enfrentarlo-“,-“ahora sé que yo he sido maltratada por un buen período de tiempo, no es solo los golpes por la razón que vengo a esta consulta-“, -“hablar de mi situación presente y pasada, me proporciona, confianza, aprobación, comprender el evento de forma diferente y la oportunidad de enfrentar el maltrato de otra forma-“- “contigo sí me siento bien, no como mi mamá que me culpa y me dijo que si volvía me botaba de la casa,-“ -Ud. no me

juzga, me respeta, me acepta y considera"; de igual manera expresaron - "yo no sabía que me atendería una psicóloga, es una buena oportunidad y me siento más calmada y veo que la situación que viví, la puedo enfrentar de otro modo, que puedo contar con otras opciones y tomar las decisiones por mí, independientemente, gracias" – "sus informaciones me han valido de mucho para entender y darme cuenta de las posibles alternativas que tengo para decidir con mayor claridad cómo voy, a partir de ahora, resolver mi problema"-, -"me he dado cuenta de las causas del maltrato, que no es mío solo sino de muchas, por lo que a partir de ahora hay que cambiar la forma en que se enfrenta-", -"yo no estaba segura de las posibles consecuencias" -"contigo me he desahogado, me siento mucho mejor, más tranquila"- "puedo volver a venir, puedo traer a mi hijo".

Estos testimonios están filmados en dos documentales titulados: "Con el rosto oculto" y "Con las alas cortadas".

Darle la oportunidad de sociabilizar sus vivencias modifica su posición, de pasiva a activa, dispuesta al cambio. El hecho de sentir que no está sola, que puede contar con alguien, reduce sus sentimientos de desolación, desamparo y desprotección.

Relacionado con la infraestructura, resultó bueno el nivel de satisfacción de las usuarias. Los incisos de higiene-organización y decoración-ambiente los más representativos para un 93 % y 90 % respectivamente. Alcanzaron mayores insatisfacciones en este trabajo los incisos de privacidad y tiempo de espera para un 53 % y 46 % respectivamente.

La percepción de la eficiencia de la atención psicológica en el nivel cognitivo resultó buena, se logró un 80 % y más de los indicadores en general. Casi el total de las usuarias reflejan haber adquirido informaciones sobre génesis de la violencia. Un 86 % refiere haber aprendido sobre el ciclo y causas de la violencia cuando expresan "yo pensaba que la fuerza del amor lo podía todo, si yo perseveraba, al final lograba desaparecer ese vínculo violento pero, ya veo que no es así por todo lo que me explicas" "me ha hecho reflexionar" .

Se valora que después de realizada la intervención ellas reconocen haber sido víctimas, no minimizan el evento, no lo justifican y no se culpabilizan. Más del 90 % comunica - "la consulta es muy buena porque te enseñan cosas nuevas, te brindan información, cosas que no sabía-"; "-me ha ayudado a solucionar mi problema, desde otras alternativas-"; -"me ha estimulado a tomar las riendas-", -"me siento más aliviada, más equilibrada, más fuerte-".

A manera de conclusión podemos decir que las características socio demográficas que distinguen a las mujeres que asistieron a la consulta fueron: adultas jóvenes que desempeñan el roll de ama de casa, pertenecen al Área 1 del municipio cabecera; la configuración del vínculo es de conviviente; han mantenido las relaciones abusivas más de un año y menos de cinco años. Predominó el delito de amenaza y las lesiones leves.

El nivel de satisfacción de las usuarias con la Consulta Multidisciplinaria de Sanidad relacionado con la infraestructura, y la atención brindada se evaluó de buena por los médicos y psicólogos y de regular por los instructores policiales.

Las valoraciones sobre la pertinencia y eficiencia de la primera ayuda psicológica fueron en su generalidad buena. Se lograron modificaciones en algunos componentes de la esfera cognitiva y la mejora del malestar psicológico.

