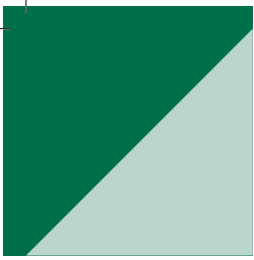
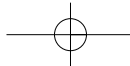


La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud



Informe del estudio cualitativo

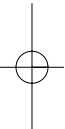
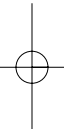


92

Documentos Técnicos de Salud Pública

La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Informe del estudio cualitativo



Instituto de Salud Pública

SaludMadrid

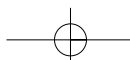
 Comunidad de Madrid

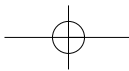


Dirección General de Salud
Pública y Alimentación

SaludMadrid

 Comunidad de Madrid





Diseño de la Investigación.

**Servicio de Promoción de la Salud
del Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.**

Luis Seoane

*Programa de Evaluación y Conocimiento de Factores
Socioculturales asociados a la Educación Sanitaria y a la Promoción de la Salud.*

Marisa Pires y Luisa Lasheras

Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres.

Realización.

Luis Seoane

Ana Gálvez.

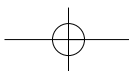
Fecha del Informe Final:

Julio de 2004

Edita

Instituto de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Consumo
Comunidad de Madrid

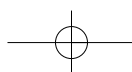
www.madrid.org/sanidad
<http://www.publicaciones-isp.org>
Deposito Legal: M-24451-2005
Imprime: GRAFICAS FANNY





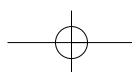
ÍNDICE

PRESENTACIÓN.	1
<hr/>	
I. FICHA TÉCNICA.	3
<hr/>	
1. Antecedentes.	3
2. Planteamiento de la Investigación.	4
3. Campo de Análisis.	5
3.1. Mujeres maltratadas.	5
3.2. Profesionales sanitarios.	6
3.3. Profesionales no sanitarios.	6
4. Metodología y Diseño.	7
4.1. Mujeres maltratadas.	7
4.2. Profesionales sanitarios.	9
4.3. Profesionales no sanitarios.	10
<hr/>	
II. PRIMERA PARTE: El Discurso de las mujeres víctimas.	11
<hr/>	
1. Introducción.	11
2. La instalación de relaciones de maltrato. Estrategias del maltratador.	12
2.1. El maltrato prematuro.	16
2.1.1. <i>La salida en crisis del hogar familiar. El maltrato familiar como antecedente explícito.</i>	16
2.1.2. <i>La inmigración como una situación que puede acelerar la instalación del maltrato.</i>	20



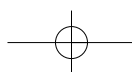


2.2. La instalación paulatina de la violencia.	22
2.2.1. <i>El trabajo del maltratador con el círculo de relaciones de la mujer.</i>	24
2.2.2. <i>El recurso a los celos sexuales.</i>	28
2.2.3. <i>La puesta en entredicho del "valor" de la mujer.</i>	31
2.2.4. <i>La indiferencia.</i>	40
2.2.5. <i>La aparición de la violencia explícita.</i>	43
3. Móviles del comportamiento de la mujer en el seno del maltrato.	48
3.1. <i>La eficacia del mito del amor.</i>	48
3.2. <i>La eficacia de la diferenciación de los roles de género.</i>	51
3.3. <i>La entrada en escena de los hijos.</i>	53
3.4. <i>La salida de la situación de violencia.</i>	56
4. Necesidades de salud expresadas por las mujeres víctimas de violencia de género.	60
4.1. <i>Actitudes hacia la enfermedad y el cuidado.</i>	60
4.2. <i>Problemas psíquicos.</i>	62
4.3. <i>La necesidad de la confidencia y su valor terapéutico.</i>	67
5. Las mujeres víctimas de violencia de género y el sistema sanitario.	69
5.1. <i>Hábitos del maltratador ante las atenciones sanitarias de las mujeres.</i>	69
5.2. <i>La inhibición de la denuncia y de la búsqueda de ayuda.</i>	71



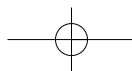


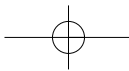
5.3. Las oportunidades que ofrece el sistema sanitario para ayudar a las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas.	75
<i>5.3.1. En consultas y ambulatorios.</i>	75
<i>5.3.2. En ingresos hospitalarios.</i>	78
<i>5.3.3. La atención por lesiones: una clara oportunidad.</i>	79
5.4. La respuesta del sistema sanitario en la atención a mujeres maltratadas: experiencias y casos particulares.	82
<i>5.4.1. La experiencia en consultas y ambulatorios.</i>	82
<i>5.4.2. Experiencias en hospitales por enfermedad o parto.</i>	88
<i>5.4.3. Experiencias en Psiquiatría.</i>	89
<i>5.4.4. Experiencias en urgencias u hospitales por lesiones producidas por el maltratador.</i>	90
5.5. Demandas de información a las instituciones sanitarias.	91
<hr/>	
III. SEGUNDA PARTE: El discurso de los profesionales.	97
<hr/>	
6. Introducción.	97
7. Posicionamiento social ante el tema.	
7.1. Introducción.	98
<i>7.1.1. Visibilidad social de la violencia de pareja.</i>	98
<i>7.1.2. La sensibilización ante el tema.</i>	99
<i>7.1.3. Niveles de implicación frente al tema.</i>	103
7.2. El escándalo.	104



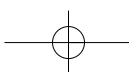


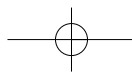
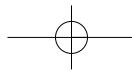
7.3. La empatía.	105
7.4. Empatía y comprensión de la naturaleza del fenómeno.	109
<i>7.4.1. El modelo del desequilibrio natural.</i>	109
<i>7.4.2. El modelo del equilibrio personal.</i>	112
<i>7.4.3. El modelo de la desigualdad.</i>	118
7.5. El compromiso personal.	122
<i>7.5.1. La inacción como resultado del modelo del desequilibrio.</i>	122
<i>7.5.2. La evasión como resultado del modelo del equilibrio personal.</i>	124
<i>7.5.3. Compromiso personal vs. compromiso político.</i>	132
8. La asunción de un compromiso profesional.	140
8.1. Factores extrínsecos al ámbito sanitario.	143
8.2. Factores intrínsecos al ámbito sanitario.	145
9. Factores que inhiben el compromiso profesional.	147
9.1. Las justificaciones frente al ideal del yo.	148
<i>9.1.1. El desvelamiento del maltrato.</i>	149
<i>9.1.2. El compromiso posterior a la detección.</i>	154
<i>9.1.3. La conversión del maltrato en una responsabilidad sanitaria.</i>	164
9.2. Las imposibilidades del yo ideal.	177
<hr/> IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES.	185
<hr/> 1. Introducción.	185





2. La función previa del sistema sanitario.	186
3. El tratamiento. La atención a la confidencia de la mujer.	188
3.1. La sensibilidad del profesional.	189
3.2. El saber del profesional.	190
3.3. Los recursos del profesional.	192
4. La detección precoz del maltrato.	194
<hr/>	
V. BIBLIOGRAFÍA.	197
<hr/>	







PRESENTACIÓN

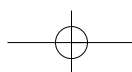
La violencia de género fue reconocida como problema de Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud en 1996, poniéndose de manifiesto las graves consecuencias que sobre la salud y el sistema sanitario tiene este enorme problema social.

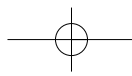
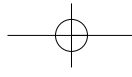
La magnitud que ha alcanzado en los últimos años hace que **la violencia de pareja contra las mujeres** se esté incorporando actualmente entre las prioridades en salud, aunque de forma todavía incipiente. Al respecto, cada vez se hace más imperioso que desde el sistema sanitario se concentren los esfuerzos de modo que las intervenciones para la prevención, la detección y la atención a las mujeres víctimas sean cada vez más adecuadas y efectivas.

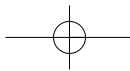
El presente estudio cualitativo se enmarca en el horizonte estratégico de las acciones que desde la Dirección General de Salud Pública y Alimentación se vienen realizando al respecto. Incorpora un enfoque relativamente original, en la medida en que da cuenta de las perspectivas de los dos agentes principales implicados en el proceso de atención sanitaria a las víctimas: el de las propias mujeres maltratadas y el de los profesionales sanitarios. En el caso de las mujeres, se abordan las razones, las expectativas y los condicionantes con los cuales se acercan a los servicios de salud; en el caso de los sanitarios, las motivaciones y actitudes con que asumen la demanda de las mujeres en el contexto de los recursos con los que cuentan, y los comportamientos se derivan de todo ello.

De semejante análisis se deriva un tipo de información sumamente útil para enfocar y orientar las acciones a realizar desde el sistema sanitario.

Agustín Rivero Cuadrado
Director General de Salud Pública y Alimentación







FICHA TÉCNICA

1. ANTECEDENTES

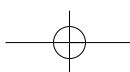
El Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres del Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública tenía previstas durante 2003 y 2004 diversas acciones de formación para profesionales sanitarios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada, sobre **violencia de pareja contra las mujeres**, inscritas en un Plan de Formación iniciado en el 2002.

Como soporte para dicho Plan de Formación, las responsables del Programa consideraron en su momento la necesidad de efectuar una **investigación cualitativa**. Tal investigación inicial¹ tendría como objeto el recabar datos que contribuyeran a orientar -en función de la realidad de las mujeres

maltratadas y de los profesionales sanitarios implicados en su atención- el diseño del Plan de Formación, tanto a nivel de enfoques y planteamientos generales como a nivel de los contenidos específicos.

Dicha investigación inicial prospectiva, que dio en su momento lugar a un informe específico que contribuyó a orientar el diseño inicial de la acción formativa, abrió, como es natural, un campo amplio de preguntas cuya contestación requería de un planteamiento de investigación de mayor envergadura. Por otro lado, y paralelamente, desde las propias acciones de formación con personal sanitario realizadas desde el Programa de Promoción de Salud de las Mujeres se evidenciaron también **nuevas necesidades de acción** en el marco del Sistema Sanitario de

¹ Realizada con un diseño mínimo: dos grupos de discusión con representantes de organizaciones especializadas en maltrato de primera y segunda línea de atención, y un grupo con médicos y médicas de atención primaria.





cara al abordaje correcto del problema, que a su vez implicaban también nuevas preguntas a la realidad.

En ese contexto, se decidió finalmente realizar una investigación con mayor entidad, como ampliación y profundización de dicha investigación piloto realizada en 2002. El presente informe es una integración unitaria de ambas investigaciones.

2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

Las necesidades de la investigación global se concretaron sobre los siguientes colectivos:

- **Las mujeres maltratadas.**
- **Los profesionales sanitarios** más directamente implicados en la experiencia sanitaria del maltrato. La investigación al respecto pretendía cubrir prácticamente todas las especialidades y los niveles de atención relevantes al tema.
- **Profesionales con experiencia** en la actuación sobre casos de violencia de pareja en centros **no sanitarios**.

La consideración de cada uno de estos colectivos corresponde a necesidades diferentes.

- De la **mujer maltratada** interesa fundamentalmente su experiencia de relación con el sistema sanitario en las diferentes fases del maltrato y las necesidades y demandas al Sistema

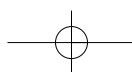
Sanitario que se plantean en esa relación.

El abordaje del discurso de la mujer maltratada tiene en este caso una **función auxiliar de contraste con el discurso de los profesionales sanitarios**. No tiene, por tanto, en tanto que estudio, una entidad independiente. Nuestro objetivo es importante que ello se tenga en cuenta desde el principio- no fue, en rigor, estudiar el maltrato en sí mismo; algo que hubiera exigido de una investigación de más envergadura que la realizada, sino detectar situaciones de ajuste y desajuste ente la mujer con el sistema sanitario y el intentar entender cuáles son las razones que las producen.

- Los profesionales **sanitarios** interesaban en la medida en que se consideraban como el colectivo profesional “diana” de cara a implementar acciones de prevención, y en la medida en que eran el objeto directo de la acción formativa que se pretendía. Era clave en este colectivo captar sus actitudes previas y las expectativas, tanto frente al tema en sí mismo (la violencia de pareja) como frente a la acción formativa prevista.
- Los profesionales **de centros no sanitarios** interesaban en un doble sentido:

En tanto que *informadores indirectos* de las necesidades y demandas de salud en el colectivo de víctimas de la violencia de pareja y de su relación con el Sistema Sanitario.

En tanto que eventuales asesores, acerca de la intervención desde el





ámbito sanitario, en general, y desde la Atención Primaria, en particular, y sobre la coordinación entre el Sistema de Atención Social y el Sistema Sanitario.

3. CAMPO DE ANÁLISIS.

La investigación cualitativa se diseñó desde un enfoque clásico², como **análisis del discurso**. Desde semejante perspectiva, es más propio hablar de “campo de análisis” que de “objetivos de investigación”, porque el principal interés se concentra en reproducir en una situación experimental el discurso social previo frente a una temática dada, y en ubicar el análisis *a posteriori* en la búsqueda de la estructura de ese mismo discurso. Un planteamiento, por tanto, **más inductivo** que deductivo, en el que lo que se trata no es tanto verificar o falsar unas determinadas hipótesis previas plasmadas en objetivos, como en conseguir desplegar todas las facetas pertinentes a las necesidades de investigación del discurso social previo.

El campo de análisis por tanto, nos delimita de qué es lo que queremos que nos hablen los sujetos implicados en la investigación: qué discusión es pertinente y qué discusión no lo es a la búsqueda que se pretende efectuar.

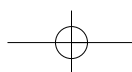
Veamos, a continuación, qué campos de análisis se definieron como parti-

nentes en relación a cada colectivo implicado en la investigación.

3.1 Mujeres maltratadas.

- I. Comprensión de cómo se manifiesta y justifica por parte de la mujer una relación de maltrato
- II. Experiencia de relación con el sistema sanitario dependiente o asociada al maltrato en sus diferentes fases (inicial, crítica, posterior), frecuencia de consulta, factores de inhibición a la consulta, etc.
- III. Motivos de consulta, más o menos asociados a la situación del maltrato (lesiones, síntomas asociados: problemas de sueño, ansiedad, depresión, etc.)
- IV. Modo de acceso a consulta (sola, acompañada –maltratador, otros)
- V. Actitudes y comportamientos del maltratador en relación al acceso a la consulta de la mujer.
- VI. Expectativas y demandas proyectadas, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada (ambulatoria, urgencias).
 - a) Demanda explícita y demanda implícita.
 - b) Ideal de atención en cada caso y situación.
 - c) Propensión a ocultar / manifestar la situación del maltrato. Razones im-

² “Clásico”, al menos en relación a la tradición académica sociológica española iniciada por la figura de Jesús Ibáñez, cuya justificación epistemológica, metodológica y práctica puede encontrarse en *“Más allá de la Sociología. El Grupo de Discusión, Teoría y Crítica”*, Jesús Ibáñez. Ed. Siglo XXI. 1985





plicadas en cada caso (valoración del riesgo personal, negación de la situación de maltrato, etc.)

VII. Valoración de la respuesta recibida.

VIII. Valoración de la actitud del médico y de otros profesionales sanitarios en las distintas situaciones de acceso a consulta.

IX. Experiencias positivas y experiencias negativas, y razones que sustentan esas impresiones.

X. Etc.

3.2 Profesionales sanitarios.

I. Visibilidad en consulta de las situaciones de maltrato (sospecha, evidencia) Experiencia de los distintos profesionales al respecto.

II. Actitudes que genera la sospecha o la evidencia del maltrato (indiferencia, desimplicación, implicación personal, implicación profesional). Diferencias de género en la actitud del médico al respecto.

III. Consideración del maltrato como un problema social: ideas, conocimientos, prejuicios acerca de la dimensión e importancia social del problema; causas e interpretaciones; grado de movilización afectiva; valoración de la cobertura pública; valoración de acciones de comunicación pública realizadas; etc.

IV. Consideración del maltrato como un problema sanitario: conocimiento y valoración de acciones/programas institucionales realizados al efecto;

grado de implicación racional y emocional en dichas acciones; asunción del tema desde el punto de vista profesional; competencia asignada a los distintos niveles de atención (primaria, especializada, urgencias); agentes y profesionales identificados como competentes (detección, prevención, tratamiento, etc.)

V. Dificultades, impedimentos, imposibilidades, etc. que el profesional sanitario advierte de cara a asumir un papel activo: competencia, tiempo, formación, etc.

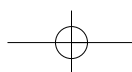
VI. Actitudes espontáneas hacia la formación en esta materia (interés, actitud, resistencias, temas más o menos relevantes, cuestiones formales, etc.).

3.3 Profesionales no sanitarios.

I. Análisis y valoración de la situación actual de la actuación en el tema de la violencia de pareja contra las mujeres en la Comunidad de Madrid. Principales logros y principales deficiencias a escala global. La actuación pública, la actuación privada (ONGs), la movilización ciudadana, etc.

II. Detección de necesidades que surgen en distintos niveles de actuación (prevención, detección, auxilio a las víctimas). Ámbitos: jurídico, laboral, policial, asistencial, psicológico, sanitario, etc.

III. Análisis y valoración de distintos servicios/recursos de intervención con mujeres víctimas de maltrato: centros de Mujer, servicios sociales





de zona, asociaciones, centros de emergencia, casas de acogida, pisos tutelados, etc.

IV. El papel la intervención sanitaria en la violencia de pareja.

- a) Expectativas espontáneas asociadas a la intervención del sistema sanitario público en este ámbito.
- b) Frentes, ámbitos, actuaciones en los que se demanda espontáneamente su actuación.
- c) Implicación ideal/implicación real.
- d) Funciones principales y funciones secundarias.
- e) Profesionales sanitarios implicados o implicables.

V. Conocimiento de las demandas de la víctima al sistema sanitario.

- a) Relación típica de la mujer víctima de maltratos de pareja con su médico/a (medicina de familia, pediatría, especialidades, atención de urgencias, etc.)
- b) Expectativas que proyecta la mujer en esa relación y respuesta que recibe por parte del médico.
- c) Cambios de esa relación en función de la fase del maltrato en que se encuentra la mujer.

d) Patologías y demandas de atención más frecuentes.

e) Relación ideal.

4. METODOLOGÍA Y DISEÑO.

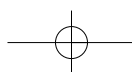
4.1 Mujeres maltratadas.

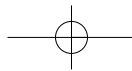
En consonancia con la función auxiliar asignada en la investigación global de la parte dedicada a las mujeres maltratadas³, el diseño se realizó desde el criterio heurístico de **amplitud o máxima diferenciación**. Intentamos ir a la búsqueda de aquellas situaciones que a priori se pudieran suponer más diferenciadas, aunque ello supusiera perder en base para efectuar generalizaciones.

El objetivo era buscar el máximo de información pertinente al respecto de la relación o de las experiencias de las mujeres maltratadas con el sistema sanitario, no el llegar a una **evaluación** de esa relación, en concreto, en la Comunidad de Madrid. Cualquier lectura del informe en esa dirección sería contradictoria con el sentido y el alcance inicialmente previstos para un diseño de investigación con un carácter **puramente exploratorio**.

Se recurrió a mujeres **que hubieran superado de forma relativamente reciente (no más de dos años) la situa-**

³ Ver epígrafe 2.





ción de convivencia con el maltratador⁴. El estudio, por tanto, se ha fundamentado sobre “las historias del maltrato” presentes en el recuerdo de las mujeres que han tomado la decisión de superar esa situación penosa, con independencia de que se siga viviendo o no fuera de la relación marital una situación de riesgo⁵.

La variable edad la consideraremos asociada a la duración de la situación marital. Mezclando ambas variables obtendríamos cinco tipos de mujeres:

- **TIPO 1:** Menos de dos años de relación marital: Mujeres entre 22 y 27 años de edad.
- **TIPO 2:** Entre 3 y 5 años de relación marital: Mujeres entre 28 y 33 años de edad.
- **TIPO 3:** Entre 6 y 9 años de relación marital: Mujeres entre 34 y 43 años de edad.
- **TIPO 4:** Entre 10 y 18 años de relación marital: Mujeres entre 44 y 54 años de edad.

- **TIPO 5:** Más de 18 años de relación marital: Mujeres de más de 55 años de edad.

En todos los casos, excepto en el primer tipo, se consideraron expresamente mujeres con hijos habidos en esa relación marital.

La clase social ha sido también una variable relevante. Se consideraron tres segmentos, tomando en cuenta el nivel social de la unidad familiar de referencia a partir de la profesión del maltratador: media baja, media y media alta.

La **presencia o no de trabajo femenino fuera de casa** durante la relación marital también fue considerada.

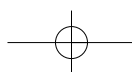
Por último, se tuvo en cuenta el **hábitat** rural o urbano durante la relación marital.

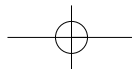
Se recurrió a la **entrevista en profundidad** de larga duración (entre 1 1/2 y 2 horas de duración) como la técnica cualitativa a utilizar en este caso

Se realizaron un total de 15 entrevistas en profundidad, cuyo diseño, en base a las variables expuestas ha sido el siguiente:

⁴ Es decir, que se hayan separado, habiéndose dado o no una situación de separación legal.

⁵ Esta elección se debe, entre otras cosas, a un problema práctico: es muy difícil encontrar mujeres maltratadas que estén dispuestas a hablar del tema si previamente no han tomado conciencia que de lo son. Pero, por otra parte, la elección nos permite el estudio de un tema crucial de cara al objeto, el análisis del papel –por activa o por pasiva– de los profesionales sanitarios en el desenvolvimiento de la crisis de la mujer y en la superación, por tanto, de su problema.





	TIPO	CLASE SOCIAL	TRABAJO FEMENINO	HÁBITAT
EA1	TIPO 1	BAJA	TRABAJADORA	URBANO
EA2	TIPO 1	BAJA	TRABAJADORA	URBANO
EA3	TIPO 1	BAJA	AMA DE CASA	URBANO
EA4	TIPO 2	MEDIA	AMA DE CASA	RURAL
EA5	TIPO 2	MEDIA/ALTA	AMA DE CASA	URBANO
EA6	TIPO 2	BAJA	AMA DE CASA	URBANO
EA7	TIPO 3	BAJA	TRABAJADORA	RURAL
EA8	TIPO 3	MEDIA	AMA DE CASA	URBANO
EA9	TIPO 3	BAJA	AMA DE CASA	RURAL
EA10	TIPO4	BAJA	AMA DE CASA	RURAL
EA11	TIPO4	MEDIA/ALTA	TRABAJADORA	URBANO
EA12	TIPO4	MEDIA/ALTA	AMA DE CASA	URBANO
EA13	TIPO 4	MEDIA	TRABAJADORA	URBANO
EA14	TIPO 5	BAJA	AMA DE CASA	URBANO
EA15	TIPO 5	MEDIA	TRABAJADORA	URBANO

4.2 Profesionales sanitarios.

La investigación debería idealmente recabar la información pertinente de los siguientes niveles de atención y especialidades:

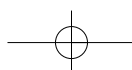
Profesionales sanitarios de Atención Primaria:

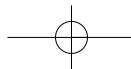
- Medicina general.
- Pediatría.
- Enfermería.
- Matronas.
- Trabajo social.

Profesionales sanitarios de Atención Especializada.

- Atención ambulatoria y hospitalaria.
 - Ginecología y Obstetricia.
 - Psiquiatría y Psicología (Salud Mental).
- Atención hospitalaria de urgencias.
 - Residentes de urgencias (+ dos años de experiencia).
 - Enfermería de urgencias.
 - Trabajo social de urgencias.

Se recurrió a las técnicas del grupo de discusión, del grupo triangular y de la entrevista abierta. En total se realizaron **11 reuniones y 1 entrevista abierta**, cuyos diseños se expone a continuación.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

	ESPECIALIDAD	UBICACIÓN	SEXO
R.G.1	Medicina de familia	Atención Primaria	MIXTA
R.G.2	Medicina de familia	Atención Primaria	Hombres
R.G.3	Medicina de familia	Atención Primaria	Mujeres
R.G.4 (Triangular)	Médico familia, enfermera, trabajadora social	Atención Primaria	Mixta
R.G.5	Pediatría	Atención Primaria (70%) y hospital (30%)	Mixta
R.G.6	Enfermería	Atención Primaria	Mixta
R.G.7	Matronas	Atención Primaria	Mujeres
R.G.8	Trabajo social	Atención Primaria	Mujeres
R.G.9 (Triangular)	Ginecología	Ambulatorio y hospital	Mixta
E.A.16	Ginecología	Ambulatorio	Mujer
R.G.10	Psiquiatría y Psicología	Centros Salud Mental y hospital	Mixta
R.G.11	Residentes (+ 2 años)	Urgencias hospitalarias	Mixta

4.3 Profesionales no sanitarios.

Se realizaron dos reuniones de grupo con el siguiente perfil:

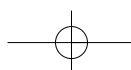
R.G.12: Profesionales no sanitarios públicos y privados implicados en acciones de primera línea sobre el maltrato:

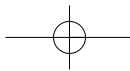
- Centros de mujer.
- Servicios sociales de zona.
- ONGs especializadas.

- Policía.
- Asesoría Jurídica.

R.G.13: Profesionales no sanitarios públicos y privados implicados en acciones de segunda línea sobre el maltrato:

- Casas refugio.
- Centros de acogida.
- Pisos tutelados.





PRIMERA PARTE: EL DISCURSO DE LAS MUJERES VÍCTIMAS

1. INTRODUCCIÓN.

Lo que sigue es un intento, conscientemente modesto y limitado, de avanzar en la comprensión del fenómeno. Inicialmente, como se indicó en la Ficha Técnica, el objeto de estudio se circunscribió a **la relación de la mujer maltratada con el sistema sanitario**; de lo que se trataba era de identificar qué demandas y necesidades de salud debería de recoger aquél.

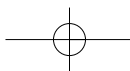
Insensiblemente, sin embargo, el objeto se nos fue ampliando porque, por una parte, los testimonios de las mujeres nos comprometían, de alguna forma, a transmitirlos, a difundirlos⁶. Pero también, por otra parte, fuimos percatándonos de la necesidad de dicha difusión en el contexto práctico en el que

nos movíamos, al descubrir, en el estudio paralelo con los y las profesionales, la enorme dificultad que tienen dichos profesionales para reconocer los casos y para, diríamos, “empatizar” con las mujeres víctimas.