La implementación de un servicio especializado para asistir a las mujeres maltratadas que reúna los requisitos de privacidad, confidencialidad, dignidad, calidez, eficiencia, confort, respeto, neutralidad, ajeno a la represión, con la participación de profesionales de la salud mental y del derecho penal justifica la pertinencia y viabilidad de generalizar su implementación en otros territorios del país.

---

[a] Departamento de Medicina Legal. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

[b] Departamento de Estadística de la Policía Nacional Revolucionaria. Cienfuegos.

[c] Conjunto de Actuaciones para Reducir las Enfermedades No Transmisibles (proyecto CARMEN). Cienfuegos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morris Ch. Psicología. Un nuevo enfoque. Mexico, DF: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1992.

2. López Angulo L. Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. Medisur [revista en Internet]. 2009 [cited 11 Nov 2010] ; 7 (5): [aprox. 24p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2009000500013&script=sci_arttext.

3. Instituto Canario de Igualdad. Guía para la atención a mujeres víctimas de violencia de género [Internet]. Gran Canarias: Instituto Canario de Igualdad; 2007. [cited 14 Jul 2009] Available from: http://www.gobiernodecanarias.org/opencms8/export/sites/icigualdad/resources/documentacion/Violencia/GuiaAtencionViolencia11.pdf.

4. López Angulo L, Apolinaire Penine JJ, Array M, Moya Ávila A. Respuesta de estrés en la mujer maltratada en la relación de pareja. Una aproximación a su estudio. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 15 Ago 2011] ; 5 (1): [aprox. 10p]. Available from: http//www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2289.

5. López Angulo L, González Moreno L. Impacto sobre la esfera afectiva en mujeres sobrevivientes de la violencia física y sexual en el Municipio de Cienfuegos. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [revista en Internet]. 2009 [cited 12 Ene 2010] ; 6 (3): [aprox. 16p]. Available from: http://www.revistahph.sld.cu/hph0309/hph06309.html.

6. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2008 [cited 20 Jun 2009] ; 34 (4): [aprox. 9p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm.

7. Lizarzabal M, Añez M, Romero G. La satisfacción del usuario como indicador de calidad en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo. Gen [revista en Internet]. 2006 [cited 26 Feb 2008] ; 60 (1): [aprox. 6p]. Available from: http://www.gerenciasalud.com/art489.htm.

8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La mujer en el año 2000: al frente de una nueva era. In: Igualdad, desarrollo y paz. New York: UNICEF; 2000. p. 1-23.

9. López Angulo LM. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral [Tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2011. Available from: http://tesis.repo.sld.cu/481/1/LopezAngulo.pdf.

10. Organización Panamericana de la Salud. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. Revista Futuros [revista en Internet]. 2005 [cited 2 Sep 2009] ; 3 (10): [aprox. 4p]. Available from: http//www.revista futuros.info//raw_text_Frae_futuro/Fvol_mujer.doc.

11. Matud MP, Gutierrez AB, Padilla V. Intervención psicológica en mujeres maltratadas por su pareja. Papeles del Psicólogo [revista en Internet]. 2004 [cited 12 Dic 2009] ; 88: [aprox. 12p]. Available from: http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1155.

12. Echeburúa E, Amor PJ, Corral P. Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. Acción Psicológica. 2002 ; 1 (2): 135-50.

13. Calquín C, Chávez A. Perfil psicosocial de la población usuaria del programa de atención y prevención de violencia intrafamiliar durante el año 2006 en Lo Espejo, región metropolitana de Santiago de Chile. Ter Psicol. 2007 ; 25 (1): 87-93.

14. World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999. [cited 6 Oct 2009] Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.

15. Pérez Martínez VT, Hernández Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2009 [cited 15 Jun 2009] ; 25 (2): [aprox. 7p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi10209.htm.

16. Oliva C, Hidalgo CG. Satisfacción usuaria: un indicador de calidad del modelo de salud familiar, evaluada en un programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe. 2004 ; 13 (2): 173-86.

Descargado el: 7-11-2026
ISSN 1727-897X