En efecto, se nos impuso, por la propia dinámica de una investigación orientada a la acción (en el terreno sanitario), la necesidad de dar cuenta en alguna medida del drama de las mujeres, para hacerlo más visible y comprensible a los profesionales sanitarios.

Lo que sigue debe de ser leído, comprendido y evaluado en ese contexto. Lo que nos ha movido ha sido la pretensión de hacer visible, inteligible y comprensible el maltrato para quien, como el profesional sanitario, puede encontrarse con relativa frecuencia con él y

⁶ Quien cuenta su tragedia normalmente lo hace para que otros (en este caso, otras) puedan llegar, mediante la experiencia ajena, a evitar una situación semejante. Y la intención del investigador debe de comprometer en alguna medida al investigador.





obligado realizar algún tipo de actuación de auxilio. Creemos que para semejante modesto objetivo el diseño previo de la investigación fue "suficiente". Quede claro, por tanto, que el estudio desde este punto de vista carece de pretensiones en el terreno de la teorización y la generalización de resultados. Lo que se ofrece, para bien y para mal, es una visión comprensiva elaborada desde los testimonios particulares de 15 mujeres que recientemente han sabido y podido salir de una relación opresiva de violencia de pareja.

2. LA INSTALACIÓN DE RELACIONES DE MALTRATO. ESTRATEGIAS DEL MALTRATADOR.

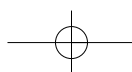
El abordaje de la violencia de género contra las mujeres, como se irá viendo a lo largo del informe, inevitablemente pone en la primera línea de la discusión el tema de las identidades tradicionales de género, de los roles asociados a ellas y de las relaciones entre los sexos que se establecen y se refuerzan a partir de ellos. Nuestras sociedades pueden haber avanzado mucho en el terreno formal de la igualdad, pero es evidente que la deconstrucción de las identidades tradicionales de género, necesaria para redefinir las relaciones en un marco de igualdad, es en gran medida todavía una asignatura pendiente.

Posiblemente sea abusivo el afirmar que la violencia de género sea un resultado inmediato de la persistencia de tales identidades y roles tradicionales de género. De hecho, hay muchos indicadores, incluida la propia investigación, que nos reafirman en la hipótesis de que aquélla pueda ser más un producto de la modernidad que una pervivencia, ahora desvelada, de una realidad violenta secular⁷. La violencia de la que debemos tratar, la que se nos presenta directamente en la investigación por medio de entrevistas dramáticas con mujeres, refleja menos la pervivencia de roles tradicionales que el drama resultante de su revisión.

Si algo surge con fuerza tras la lectura de las entrevistas en relación a la conducta violenta del maltratador es la impresión de que ésta tiene siempre una intencionalidad clara: la de reconducir la relación de pareja a un patrón determinado, forzando a la mujer a comportarse (con él) de acuerdo a dicho patrón. Desde fuera, es fácil interpretar semejante conducta como un intento de mantener y perpetuar privilegios, pero también está claro que el maltratador actúa con la idea de que está asistido por algún tipo de derecho; su violencia queda, de esta suerte, justificada por la insistencia de la mujer en hacer cosas que no debería hacer, o por no hacer cosas que debería de hacer.

En la medida en que actúa, como dijimos, "asistido por un derecho", no podemos afirmar que su conducta sea

⁷ De la cual no negamos su existencia, pero sí la tendencia fácil a considerarla como idéntica en lo sustancial al fenómeno de la violencia de género actual.





“arbitraria”, como la que podría presumirse de un loco, o de alguien que, dependiente de diversos tóxicos, le asaltan enajenaciones transitorias. Lo realmente preocupante del fenómeno del maltrato en el plano ideológico es precisamente su normalidad, el que todos más o menos lo entendamos, aunque muchos no podamos, efectivamente, compartirlo⁸.

El objeto del presente capítulo es el de ofrecer una visión del proceso de instalación de las relaciones de maltrato.

Al respecto, no puede decirse que haya nunca un antes y un después del maltrato. Incluso en la fase frecuentemente menos conflictiva del noviazgo no es difícil identificar en las entrevistas la incidencia de comportamientos claramente **agresivos y abusivos** del hombre hacia la mujer. El hecho de que en aquellos “felices” momentos la mujer no haya interpretado tales actos en semejante clave no quiere decir que no hubiera habido ya, objetivamente, maltrato.

Desde principio tenía malos tratos, pero no veía esto porque estaba muy enamorada. (E.A.1)

Y nada, que cuando viene, viene a salir conmigo, a ser novio, y yo muerta de miedo. Tenía miedo, pero al mismo tiempo le quería, tenía necesidad de que me abrazaran, de que me besaran. Le quería, le quería, realmente le quería. (E.A.6)

El maltrato debe de ser enfocado, a nuestro juicio, más **desde la cualidad**

del comportamiento del varón que desde la interpretación y el sentimiento propuestos por la mujer en un momento dado. Si utilizáramos este segundo criterio, posiblemente no podríamos identificar el maltrato nada más que cuando la relación entra en crisis y la mujer se plantea claramente la posibilidad y la necesidad de la separación. La posibilidad teórica de identificar el fenómeno y la posibilidad práctica de actuar sobre él desde la **prevención** quedarían imposibilitadas por un planteamiento que partiese exclusivamente del sentimiento subjetivo de maltrato de la mujer⁹.

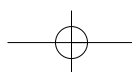
No. No me atrevía. Primero... cuando lo ves ahora con el paso del tiempo dices, “Ahora mismo soy consciente de que eso era un maltrato, entonces no” (E.A.5)

Y aún así, porque no me daba cuenta de que eso significaba maltrato, no me daba cuenta. (E.A.7)

- De hecho, creemos que la conciencia social hacia este tema esta demasiado desnivelada en su enfoque sobre la crisis. Ciertamente, lo más urgente es que esas situaciones de crisis no se resuelvan, como es tristemente demasiado frecuente, en forma de acto criminal; pero no debemos olvidar que hay un antes de esos sucesos que conmueven a la opinión pública, que son los que directamente causan esas situaciones, y que son relativamente tolerados, en la medida en que remiten a conductas menos

⁸ Un buen ejemplo de esta paradoja es el de **los celos**, muy implicados, por lo demás, en situaciones de maltrato. Todos comprendemos los celos, si tenemos una pareja, aunque no estemos tan de acuerdo en **hasta dónde podemos llegar** por cuestión de celos. Esa “comprensión” es lo que hace que el maltrato sea muchas veces tolerado, por ejemplo, por los familiares de la mujer.

⁹ El haber realizado las entrevistas con mujeres que han roto ya con la relación de maltrato nos facilita las cosas desde esa perspectiva. Estas mujeres, efectivamente, han reelaborado ya su propia historia, y han aprendido a reinterpretar en esa reelaboración lo que era maltrato y lo que no lo era. Además, han aprendido —o están en proceso de aprender— a identificar cuándo y por qué no querían ver en su momento lo que ahora les parece claro, que la conducta de su pareja no cabía interpretarla más que en clave de abuso.





visibles y, en cierto modo, más asumidas y más normalizadas.

Enfrentando, por tanto, el tema desde la cualidad del comportamiento del varón, debemos de atribuir a tal comportamiento una intencionalidad determinada, que le daría el marchamo de “conducta maltratadora”. Y es, efectivamente, difícil por nuestra parte interpretar la conducta de alguien que no haya sido directamente investigado y que, por tanto, no nos haya expuesto directamente sus motivos.

No es imposible, de todas formas, aprehender en este caso la intención del maltratador **a partir de sus actos**. Tenemos, por una parte, una serie de actos que, vistos desnudamente, nos producen¹⁰ con facilidad una sensación de **escándalo**.

En el Diccionario de la Real Academia Española aparece esta definición del escándalo activo: “Dicho o hecho reprobable que es ocasión de daño y ruina espiritual del prójimo”. Nos escandalizamos ante “dichos o hechos” efectuados por el varón que provocan “daño y ruina espiritual” en la mujer. En cierto modo, nada más que observándolos, “sabemos” que esos dichos y hechos van a producir tales daños, sin necesidad de advertir éstos últimos en la mujer¹¹. En la cualidad de ciertos actos está implícita tanto la intención de quien los realiza “contra” alguien, como los previsibles efectos en ese alguien.

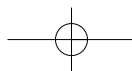
Entre ese conjunto de “dichos o hechos” están las agresiones físicas. Está bastante claro que en la intención de quien agredió físicamente a alguien estaba el hacer daño. Pero también está bastante claro que, si no media una intención defensiva por parte del agresor, el daño que se persigue va más allá de lo físico. La expresión “ruina espiritual” del diccionario es bastante expresiva, tanto del efecto como de la intención de la agresión física. Distinguir entre maltrato físico y maltrato psicológico es, como consecuencia, completamente irrelevante si enfrentamos el tema, como hemos planteado, del lado de la intención del maltratador. Que estemos, por tanto, ante hechos o ante dichos violentos no nos sirve en modo alguno para clarificar el fenómeno.

¿Qué clase de “maldad” es la que está implicada en los actos del maltratador que consideramos? Se nos ocurren muchos adjetivos (humillar, ofender, avergonzar, violar, anular, menospreciar, someter, denigrar, desdeñar, etc.) pero nos resulta difícil precisar un solo término que de cuenta claramente de la naturaleza de la intención. Todos esos adjetivos nos llevan a un tipo de acción cuya intención central se ubica en la anulación del valor de la persona. El maltrato, por tanto, habría que definirlo como un proceso intencional dirigido a anular el valor que para sí tiene la persona; por utilizar un término moderno, el objeto del maltrato es minar la “autoestima” de la mujer¹².

¹⁰ A nosotros, como analistas; pero que transmitirían esa misma sensación a cualquier otro que los observase.

¹¹ Por supuesto, en este caso sí que tenemos la posibilidad de observar los efectos, normalmente devastadores para la mujer.

¹² Es difícil encontrar en la modernidad fenómenos similares que nos permitan aprehender mejor el fenómeno que tratamos. Se nos ocurre inmediatamente el símil de la tortura, puesto que, efectivamente, la intención es semejante a **torturar**. Pero la diferencia se establece en relación al motivo. La tortura es inadmisibles, pero suele tener un motivo utilitario (conseguir que alguien diga lo que no quiere decir, que delate algo o a alguien). El **motivo** del maltratador se nos aparece —al menos en un primer momento— casi como inaprensible, como puro deseo de hacer daño, como puro placer de hacer daño. Una suerte de maldad en estado puro, inadmisibles en una sociedad moderna, pero que tiene su nicho de expresión en el seno de la relación de pareja, en la medida que se presenta como una sociedad fuera de la sociedad, impune a sus controles morales y legales. La pareja como nicho para un estado de naturaleza no precisamente utópico.





- Y, como se irá viendo, este será el efecto más común del maltrato, el que la mujer se sienta en un estado permanente de auto-desvalorización, un constante sentimiento de anulación, de no ser nadie, de no valer para nada.

Yo estaba destruida como persona (E.A.2)

Y estaba hundida, estaba muerta. Me daba igual ocho que ochenta. (E.A.2)

O sea, porque como mujer me sentía plenamente utilizada en todos los campos. O sea, en el sexual, en el laboral... y, bueno, menos en el personal porque como persona no me tenía en cuenta para nada. Entonces, yo me sentía, pues, una birria, una birria total. (E.A.3)

Cierto es, en cualquier caso, que el maltrato se nos representa **como un proceso**, que cursa normalmente con un incremento progresivo de la intensidad de las acciones de humillación. El maltrato físico, efectivamente, suele cursar después del exclusivo maltrato psicológico, como una fórmula más intensa de humillación. Cabría buscar distintas interpretaciones a semejante proceso de intensificación:

- a) El maltrato se intensifica porque el maltratador pierde placer en su acción, y necesita internamente ensayar fórmulas más humillantes.
- b) El maltrato se intensifica porque la mujer se hace inmune a determinadas fórmulas de humillación, que se convierten, de esta suerte, en ineficaces para el maltratador.

- c) El maltrato se intensifica porque tiene en el maltratador un **cariz estratégico**. Se empieza humillando parcialmente para conseguir humillar totalmente.

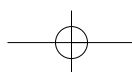
- d) El maltrato se intensifica porque la mujer tiene también una estrategia de defensa; el maltratador aumenta su violencia para contrarrestar las defensas de la mujer e **impedir que pueda salir** de la relación de maltrato.

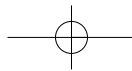
Creemos que las dos primeras interpretaciones son excesivamente simplistas. Además, nos introducen en una comprensión del fenómeno en exceso **psicologicista**¹³ y **sustancialista**. Ciertamente, nos produce una apariencia de explicación el partir de una pretendida pulsión sádica o masoquista, pero es fácil advertir que tales explicaciones no nos dejan salir de lo más superficial del fenómeno. Ya sabíamos en la mera manifestación del maltrato que había intención de daño; el atribuir como causa una **pulsión dañina** (o una pulsión a recibir daño) no introduce ninguna información nueva que nos permita avanzar en la comprensión y en la identificación del fenómeno¹⁴.

Preferimos, aunque sólo sea por su utilidad heurística, partir de la idea de estrategia o, más bien, de **cruce de estrategias**. Aún cuando todavía no tengamos del todo claro el motivo del maltratador, sí que podemos aprehender su conducta como estratégica en relación a un fin, y, por tanto, entender los

¹³ El término "psicologicista" va a ser utilizado a lo largo del informe varias veces en el sentido aquí evidenciado. En ningún momento debe identificarse "psicologicista" con "psicológico", como si se pretendiese negar algún ámbito de competencia de los psicólogos en tema, o como si se quisiera desautorizar de un plumazo todas las interpretaciones o teorías psicológicas al respecto del maltrato.

¹⁴ La interpretación es del tipo de la famosa "virtud dormitiva" del opio.





actos de maltrato como **tácticas** estratégicamente orientadas en función del comportamiento la víctima, que a su vez también aparece orientado estratégica y tácticamente.

Como resultado de ese cruce de estrategias, observamos en las entrevistas dos tipos muy generales de procesos de instalación del maltrato: un maltrato que denominaremos “prematureo”, porque se instala muy rápidamente en sus manifestaciones más extremas o intensas (maltrato físico o alelaciones); y un maltrato “paulatino”, en el que las manifestaciones más intensas tardan en llegar, pero en el que se observa siempre una elevación paulatina de la intensidad de la violencia.

2.1 El maltrato prematuro.

Si bien parece ser la norma que el maltrato se instala lenta y progresivamente, aparecen en las entrevistas determinadas situaciones que parecen actuar **acelerando** el proceso. Abordaremos en el informe dos de las situaciones que, a la vista de la información, parecen ser las más comunes: la salida en crisis del hogar familiar y la inmigración.

2.1.1 La salida en crisis del hogar familiar. El maltrato familiar como antecedente explícito.

En varias de las entrevistas realizadas, el provenir de una familia calificada como violenta y el forzar una salida precipitada de ella es un punto de partida previo para el encuentro con el maltratador. La necesidad de “salir del hogar” de un modo rápido se configura para la

joven que se ha criado en este tipo de familias en una necesidad “vital”. Y, aproximadamente, a los dieciséis o a los diecisiete años, esta alternativa se va configurando en algo posible.

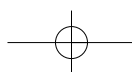
A mí me echaba a la calle, a mi madre la pegaba, siendo muy niña. De las últimas veces que me echó a la calle, pues conocí a esta persona. Y yo pensé que era una salida para no volver con mi padre, que es maltratador... (E.A.4)

Aunque no estamos en un estudio cuantitativo, nos ha sorprendido la frecuencia con que esta situación aparece indicada en las entrevistas. Sabemos, por ciertos estudios cuantitativos, que la situación previa de maltrato familiar declarado es estadísticamente muy significativa en las mujeres maltratadas.

Lo más determinante de cara al resultado posterior es, creemos, **la huída apresurada del círculo familiar de referencia**. La joven, en crisis con su familia por una u otra razón, activa la fantasía del príncipe encantado, la fantasía de que todo se va a solucionar “huyendo” del propio hogar y poniéndose en las manos del primer hombre que excita sus pasiones.

Sí, al conocerme, bueno, yo al principio, como yo la autoestima la tengo por los suelos siempre, de mi casa, porque mi madre siempre me ha tirado por el suelo, entonces, bueno, yo decía, bueno, vamos a dejarle, ver como fluye la cosa. Y después pues ya me decía que no hablaba bien, que tenía que educarme, porque tenía que ser una señorita hecha y derecha. Me fue camelando hasta que me dijo que nos casáramos, porque él es extranjero, hasta que ha conseguido la residencia y la nacionalidad española (E.A.10)

La salida al mundo “sola” no suele aparecer en el repertorio de opciones de





una joven. Desde las carencias emocionales y la falta de confianza en sí misma que “hereda” de un hogar no excesivamente armónico, así como la falta de preparación y de oportunidades laborales que a estas edades tan tempranas se tienen, la salida del hogar sólo se contempla normalmente de la mano de un hombre: no hay tiempo “vital” para formarse, para buscar un trabajo que permita la independencia, para madurar ni para seleccionar críticamente a la pareja, para irse, en definitiva, de casa por voluntad propia y no, en cierto modo, “huyendo”.

Sí, porque en mi casa mi madre desde siempre me ha echado por el suelo. Bueno, mi madre me decía que cuando nacía, me dice, “Cuando naciste tú tenía que haber cerrado las piernas para ahogarte” Esas eran las palabras más bonitas de mi madre. Entonces, pues yo creo que fui buscando, como en mi casa no tenía nada, me fui buscando algo, un escape, y eso es lo que fue. Y yo creo que eso es lo peor que hice, porque en mi casa estaba mal, pero después lo que viene... Y muy mal, con él muy mal, en todo momento, porque lo único que le interesaba era el dinero, el dinero y el dinero, nada más (E.A.10)

La salida del hogar familiar hacia la independencia no es una alternativa que estas entrevistadas hubieran considerado en su momento. Es una opción muchas veces impensable a la vez que temible. “Impensable”, en cierto modo, porque se es mujer (educada y socializada tradicionalmente para el cuidado afectivo de otros y no siempre para procurarse la propia manutención), pero también porque se es joven (sin experiencia vital ni madurez); y “temible” por cuando que, sin un círculo familiar afectivo de referencia efectivo, la existencia no se concibe sin una figura protectora que supla imaginariamente las

carencias emocionales de la infancia y adolescencia.

La salida del hogar familiar se realiza sin haber tenido más referencias en la vida que su propio grupo familiar. Se van bajo el amparo de un hombre muchas veces mucho mayor que ellas, al que han conocido tan solo por unos meses, a veces incluso semanas.

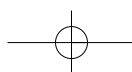
“Diecinueve. A los cuatro meses de conocerle me casé con él”. (E.A.7)

“No. No, me saca trece años, es trece años mayor que yo”. “Era amigo de mi padre”. (E.A.7)

“Y a los dos meses de conocerle me quedo embarazada de la primera hija”. (E.A.6)

Desde esta necesidad de huir, de salir del núcleo familiar en el que viven, no hay tiempo para la espera. No hace falta conocer en profundidad al futuro marido, no hace falta un período largo de noviazgo para sentir durante cierto tiempo la armonía y el bienestar con él. Tan solo con que sea un poco amable o cariñoso, tenga una profesión valorada en la sociedad, los amigos hablen bien de él, o simplemente haga un ofrecimiento serio de matrimonio, puede ser suficiente para contemplarle como futuro marido (incluso aunque ya desde el inicio les genere las mismas sensaciones de miedo y temor que les producía su propio padre).

“Ese hombre me daba miedo su mirada. Y se llama Santiago... igual que mi padre, mi padre se llama Santiago José y él se llama Santiago. Mi hijo se llama Santiago, también. Y nada, que luego creciendo ahí, creciendo, creciendo... y un buen día me escribe desde el cuartel, y digo, “Mira, me ha escrito, mamá” Yo hacía todo lo que mi madre me dijera. Y dice, “Bueno, toda carta tiene respuesta” Y digo, “Pero si yo no le voy a contestar, que es un hombre que es-





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

tá todo el día metido en líos, yo no quiero contestarle” Y nada, que cuando viene, viene a salir conmigo, a ser novio, y yo muerta de miedo. Tenía miedo, pero al mismo tiempo le quería, tenía necesidad de que me abrazaran, de que me besaran. Le quería, le quería, realmente le quería. Y un buen día me da un beso, y digo, “Ay, Dios mío, yo que le quería dejar ya no le puedo dejar, porque me ha besado” Mis padres detrás de mí pendientes de que no me besara y que no me abrazara, de que nada, todo el día vigilándome, vigilándome. Entonces él decide casarse; y digo, “Pero es muy pronto, no tenemos donde vivir, y tal” Nos casamos, nos fuimos a vivir lejos de ahí. Y mi padre y el de él sin llevarse. Tenía diecisiete años. . (E.A.7)

La salida de la casa paterna no es, por tanto, un proceso sosegado, meditado y planeado (con unas perspectivas económicas para poder hacerse cargo de los gastos de la casa, con una cierta estabilidad laboral, con un proyecto de futuro) sino una huida, un escape, un acto de supervivencia que se realiza desde la irreflexión y la prisa, sin apenas conocer al futuro marido (que se configura más en un “refugio”, un escape, que en el comienzo de un camino)

“Yo de por sí yo ya, bueno, en mi familia mi padre y mi padre ya... mi padre es maltratador físico. A mí me echaba a la calle, a mi madre la pegaba, siendo muy niña. De las últimas veces que me echó a la calle, pues conocí a esta persona. Y yo pensé que era una salida para no volver con mi padre, que es maltratador... me echaba a la calle, a mí, a ella la pegaba, y todas esas cosas. Y bueno, abusaba de mí también sexualmente... Yo vi a esta persona como una salida para no volver con mi padre. . (E.A.6)

Sí, porque en mi casa mi madre desde siempre me ha echado por el suelo. Bueno, mi madre me decía que cuando nacía, me dice, “Cuando naciste tú tenía que haber cerrado las piernas para ahogarte” Esas eran las palabras más bonitas de mi madre. Entonces, pues yo creo que fui buscando, como en mi casa no tenía nada, me fui buscando algo, un escape, y eso es lo que fue. Y yo creo que eso es lo

peor que hice, porque en mi casa estaba mal, pero después lo que viene... Y muy mal, con él muy mal, en todo momento.”

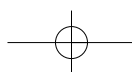
“Y claro, yo lo conocí en un bar, que fuimos a comer un bocadillo, que es lo que comíamos todo el día, un bocadillo, lo que ganaba ella, daba una pensión y un bocadillo. Yo ahí lo conocí. Invitándonos, y “Vente un día conmigo, vamos a tomar algo, te invito a comer para que comas bien” Y así poco a poco. Y claro, yo veía algo, “Joé, que bien, qué persona más agradable y tal” Y digo, “Pues ya está, así salgo de mi padre y no vuelvo con él, si viene a por mí no va a poder”. Pues nada, salió mal la cosa.

Bueno, tengo 21 años, y lo conocí, me lo presentaron dos amigos, y me dijeron que era maravilloso, era un enfermero maravilloso, que trabajaba mucho, y, bueno, me lo pusieron que era buenísimo. Yo no se como pasó, pero... ahora no lo haría, claro, ahora no me fío de nadie. Y nada, a los cuatro meses de conocerle me casé con él, porque me dijeron que era tan bueno, lo conocían mis amigos y era tan maravilloso, que dije, bueno, pues... pobre muchacho, vamos a ayudarlo. Y ese calvario duró dos años.

Yo es que no soy de aquí, yo me vine a Madrid con 16 años, le conocí a él, entonces yo aquí... relativamente (...) unas chiquitas del pueblo, me vine con ellas y eso, le conocí a él a la semana de estar aquí en Madrid, yo no conocía a otro hombre nada más que a él. Pero un hombre, pues ya le digo, (malo). Me casé con él, he llevado 38 años casada con él, aguantando carros y carretas, tengo dos hijos maravillosos (E.A.14)

“Mi padre se llevó una gran decepción de mí y de mi persona. Porque venía a estudiar a Madrid. Y entonces no quería saber mas nada de mí. Hasta que le conocí a él. Y todo muy bonito, porque nos acabábamos de conocer, todo era perfecto, entre comillas y tal. Se portaba muy bien conmigo y me quería mucho y tal”. (E.A.7)

Pero la “ilusión” duró, en estos casos, poco: nada más comenzar la convivencia, el compañero con el que decidieron emprender la huida genera una situación que para la mujer se manifiesta como similar o peor que la de refe-





rencia, de la que supuestamente provocó la huida.

Nada más casarme empezó así. Nada más casarnos fue insultos, empezar... A los mismos días de la boda (E.A.4)

"Y nada, a la semana me pegó, a la semana me pegó, empezó a hablar mal de mis padres, creía que me iba a volver loca (...) Empezó a hablar mal de mis padres, qué mal, que mal, yo no hacía más que llorar. Mis ojos no paraban de llorar, día y noche, creo que no paré de llorar en mucho tiempo. Luego yo me levantaba por las noches soñando. Soñando no, gritando. Yo era sonámbula. Ahí dejé de serlo, porque una buena noche me levanté y me pegó una bofetada... y nunca más volví a (...), a levantarme sonámbula ni nada. Y... Y luego empezó a marcharse y a dejarme sola en casa. Me había aislado completamente. Tardaba hora y media en llegar a casa de mis padres, yo aún no tenía carné. Se marchó y me dejó sola ahí. Decía, "Bueno, si me acabo de casar, ¿cómo se va a ir y dejarme sola?".(E.A.7)

Así, ante las primeras manifestaciones de violencia después de la boda, estas mujeres se sienten precozmente atrapadas. Sin madurez vital, sin preparación ni experiencia laboral; incluso, sin un núcleo familiar al que volver, puesto que, frecuentemente, el propio matrimonio conlleva con ese núcleo familiar un fuerte enfrentamiento. Y desde esta percepción de no tener escapatoria, seguir con el maltratador es la única vía.

No se trata, por tanto, de que no perciban la violencia a la que están sometidas y que no exista, como consecuencia, el deseo de escapar de la situación. Por el contrario, son mujeres que ante las primeras agresiones **han sentido el dolor y la decepción**, pero también **la impotencia**. El motivo, por tanto, por el que, a raíz del primer brote de violencia, estas mujeres siguen

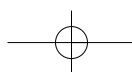
en esta situación no es tanto una interiorización de la violencia en las relaciones de amor entre hombre y mujer (por una creencia de que el amor y el maltrato pueden darse a la vez, de que aunque te peguen, te quieren), cuanto una interiorización de la incapacidad de poder salir adelante solas en el mundo laboral (y social), así como por una aceptación/resignación de que las relaciones entre los hombres y las mujeres se configuran alrededor del eje de la dominación y violencia por parte del hombre. De hecho, toda su experiencia vital, por lo menos en la forma en que la reconstruyen, les confirma la "naturalidad" de semejante situación.

"El mismo día de la boda ya empezó. Y ya empecé yo, "Madre mía, qué hago, me caso con una persona para quitarme de los malos tratos de mi padre y ahora me empieza otra vez" Digo, ¿qué hago? ¿qué hago? Me metí como una depresión fuerte, de decir, pues nada, será así la vida, será todo a base de malos tratos y malos tratos. Y quién sabe eso, claro, vivía de pequeñita una situación de eso, luego me caso, lo mismo, y digo, "Pues nada, tiene que ser así la vida, será que las mujeres somos para llevar los insultos y que nos peguen". (E.A.6)

... él me recogió en su casa, o sea, ya me hace sentir mal desde el principio de que... tus padres te han abandonado y te recojo yo en mi casa. Ya por él es que yo me aferré a eso, que me habían abandonado mis padres y no tenía a donde ir, ni conocía ningún tipo de ayuda... para mi toda la ayuda en ese momento era él, ya que yo creía, vamos. ". (E.A.7)

"Yo creo que es que ha sido mi destino" (E.A.14)

Esta forma de maltrato se presentó en la investigación fundamentalmente entre mujeres procedentes de familias de clases bajas rurales o urbanas, con débiles recursos económicos. No creemos que sea demasiado complicado verificar cuantitativamente una mayor





frecuencia de matrimonios tempranos en este segmento social, en el cual el **fracaso escolar** debe necesariamente de traducirse en una mayor anticipación en la adopción de ciertas decisiones vitales.

El dato que, en cualquier caso, resulta más expresivo y explicativo de la situación en la que acaban estas mujeres es **la falta de apoyos familiares resultante de la ruptura con la familia de referencia**. La tremenda dependencia hacia el hombre que se produce en esta situación parece favorecer, tanto la instalación de la violencia, como la imposibilidad de romper, a posteriori, con ella.

Es que de eso se ha valido de que yo jamás haya tenido a la familia cerca. Entonces, él sabía que yo estaba aquí sola. (E.A.3)

Ya por él es que yo me aferré a eso, que me habían abandonado mis padres y no tenía a donde ir, ni conocía ningún tipo de ayuda... para mi toda la ayuda en ese momento era él (E.A.7)

El hombre, nada más casarse, nada más comenzar la convivencia con su esposa o compañera muestra, de forma muchas veces aparentemente repentina, su carácter agresivo y violento. No suele haber, en la descripción que realizan estas mujeres al respecto, prácticamente un proceso de transición, de cambio paulatino en el carácter. De la noche a la mañana el marido, sobre el que se tenían puestas las expectativas de felicidad, pasa a ser alguien violento y atemorizante. Irrupción de violencia que coge desprevenida y sorprende a la mujer, confiada y deseosa de formar un hogar.

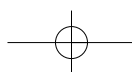
Es muy significativa, creemos, esta irrupción repentina de un cambio de actitud en el marido. Aquí el cambio se produce ante la modificación de una situación objetiva: antes eran **novios**, ahora son **esposos**; parecería como si el rol de marido llevara pareja la imposición de determinadas normas a la mujer que no eran eficientes en el estadio anterior.

2.1.2 La inmigración como una situación que puede acelerar la instalación del maltrato.

Aún cuando el maltrato en inmigrantes no fue inicialmente concebido como objeto directo de investigación, se nos introdujo en ésta por la puerta trasera de los contactos. A la profesional encargada de buscar las mujeres para entrevistar le salían tantos casos de mujeres inmigrantes recientemente maltratadas que hubo que decidir sobre el terreno si se incorporaban o no a la investigación. Se decidió, para no introducir un sesgo excesivo en el estudio, incorporar únicamente un caso, el de una mujer polaca (E.A.1).

Es evidente que con un solo caso no podemos decir demasiadas cosas generalizables al conjunto de los inmigrantes, pero sí quisiéramos transmitir dos impresiones surgidas de esa entrevista, que pueden servir como eventuales hipótesis a contrastar en estudios específicos sobre el maltrato en la inmigración.

- a) La primera impresión fue la de que no había aparentemente nada cua-





litativamente diferente en la conducta del maltratador inmigrante que en la típica que se observaba en el maltratador español. Y lo mismo podría decirse de la conducta (defensiva) por parte de la mujer. Las semejanzas culturales entre Polonia y España podrían explicar esa impresión, pero nos queda a pesar de ello, la impresión de una cierta, diríamos, **tras-culturalidad** del fenómeno de la violencia de pareja. Creemos que la consideración de una hipótesis semejante es obligada, al menos, para contrarrestar la aparentemente inmediata explicación desde el supuesto "subdesarrollo" de determinadas culturas¹⁵.

- b) No hemos observado diferencias cualitativas, pero sí cuantitativas. La impresión de que el maltrato puede instalarse **más aceleradamente** en situaciones de inmigración creemos que también puede esgrimirse como hipótesis factible. En la entrevista nos sorprendió, en concreto, el cambio radical del comportamiento de la pareja de la situación previa en Polonia (donde se había formalizado ya la relación de matrimonio, y cursaba de forma aparentemente común y satisfactoria) a la situación en la inmigración, en la cual se generalizó de forma rápida el comportamiento maltratador.

Era normal, cambió aquí en España, en España se hizo machista, en España. En Polonia era otro distinto, y yo me casé con otro hombre distinto, no me casé con machista, me casé con un hombre

que me ayudaba en todo, hasta a tender la ropa. Claro. (E.A.1)

Y en tres meses, en tres meses, cuando se me terminó el dinero, lo que traje de Polonia, él dejó de darme dinero, en tres meses. (E.A-1)

Dejó de darme dinero, para mí, para vivir. Dejó de darme, dejó de ser cariñoso, empezaron ya malos tratos psíquicos, en tres meses, en tres meses. Me separó totalmente de todo (...) idioma tampoco no conocía, así que tragedia para mí. (E.A.1)

La diferencia entre los dos contextos puede hacernos avanzar algo¹⁶ en la explicación del maltrato prematuro. En la inmigración la mujer está sola; es decir, desposeída de apoyos familiares o de amistad a los que acudir en busca de ayuda¹⁷. Una situación similar, como se ve, a la apuntada anteriormente de la mujer que ha huido de su familia de referencia por medio del matrimonio: una situación de **desvalimiento** funcional y emocional.

Del lado del hombre podemos intuir que la situación es también distinta para él. No es difícil suponer que la situación de la inmigración supone un contexto de mayor **impunidad**. Ni la propia familia, ni el círculo de amistades, ni otras instancias actúan controlando y sancionando su conducta. El maltratador no tiene que rendir cuentas a nadie, y esa situación de impunidad puede perfectamente acelerar el proceso de maltrato.

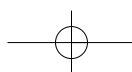
Si nuestra hipótesis fuese cierta, habría que considerar a las parejas inmigrantes¹⁸ como **de alto riesgo**, por lo menos

¹⁵ Semejantes interpretaciones suelen dar expresión racional a sentimientos xenófobos previos.

¹⁶ Al menos en el terreno de las hipótesis.

¹⁷ Habría que considerar el desconocimiento del idioma en los casos en que se da como un elemento añadido de vulnerabilidad, muy típico específicamente en la mujer inmigrante cuya actividad productiva se reduce a las labores del hogar.

¹⁸ Del mismo modo que las parejas "precozes".





en la instalación de las fórmulas más intensas de maltrato. Aunque todavía no hay demasiados estudios cuantitativos fiables que lo corroboren, sí que existe la impresión en medios sanitarios¹⁹, derivada de la experiencia concreta, de que se dan cierta mayor incidencia en tales colectivos las manifestaciones más escandalosas del maltrato.

“Se está viendo cada vez más, en inmigrantes, que es lo que más se ve. Es decir, en parejas de inmigrantes lo que más. Es decir, porque, bueno, vienen con una cultura, en principio, más baja que la nuestra. Pero que cada vez, es a lo que yo me refiero, cuando tú hablabas de las edades, porque lo que sí se ve, quizá está más oculto y más tapado en pacientes de más edad que en pacientes españolas. O sea, quiero decir, en parejas españolas jóvenes que se ve cada vez menos, salvo en nivel cultural bajo y ya en otro grupo muy grande, que es inmigrantes. Yo por lo menos es lo que estoy observando. (R.G.2 Medicina familiar. Hombres)

Y sí, efectivamente, a veces es fácil verlo en esa población inmigrante, que tiene otra serie de problemas y que se ven más a lo mejor, o son cosas más llamativas. Porque yo, así, directamente en mi trabajo, llamativo, llamativo, he visto en esa clase de población. Entonces, a la hora de hablar de violaciones, incluso, o de maltrato físico, eso se ve, es más fácil de detectar. Y en esa clase de mujeres o de población se suele dar más. (R.G.7. Matronas)

... hasta el lunes, pues... pues es que es normal que es que ahí en su país también se hace.

En esos países eso es normal.

Entonces, como se hace lo aceptan aquí como una cosa más... (R.G. 6. Enfermeras)

Y las mujeres maltratadas que nos suelen venir, pues, no suelen ser españolas pues no suelen tener

la nacionalidad española, sino que suelen ser inmigrantes. (R.G.11. Residentes urgencias)

Proponemos, en cualquier caso, una interpretación distinta de la común, que tiende a atribuir a la cultura previa²⁰, pretendidamente más “machista” que la nuestra²¹, la explicación del fenómeno. La explicación que proponemos va del lado de las circunstancias comunes de vida de la inmigración, en tanto que favorecedoras de la instalación prematura y acelerada del maltrato.

Cabe extender también a la **inmigración interna**²² la aparición de semejantes situaciones de vulnerabilidad, y de eso sí que tenemos más casos en la investigación, que también podrían calificarse como de maltrato prematuro.

2.2 La instalación paulatina de la violencia.

Se observa en las entrevistas otro tipo de evolución de la relación de maltrato, que, si bien suele llegar a un resultado similar al anteriormente descrito, la violencia en sus distintas manifestaciones, no se instala de forma generalizada en los momentos iniciales de la convivencia sino después de un período de convivencia más o menos largo.

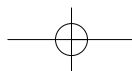
O sea, estuvo normal los tres años o cuatro primeros y luego ya nunca más estuvo normal. Al revés, iba a más, más... a peor, peor, peor... O sea, una detrás de otra. O sea, con saña ¿me entiendes? Porque hay gente que te hace daño pero es que no

¹⁹ Especialmente en Atención Primaria y en las urgencias hospitalarias. Semejante dato ha sido extraído de la parte cualitativa del estudio destinada a los profesionales sanitarios.

²⁰ Indefectiblemente tildada de subdesarrollada, explícita o implícitamente.

²¹ Por nuestra parte creemos que todas las culturas, aún las más androcéntricas, tienen arbitrados controles, normas y sanciones a la violencia del hombre contra la mujer en la pareja; la situación de inmigración, en la medida en que los hace ineficaces, favorecería, por tanto, su instalación. Es más, posiblemente nuestra cultura occidental, desde ciertos puntos de vista, favorezca más que otras la situación de impunidad del maltratador, ya que, habiendo entrado hace tiempo en crisis la familia extensa, la mujer queda mucho más desprotegida en el terreno informal ante el abuso del varón.

²² La de ciudadanos españoles dentro del territorio nacional.





se da cuenta. Pero él no. El buscaba formas y encima las decía, para que tú te enteraras, que estaba haciendo esto para hacerte daño. (E.A.2)

Esta forma de maltrato, que cabría calificar como “estratégica”, se produce en situaciones de matrimonio más habituales y normativas. No se da por parte de la mujer ni una crisis previa con la familia de referencia ni, por tanto, una ruptura explícita con ella; tampoco se da el tipo de situación de vulnerabilidad característico de la inmigración. La mujer, por tanto, cuenta previamente con un círculo social más o menos amplio (familiar y amistoso) y/o con un oficio remunerado que le posibilita la independencia.

La situación de respaldo en la que se encuentra la mujer impide al maltratador ejercer una **violencia generalizada** de un modo inmediato. Se daría, por tanto, como una suerte de desenvolvimiento táctico, cuyo objeto directo sería el dejar a la mujer en la posición **más vulnerable posible** para poder ejercer sobre ella el maltrato.

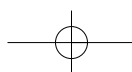
Este desenvolvimiento táctico es bastante típico; es decir, se repite más o menos de la misma forma en la mayoría de las entrevistas. Se nos plantea, en cualquier caso, un problema teórico a la hora de calificar esos comportamientos. Desde cierto punto de vista, tales comportamientos se nos aparecen como **medios** para conseguir un fin (el maltrato); desde otro punto de vista, sin embargo, tales medios se nos presentan como el fin, como el maltra-

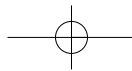
to mismo, puesto que en sí mismos generan escándalo en quien los observa, y tienden a ser reinterpretados por la mujer como agresiones²³.

Creemos que es imposible aprehender el fenómeno del maltrato si no se integra esta paradoja de que el fin es el medio y el medio es el fin. El carácter devastador que para la mujer tiene la conducta del maltratador puede tener que ver también con la dificultad para entender su correcta significación. Si el maltratador, por ejemplo, acusa de infidelidad a la mujer le parecería a ésta como si tras la acusación hubiese una implícita demanda de amor; la interpretación correcta, la de que tras esa acusación no hay otro sentido que la humillación tácita, que el mero insulto, es muy difícil de incorporar. **Lo que es imposible de incorporar es la maldad pura, inmotivada**; con lo cual la mujer, negándose a aceptar esa hipótesis, va con sus falsas interpretaciones internándose en una tela de araña en la cual cada vez resulta ser más vulnerable. Siguiendo el ejemplo, decidirá, pongamos por caso, romper con sus amigos varones para no excitar los celos del marido, pero esa situación de pérdida de amistades lo que provocará a la larga es una mayor dependencia emocional con su pareja y, por tanto, una mayor vulnerabilidad frente a eventuales agresiones, que por ello pueden ser cada vez más intensas, o más demolidoras.

El resultado práctico es, por tanto, no sólo de aumento de la violencia por

²³ Cuando, como dijimos, la separación se consuma; antes es difícil que se de una reinterpretación clara en estos términos.





parte del maltratador, sino también un mayor desvalimiento de la víctima. Ambos procesos, podría decirse, se refuerzan mutuamente: el maltratador agrade más porque puede, porque ve a la víctima más frágil: la mujer, por otro lado, tiende a aumentar su vulnerabilidad como respuesta defensiva a la agresión del maltratador.

En el presente capítulo vamos a abordar el tema desde el lado de la conducta del maltratador; en el siguiente lo abordaremos desde el lado de la conducta de la víctima. Es importante que tengamos en cuenta, en cualquier caso, que esta separación es puramente analítica.

2.2.1 El trabajo del maltratador con el círculo de relaciones de la mujer.

Conseguir que la mujer vaya abandonando sus círculos de pertenencia es un paso habitual en la estrategia del maltratador que se enfrenta a una mujer con cierto respaldo. El hombre, más o menos conscientemente, va trabajando poco a poco en la consecución de su objetivo. Mantiene la confianza de su pareja hasta haber conseguido eliminar completamente los lazos familiares y de amistad cercanos en los que ella se pudiera apoyar.

Me ha hecho daño. Porque si tú tienes un apoyo detrás, que dices, "Mira, haz lo que hazas tira para adelante que aquí estamos" A lo mejor yo hubiera reaccionado de otra manera. Me hubiera sentido, por lo menos, de alguna manera protegida. (E.A.5)

Porque, claro, yo empecé... que... que primero me quitó la autoestima y me quedé sin familia, me quedé sin amigos... y cuando ya me di cuenta que ya

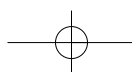
estaba solamente con él, pues, ya empecé... Claro, mi gente no me dejó, yo les dejé a ellos (E.A.8)

Respaldado por el "amor" y el compromiso de convivencia que ambos voluntariamente han aceptado, el maltratador va manifestando sus opiniones, preferencias y gustos sobre el círculo afectivo que rodea a la mujer: "esa amiga no es tan amiga", "ese amigo lo que está es enamorado de ti", "tu familia nos tiene envidia", "tus padres pasan demasiado tiempo con nuestra hija", etc. Se trata, como se ve, de descalificaciones que, por lo general, tienen como objeto hacer dudar a la mujer de la autenticidad del vínculo afectivo que les liga; abrirle los ojos acerca de la verdadera intención de ciertos familiares o de ciertos amigos para con ella, o para con la familia.

"Y nada, a la semana me pegó, a la semana me pegó, empezó a hablar mal de mis padres, creía que me iba a volver loca (...) Empezó a hablar mal de mis padres, qué mal, que mal, yo no hacía más que llorar. Mis ojos no paraban de llorar, día y noche, creo que no paré de llorar en mucho tiempo. (E.A.9)

Bueno, pues, entonces, se querían llevar todos los fines de semana a la niña "Tienen envidia de la niña. Porque patatín... No se la vuelvas a dejar..." Empezó ahí ya... Y yo ya, pues, perdí el contacto con mis hermanos, con esos hermanos, porque no podían ni hablar con la niña ni verla ni... No me dejaba él. (E.A.8)

Si bien podemos atribuir a tales descalificaciones un carácter **táctico**, es evidente que son **ya desde el principio** maltrato. La descalificación del amigo y, sobre todo, del familiar son, sin lugar a dudas, descalificaciones personales a la mujer. Por seguir la terminología que vamos proponiendo, estamos ante un **insulto**, que la mujer necesariamente





debe de **vivir** –aunque no necesariamente interpretar- como tal.

El respeto debido a los familiares del o de la cónyuge es, como sabe cualquier pareja “normal”, clave para el equilibrio de las relaciones maritales; ciertamente, uno no se casa con los familiares de su consorte, ni tiene por qué pasar la línea divisoria del trato formal y correcto, pero lo que resulta inaceptable es entrar en el terreno de las descalificaciones, porque entonces es la propia consorte la que directamente se siente humillada²⁴.

Él una de las cosas que me ha hecho mucho daño también en la relación de pareja era que él cada vez fuera aceptando peor a mi familia, y hubiera tenido enfrentamientos hasta con mis padres. A mí eso me duele, que a todos nos gusta que la pareja se lleve bien con... (E.A.5)

Pasar del dicho al hecho es relativamente fácil. La manifestación directa de hostilidad hacia esos familiares o amigos por medio de discusiones y enfrentamientos se instala con facilidad, y los altercados se van haciendo paulatinamente cada vez más habituales.

Sabes, que a mi familia, hombre, él se ponía borde. Y claro, yo tenía que haber sacado la cara por ellos. Pero sacar la cara por ellos suponía salir con ellos... (E.A.2)

Fácilmente el maltratador pasa de la opinión a la exigencia, y puede llegar a imponer a su mujer que no vaya más

con su familia porque le miran mal a él, o que no vaya con su amiga porque es una influencia poco recomendable, etc.; tales imposiciones pueden ir acompañadas de manifestaciones de enfado. La mujer, en los primeros momentos de la relación, sí que puede tener una vivencia de imposición por parte de él, pero tiende a disculparle por su carácter acusadamente celoso y posesivo.

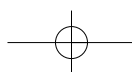
¿El maltrato psicológico? Ah, pues, empezaba... Empezó primero porque tenía mi familia..., aparte de mis hermanos, tenían envidia de mi niña porque ellos no pueden tener hijos, Bueno, una hermana mía y... Dos hermanas mías quieren tener hijos y no pueden... por parte de... Mis cuñados no pueden. Bueno, pues, entonces, se querían llevar todos los fines de semana a la niña “Tienen envidia de la niña. Porque patatín... No se la vuelvas a dejar...” Empezó ahí ya... Y yo ya, pues, perdí el contacto con mis hermanos, con esos hermanos, porque no podían ni hablar con la niña ni verla ni... No me dejaba él. (E.A.2)

“Luego la niña tenía pasión por ir a la casa de mis padres, al pueblo. Imposible. “La niña no va al pueblo jamás”. (...) Pero yo me quedé sin amigos, me quedé sin familia y casi sin hija”. (E.A.2)

Es bastante evidente que la frecuencia e intensidad de tales actos de descalificación y de imposición están en función de las resistencias de la mujer a acceder a un deseo, que es ya claramente evidente para ella: **que rompa con sus relaciones familiares y/o de amistad**. Puede, y aparenta ser relativamente usual, que se resista²⁵, pero su

²⁴ Esta reflexión nos remite por asociación fácilmente al tópico cultural de la **suegra**, tan reiterado en numerosos chistes que forman parte de nuestra educación sentimental. Podría decirse que con tales chistes “aprendemos”, particularmente los varones –porque esa suegra es siempre la madre de la mujer-, la conducta que estamos definiendo: transgredir los límites del respeto debido a nuestra pareja femenina mediante la falta de respeto a sus ascendientes. No es un mero ejercicio retórico lo que pretendemos realizar con esta comparación: es posible identificar en los chistes tradicionales sobre la mujer –no sólo los relativos a la suegra- **la programación misma de la conducta maltratadora**. El chiste como mensaje subliminal de la cultura patriarcal. Ya tendremos ocasión de volver al tema.

²⁵ De hecho, observamos casos en que, después de muchos años, la ruptura aún no se ha verificado por completo. Sí que se observa en casi todos los casos cierta auto-restricción en la mujer: no ve a sus familiares todas las veces que quisiera, pero sí que aparecen momentos en que, aún considerando el riesgo adosado, es obligado verlos (por ejemplo, una enfermedad). También se observa en todos los casos que el maltratador no cesa nunca en su empeño de separar a la mujer de sus familiares.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

resistencia incrementa inevitablemente la violencia del maltratador. Ante la alarma que le produce las cada vez más preocupantes salidas de tono del marido, lo más normal es que opte, para salvar la relación, por acceder a sus deseos²⁶.

Pues yo salía con mis compañeros de cosas y no... y no me dejaba y tenía que pedirle permiso. Y estaba con el móvil cada dos por tres... "¿Dónde estás? ¿A qué hora vas a venir? No bebas..." Y yo bebo. O sea, porque a mí me gusta beber y por qué no voy a beber. Y cuando llegaba a casa... ¡bronca! Empezaron por broncas y acabaron por palizas. Entonces dejé de salir por la noche porque, claro, digo: "si me va a pegar una paliza cada vez que salga, pues, no salgo..." Y quedé en casa. Ya del trabajo a casa y de casa al trabajo. (E.A.8)

Ese "plegarse a la voluntad del marido" tendrá a la larga sus consecuencias. La más preocupante de todas ellas, como ya se ha insinuado, es el aislamiento, que en cierto modo es también un auto-aislamiento por parte de la mujer. Siendo que la mayoría de estas acciones tienen su origen aparente en una actitud celosa, la conducta adaptativa de la mujer se materializa en muchos casos en romper con cualquier tipo de relación previa, sin que necesariamente medie en tal decisión alguna "orden" expresa del marido. Es difícil imaginar una auto-anulación más profunda y radical que esta ruptura con las personas más significativas de la propia vida. El resultado, por tanto, es la profundización en el aislamiento y en la pérdida de referentes que en un momento determinado pudieran servir de auxilio para romper con la situación.

"No, no, si yo digo, bueno, vienen porque yo lo digo, porque son mis primos o mi hermano, o es mi amigo, y ya está. Y luego claro, tenía muchos problemas con él, con lo cuál ¿qué hacía yo? Pues lo mismo que él, echarlos." Es que hacía esas cosas. O sea, yo dejé de hablar con mis amigos, yo eché de mi casa a mi familia... a mis amigos, a mis primos, gente que ha estado conmigo, que yo los quiero, para no tener problemas con él. ." (E.A.13)

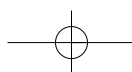
¿Cómo hacía eso? Pues, por ejemplo, con los amigos o familia incluso llegó a decir como que yo me enrollaba con algún amigo mío. Claro, yo ante eso yo ya no recibía visitas ni nada, por evitar... Porque... y son gente, amigos míos de hace un montón de tiempo, que forman parte de mi vida y de mi todo... (E.A.2)

No quería, ¡Cómo iba a hacer eso! Los había repudiado totalmente. (E.A.2)

La mujer, en aras de crear y sostener una familia, va, por tanto, desvinculándose paulatinamente de sus anteriores amistades y referencias, quedando, sin percatarse, en una situación altamente vulnerable frente a la violencia del hombre que, conseguida la pérdida de referencias afectivas externas de la mujer, está a punto de elevar su listón.

Es obligado preguntarse acerca de la "función" que cumple en el proceso del maltrato este aislamiento de las relaciones. Ciertamente, cabe interpretar la actitud del hombre como una actitud "celosa": quiere a la mujer sólo para sí, no quiere compartirla con otros. La mujer puede llegar a interpretarlo de ésta manera, y sentirse en cierto modo halagada por sus pretensiones ocultas; quizá sea esa la razón de que el maltratador consiga tan fácilmente sus objetivos al respecto. Pero, como en el

²⁶ Es normal y racional que la relación actual **pueda** sobre la relación anterior (la relación familiar), dado que lo que está en juego es el presente –y el futuro– y no el pasado. Demasiadas veces se tilda el comportamiento de la víctima de maltrato de irracional; pero la realidad es justo la contraria: precisamente porque actúa racionalmente termina atrapada en las redes que le tiende el maltratador.





caso de los celos propiamente sexuales, que se apuntarán posteriormente, creemos que es un error disculpar al maltratador por esta vía. De hecho, aparece en la investigación algún caso en que la conducta del hombre es, al menos aparentemente, justo la contraria: mantiene una excelente relación con la familia de la mujer, cosa que no sucede, precisamente, en el caso de ella. Es decir, la estrategia del maltratador se concentra en utilizar a la familia política **contra su propia mujer**, manejando hábilmente los hilos de los conflictos previos.

La afirmación común de que el maltratador suele aparentar ser con todos menos con su mujer una bellísima persona no deja de incidir en la misma idea. El aislamiento de la mujer se produce únicamente en aquellas figuras que pudieran llegar a ser un apoyo para ésta. En caso contrario no es necesario forzar la ruptura, máxime cuando se pueden utilizar dichas relaciones para los propios fines y si se tiene habilidad para hacerlo.

El objeto, en cualquier caso, de la estrategia es relativamente nítido, aislar a la mujer de cualquier entorno que le pueda prestar seguridad y apoyo. Debe quedar claro que no siempre y en todos los casos la mujer maltratada es una mujer absolutamente aislada. El maltratador puede perfectamente "permitir" determinadas relaciones, siempre y cuando no considere que entrañan para él ningún riesgo²⁷, o si puede

incluso utilizarlas como aliados en su estrategia contra la mujer.

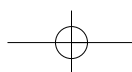
- Es muy típico, por ejemplo, que la familia de referencia de la mujer actúe atemperando los conflictos de la pareja sugiriendo a aquella que aguante. Es obvio que este tipo de familia le conviene al maltratador. Las mujeres maltratadas mayores del estudio suelen relatarnos relaciones semejantes con sus familias de referencia. Eran otros tiempos, y lo normal era poner por encima la estabilidad de la familia sobre cualquier otra consideración. Las mujeres maltratadas más jóvenes posiblemente se vean con más probabilidad aisladas de su familia de referencia por la razón de que han cambiado mucho los valores desde entonces, y por la razón de que ciertos comportamientos del hombre hacia la mujer ya no son tan claramente tolerados.

Mira, yo se lo contaba a mi hermana. Mis hijos lo veían pero entonces no tenía... no tenía fe en contar las cosas porque parecía que era... ¡Yo qué sé! Mi hermana lo veía, porque mi hermana lo veía, pero como a ella también le había pasado con el marido, también le había pasado con el marido, me decía: "¡y qué vas a hacer, por tus hijos aguanta!" Por tus hijos aguanta. Y ahora ella ya no lo ve así. (E.A.14)

- Lo mismo podría decirse al respecto de la permanencia de ciertas "amigas". Mientras que éstas sean sólo meras confidentes, y no elementos "subversivos", no hay razón para forzar la separación²⁸. Al respecto posiblemente también la permisividad del

²⁷ El riesgo, efectivamente, es que tales relaciones actúen contra él, contra el tipo de espiral de maltrato en que quiere introducir a la mujer.

²⁸ A no ser que la relación interfiera también en otros aspectos que molesten al maltratador, como pueda ser la dedicación de la mujer a su cuidado.





maltratador disminuya conforme disminuye su edad y la de la víctima, por las mismas razones apuntadas anteriormente²⁹.

“Si, yo se lo contaba a mis amigas.

¿Y que te decían?

Pues nada, que aguantara, que aguantara por mis hijos. (E.A.15)

2.2.2 El recurso a los celos sexuales.

Es una táctica, como se sabe, típica del maltratador el recurrir a los celos sexuales como motivo para forzar a la mujer al aislamiento en sus relaciones. Como en el resto de los casos, es imposible distinguir si estamos ante una agresión pura³⁰, o ante un medio para facilitar otras agresiones. En cualquier caso, el efecto, como se verá, será el de un aislamiento más profundo: la mujer no podrá ya salir sola a la calle, no tendrá ningún resto de independencia fuera de su estancia dentro del hogar.

El motivo explícito aducido frecuentemente por el maltratador para sus manifestaciones de enfado tiene que ver **con la atribución a la mujer de una actitud indecente o provocadora ha-**

cia otros hombres. El motivo aparente, por tanto, es con gran frecuencia **los celos.**

“Pues nada, el primer día de la boda yo digo, “Voy a comprar algo para comer” Y él desde la terraza mirando. Y claro, yo iba a lo mío, a comprar a una panadería que había justo ahí en la esquina, que se veía desde la terraza, y cuando subo, “¿Ves como eres una puta?, mira cómo has provocado a ese” Y digo, “¿A quién?, si yo no he provocado a nadie”. “Sí, mira cómo te ha mirado, seguro que has sito tú para que te mire” “Pues nada, no he hecho nada, he ido a comprar un poco de pan y fiambre para que comamos algo” Y, catapún, el guantazo, y digo, vale... (E.A.6)

Celos “imaginarios”³¹, por tanto, pero, al fin y al cabo, celos. La atribución al maltratador de un comportamiento “patológico” al respecto de los celos nos daría, por tanto, fácilmente, una pauta explicativa: la causa no son los celos, pero sí una personalidad “enferma” propensa a imaginar infidelidades por todas partes.

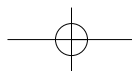
Esta “explicación tranquilizadora”³², creemos que pasa por alto lo que tienen estas acciones de, cabría decir, “efecto retórico”. Es evidente que el llamar, como es tan frecuente en estos casos, “puta” a la pareja conlleva el intento de humillar y el efecto práctico de la humillación. La “celopatía” podría tener otras muchas manifestaciones, pero

²⁹ Esta diferencia entre jóvenes y mayores es interesante, por cuanto que ofrece una posible explicación a la agudización de la violencia que se constata en el actual momento histórico. El acoso social a la violencia de género puede estar indirectamente agudizando y sacando de quicio determinadas situaciones de violencia, que adquirirían un cierto equilibrio inestable en otras circunstancias sociales y de opinión más permisivas. Naturalmente, este razonamiento no pretende justificar nada, ni indicar el carácter contraproducente del acoso actual a la violencia de género; puede que ahora las agresiones lleguen a ser más intensas, pero posiblemente se consiga que sean menos extensas.

³⁰ Puesto que la mera sospecha de infidelidad es ya normalmente para la mujer un insulto.

³¹ Retomando el tema suspendido del chiste de género, la cuestión abordada de la infidelidad no deja de recordarnos ciertos chistes que gustan de sugerir una propensión especial de la mujer a la infidelidad y a la promiscuidad sexual, que, obviamente, está totalmente divorciada de la conducta típica real. Una manifestación moderna de semejante tipo de chistes está en una conocida canción de Sabina; nos referimos a desafortunada y tristemente famosa estrofa “La más señora de todas las putas, la más puta de todas las señoras”. En el programa de educación sentimental de los varones está, como se ve, y como no es difícil reconocer, el dudar por norma de la fidelidad de la mujer; un componente, como vemos típico y claro del maltrato.

³² Tranquilizadora por cuanto que deja del lado de la anormalidad psicológica el asunto de la violencia de género. Quienes somos “normales” no tenemos, por tanto, que sentirnos en ningún modo implicados.





tiene precisamente ésta. Y no es difícil deducir que quien escoge este camino es porque tenía previamente la intención más o menos consciente de humillar, y que los celos, lejos de ser la causa, son nada más que la **coartada** esgrimida para realizar el acto de la humillación.

O sea, me ha hecho una cantidad de humillaciones que no se, yo me doy asco a mí misma por haber soportado eso. O sea, de decirme que no venía de trabajar, que venía de follar. Yo voy a hablar como él hablaba. Que estaba, que estaba con unos, que estaba con otros, o sea, de venir yo de trabajar y revisarme manualmente mis partes para saber de donde venía, pues si venía de esta forma o la otra. Que es que yo eso ni en mi vida se me ha ocurrido, y eso no se le hace a una persona. Y yo he permitido eso. No lo he permitido, sino que, bueno, bueno, vale, para que te calles. Era igual, era igual, porque él buscaba conflicto. (E.A.2)

La pregunta pertinente, por tanto, es la de por qué estos hombres precisan tanto de humillar a “sus” mujeres.

La pregunta, planteada en estos términos, tiene el beneficio de situarnos en una perspectiva cultural del fenómeno de la violencia, y de permitir asociarlo a otras manifestaciones culturales con ciertas semejanzas con él. No es difícil encontrar en nuestra cultura, y en nuestra experiencia cotidiana, fenómenos intencionales de humillación a las mujeres. Ya hemos aludido anteriormente a los aparentemente inofensivos chistes masculinos sobre mujeres, ante los cuales no es necesario ser feminista para encontrar una intención clara de humillación y de ofensa extensiva a prácticamente toda la condición fe-

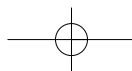
menina. El hecho de que semejante humillación produzca risa al representante del género masculino nos hace, por lo menos, pensar que otras formas más extremas de humillación del hombre sobre la mujer, como las que se observan en el maltrato, pudieran tener también un efecto gratificante de autoafirmación masculina del hombre que las realiza.

Con independencia de cómo califiquemos el hecho mismo de acusar a la mujer más o menos reiteradamente de infidelidad, es evidente que tales acciones producen otros efectos. La mujer tiene que aprender a vivir con un marido celoso y a desarrollar estrategias para conjurar sus, **siempre imprevisibles**³³, ataques de celos.

Y resulta que me caso con él y lo mismo, malos tratos, de palabra, insultos, de decir “tú no te mueves de casa, tú tienes que estar en casa, las mujeres en casa, porque sois unas putas” O sea, todo tipo de insultos, y en cuanto ve algo que no le gusta, a lo mejor solamente ir a comprar, y a lo mejor te miraba un hombre, pues ya en cuanto subía el bofetón. “Que le has provocado, ¿ves como eres una puta que tiene que estar en casa?” Y sin hacer nada, solamente ir a comprar, y a lo mejor te mira uno y ya está, eres tú el que le has provocado, y te llevas el bofetón. E ir controlándote paso a paso lo que haces. (E.A.4)

“De puta, de guarra... de que si yo tenía un querido... ya hasta un querido... Si se... Si llegaba a lo mejor hartita de trabajar... “¿Aquí ha estado alguien?” Pues yo le decía: “Pues como no sea el querido no sé quién va a estar aquí”. Y luego, pues, la verdad, luego era una persona que a la mañana que le decía algo: “bueno ¿tú por qué eres así?” Porque él estaba nada más que... él llegaba y era pues puta, guarra... Lo que le daba la gana. Y, claro, yo me callaba, me callaba pero ya hay veces que no te

³³ Retengamos este dato de la imprevisibilidad de las acciones violentas del maltratador, porque es muy importante, y será abordado posteriormente.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

puedes callar. No te puedes callar, tienes que saltar y es lo que quería. Es lo que quería.”(E.A.15)

Como se ve en estas citas, el compañero, celoso y dominante, pasa muy frecuentemente a convertirse en un controlador de las idas y venidas de la mujer: a dónde ha ido, con quién ha estado; comprueba la veracidad de su palabra, duda de ella, la persigue, llama a las personas con las que dice que ha estado para ver si es verdad lo que dijo... Una situación, efectivamente, de constante **acoso**.

No, no. no quería que yo saliera. Y decía que no era celoso, pero vamos, me miraba alguien y ya estaba metiéndose con esa persona. (E.A.7)

Lo natural es que la mujer intente evitar las situaciones que supuestamente puedan llegar a generar celos en su pareja. Pero, ante el acoso a que se ve sometida, no sólo debe plantearse abandonar a sus antiguas amistades, los celos sexuales la colocan ante la exigencia de perder prácticamente todo contacto con el mundo. Sólo encerrada en casa parecería que es posible evitar las sospechas; y muchas de estas mujeres, como se sabe, por activa o por pasiva³⁴, terminan prácticamente recluidas en la cárcel de su hogar. No es difícil imaginar el empobrecimiento vital y personal –y de salud- que se deduce de una situación semejante, especialmente cuando se extiende, como es habitual, largamente en el tiempo.

No tenía amigos, no salía nunca, o sea, las 24 horas del día solamente para ir a comprar a la calle, nada más. Bueno, y él encantado, como estaba todo el día en casa yo también, él encantado. (E.A.7)

Que no me dejaba salir, pues decía, porque era muy celoso. No me podía poner un escote porque me miraban, no podía ponerme una falda, no podía vestirme bien porque nada más podía vestir bien cuando él quería. Entonces decía, “a lo mejor tiene razón”: hombre, pues para no motivarle, no hacerle daño, pues nada, pues no me pondré ese vestido, cuando salga con él solamente me lo pongo, no se, me quedaré en casa esperando a que venga. Ir a trabajar y volver a casa; o sea, que si llegaba dos minutos más tarde es que no podía ser el tren, tenía que ser yo la que me paraba con alguien. Entonces pues yo decía, “Bueno, pues a lo mejor tiene razón el muchacho” Y... no se, como decía yo que la culpable era yo, que a lo mejor es verdad que yo era la culpable. (E.A.10)

El trabajo femenino es, como se sabe, un espacio y un tiempo típico para la sospecha de infidelidad. Muchos son los maltratadores que han conseguido que la mujer abandone su empleo o han impedido que puedan llegar a tenerlo utilizando la presión de los celos.

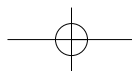
Y seguro que has estado con uno mientras yo estaba trabajando. Y claro. “Como eres una puta, yo ahí trabajando y tú poniéndome los cuernos” Y yo estaba en casa, sin salir por eso, por el miedo. (E.A.4)

Y es peor, cuando haces lo que ellos quieren es peor todavía, porque no se qué les pasa, que encolerizan más todavía. O sea, yo ya dejé de trabajar, sólo para que no dijera, no salía, por la calle no hablaba con nadie... (E.A.2)

Y estuve trabajando de noche, que soy auxiliar de enfermería, y trabajaba en una residencia de noche y no trabajaba en una residencia, a saber lo que hacía de noche. Se tenía que irme a dejar a la puerta y esperar a que entrara y preguntar si yo trabajaba. Era alucinante. Y aguanté nada, unos meses, fueron seis meses (E.A.10)

Ni que decir tiene que esta pérdida del empleo se traduce en un superior grado de **vulnerabilidad**. En última instan-

³⁴ Porque su pareja se lo exige o porque ellas mismas se imponen esa reclusión. Ciertamente, las dos cosas suceden a la vez. Las presiones del marido por que no haga determinadas cosas que le producen celos (salir a la calle, trabajar, etc.) son cada vez más frecuentes y cada vez más intensas; la resistencia de la mujer tiene un límite, que normalmente coincide, como ya dijimos, con su deseo de salvar la relación.





cia, la finalidad de toda la estrategia estaría clara, reducir (y recluir) a la mujer al rol tradicional de **ama de casa**, en tanto que rol profunda y esencialmente dependiente.

No, no me dejaba trabajar. En casa, la mujer en casa, como decía él. En casa, limpiar, planchar, hacer las cosas de una mujer en casa, decía él. Bueno, pues será así. Es que, es lo más lógico, tú lo ves así ya... (E.A.4)

Como se verá más tarde, no parece ser inusual que haya maltratadores que vivan literalmente del trabajo de su mujer. Esto nos frustra la aparente “explicación” que se deduce del dato anterior: que el maltratador sería un hombre tradicional, que asimila con dificultad el cambio en el rol de la mujer en tanto que incompatible con sus creencias o con su ideología. Realmente, iríamos mal encaminados si escogiéramos esa vía. El maltratador utiliza los argumentos del discurso de género conservador cuando le interesan y sólo en la medida en que le interesan. Si en su estrategia resulta ser más conveniente que la mujer trabaje, está claro que no se opondrá a ello, sino que más bien lo fomentará.

Primero, la situación económica con él, si yo tenía un sueldo medianamente decente, el de él casi nunca lo era, con lo cual, además su forma de vivir era muy por encima siempre de sus ingresos. ¿Qué ocurre? Que era por encima de sus ingresos, pero claro, contaba con los tuyos. El contar con los tuyos suponía que él se podía permitir una serie de lujos que por sus propios ingresos no hubiera podido. (E.A.5)

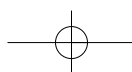
- Vivir de la mujer puede ser, en efecto, también una fórmula para humillar a la mujer. En la investigación observa-

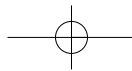
mos varios tipos de casos: el de la mujer que trabaja para mantener a un marido en paro, que no se aplica en buscar empleo y que, además, se desentiende completamente de las tareas domésticas; la de aquella que trabaja **sin sueldo** para el negocio del marido que, como era de esperar, tampoco se implica en las tareas domésticas; la de aquella que, ganando más que su marido, su trabajo queda preservado para permitir un nivel de gasto en el ocio de aquél, etc. En todos los casos se da objetivamente una situación de **explotación**, puesto que no se da ninguna fórmula de compensación o de equilibración. Creemos que tras la aparente “mentalidad conservadora” del maltratador que fuerza a la mujer a dedicarse a sus labores, se esconde también un intento de explotarla en alguna medida; habrá que ver, en cualquier caso, de qué tipo de explotación se trata.

2.2.3 La puesta en entredicho del “valor” de la mujer.

Parecería que el hombre hubiera conseguido ya lo que presumiblemente quería, tener a la mujer a su entera y completa disposición. Aislada de sus familiares, de sus amigos y del resto del mundo, no habría razones para que todo no sucediera en la más completa y feliz armonía. Pero con el maltratador siempre sucede lo contrario de lo que cabría esperar; conseguir lo que aparentemente quería³⁵ no produce su calma, sino todo lo contrario, cada vez se

³⁵ Está claro, como se va viendo, que la mujer siempre se equivoca en la intención del maltratador. Por ejemplo, no son los celos los que motivan su agresividad, sino el deseo de montar un numerito por celos lo que realmente le moviliza.





muestra más profundamente contrariado y, por tanto, más violento en sus manifestaciones. Además, una vez que aparece “cerrado” un tema aparecen otros que concitan su atención y su voluntad.

- Ciertamente, ningún tema de los descritos aparece nunca cerrado. Como la familia de la mujer siempre está ahí, en presencia o en potencia, los reproches y los insultos hacia ella se seguirán produciendo. Los celos también serán omnipresentes, porque siempre habrá momentos y oportunidades para sospecharlos, aún cuando la mujer esté permanentemente recluida³⁶.

*“Sí, sí, de nada, y vamos, venía a las tres o cuatro de la mañana y me faltaba el respeto, pegando portazos en la puerta, eh, borracho. Me despertaba, puta que no sé que, que de donde vienes a dónde has estado toda la noche y yo muchas veces se lo decía: pero perdona, ¡yo he estado en mi casa con mis hijos!, el que ha estado de putas eres tú y así una noche y otra noche y otra noche **“Todo el día un escándalo, todo el día una borrachera, todos los días lo mismo, que él se traía la jornada se lo gastaba en la máquina, se gastaba cincuenta, sesenta. Todo lo que pillara a la máquina y luego venía borracho a casa que si tonta, que sí, bueno, de palabrota y que algunas veces también se le iba la mano.”**(E.A.7)*

A partir de los primeros sucesos descritos, la agresividad se va instalando en forma de desvalorizaciones y reprobaciones. Semejantes desvalorizaciones y reprobaciones aparecen al principio ocasionalmente, y no de forma claramente “explícita”, sino mediante “indirectas” emitidas en situaciones concre-

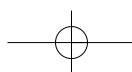
tas y determinadas en las que el hombre puede percibir una menor seguridad de la mujer: por ejemplo, una reunión donde ella ha dicho algo, un vestido que se ha puesto, una actitud concreta ante un problema...; **situaciones concretas y aisladas** en las que algún tipo de comentario desvalorizador, realizado sin aparente motivo, resulta más pertinente y con más posibilidades de ser recogido e incorporado por la mujer.

Del mismo modo, en esta etapa pueden aparecer también pequeños estallidos ocasionales de agresividad (arranques de mal humor, algún golpe amenazador en la mesa o con objetos). La mujer, enamorada y confiada todavía, perdona y disculpa los actos sin reprobarlos.

Pues bien, yo enamorada como nunca. Y más que con el primero, porque el primero era como más rutina, como más hermano, como más amigos, como más... Esto era enamoramiento de verdad, admiración. Otra cosa, que al final he descubierto que era sólo yo. El conmigo bien, me decía cosas... a lo mejor es que me decía lo que yo quería oír, que nunca había conocido una mujer como yo, que podíamos hablar, podíamos resolver los problemas... Si él por ejemplo hacía algo malo yo no le reprochaba. Hombre, le decía que eso no era lo que había que hacer, pero que como le apoyaba, para que no le volviera a suceder, o cosas de esas. Y estábamos estupendamente. Y ahí sí que no te puedo decir, cuando empezó este maremagno.” (E.A.13)

En la medida en que estas pequeñas acciones de descalificación y estos arranques repentinos de enfado no generan la imposición de límites por parte de la mujer, el maltratador, paulatinamente más seguro y confiado del poder

³⁶ Nuevamente, los chistes masculinos nos sirven para ilustrar el comportamiento del maltratador. Los consabidos chistes del “butanero” están ahí para indicar la obligatoriedad de la sospecha y la imposibilidad de la fidelidad femenina aún cuando ésta aparece recluida en el hogar.





que tiene sobre ella, tiende a repetirlos más frecuentemente y a intensificarlos.

Se va ampliando, además, extraordinariamente el campo de acciones o conductas sobre las que puede insultar, descalificar y humillar, que ya no tienen que ver solo con el supuesto comportamiento de los otros (familiares o amigos) o con la supuesta indecencia y actitud provocadora de la mujer, sino, prácticamente, con **todas las áreas de su personalidad y de su conducta**: cómo lleva la casa, cómo se desenvuelve en la vida, su carácter, su propio físico. Todo se encuentra en entredicho: inteligencia, su belleza, su pureza, su sexualidad, su carácter, su valor como persona, como ama de casa, como madre, como trabajadora...

Ante estas cosas, esos insultos, eso... dudas sobre mí. O sea, yo me sentía todo el día en el banquillo de los acusados, todo lo que hacía lo hacía mal. (E.A.2)

Bueno, estallidos de insultos tenía, pero el trato vejatorio, el trato de no respetarte, el trato de no tener ningún tipo de consideración hacia ti, hacia tu esfuerzo, hacia todo, era normal, eso era lo normal. Pero fue lo normal prácticamente desde el principio (E.A.5).

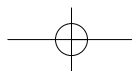
Entonces ese menosprecio hacia ti, hacia la labor tuya como persona, como madre, como mujer, como todo, o sea, no contaba para nada, yo era una mierda, un cero a la izquierda. ¿Qué ocurre?, que eso te va minando en el día a día, te insulta, te menosprecia, o sea que es que... es todo, un año, otro año, otro año. (E.A.5)

- Esta extensión de las humillaciones de la supuesta infidelidad al resto de facetas, funciones, ideales, etc. tradicionales de la feminidad prácticamente demuestra que los celos no son en realidad causa de nada de lo que en

esa pareja está sucediendo. La supuesta infidelidad aparece con tanta frecuencia simplemente porque es la forma más efectiva de humillar a la mujer, una forma de atacar, como se dice, "donde más duele".

- Pero también es importante hacer notar que las humillaciones se producen sobre una degradación previa de la feminidad, tal como el maltratador la entiende –que no es muy diferente, posiblemente, de la que puedan entender muchos hombres-. El decir a la propia mujer que "ni siquiera" sabe hacer el amor o hacer la comida o planchar o hacer la compra no sólo implica una asignación de determinadas obligaciones al sexo femenino, también implica su devaluación como tales actividades, de forma previa a la devaluación misma de la forma en que la mujer concreta las efectúa. El típico, e inevitable "ni siquiera", convierte la acción humillante en un mensaje realmente complejo, doblemente desvalorizador: "tú, como eres mujer, es decir, inferior, debes de realizar estas tareas; pero tú, además, eres todavía más inferior, puesto que no eres ni siquiera capaz de realizarlas adecuadamente".

Y yo creo que sí, que hay que intervenir mucho en el tema del respeto. Para mí el respeto es fundamental. No se trata solamente de que un señor te ponga una –señor o señora, me da igual–, que te pongan la mano encima. No, no es eso sólo. Es que nadie tiene derecho a faltarte al respeto, nadie tiene derecho a menospreciarte. Y menos una persona con la que vives. Sea quien sea el padre de tus hijos. Es, yo creo que es importantísimo el hacer comprender que es que somos muy importantes, y que a lo mejor ellos sin nosotras no son nadie. Al contrario de lo que a lo mejor ellos pretenden hacer. ¿Me entiendes lo que digo? No se si me lo sé expresar. (E.A.5)





- Es decir, se trata de una desvalorización personal realizada sobre otra desvalorización previa que ya no es personal, sino de género. Son todas las mujeres las que, en última instancia, están insultadas en el insulto del maltratador, no sólo su víctima inmediata. ¿Por qué? Parece que no existe otra respuesta que la de que disfruta con ello –un tipo de disfrute que en algo debe de asemejarse a aquél que aparecía implicado en los chistes de género.

Es tentador interpretar todos estos insultos como un acto de desamor, y como un deseo, por tanto, de desembarazarse de la pareja una vez que ha quedado disuelto el vínculo afectivo que generó la unión. Pero el maltratador es siempre el último que pone en cuestión la relación; es esa relación, así, de esa manera, la que le interesa.

Si se profundiza un poco, se aceptará fácilmente que **el reproche** ante una conducta real o imaginaria de la mujer es la base de prácticamente todos los episodios violentos. La mujer ha observado, o se supone que ha observado, una conducta **hacia él** contraria a la que esperaba o deseaba encontrar; la agresión se produce como un intento de reconducir por la fuerza el comportamiento a la norma que él mismo impone, pero que, en última instancia, se cree con todo el derecho a imponer porque entra dentro del estereotipo social de lo que una mujer casada debe hacer.

Está claro que la violencia en sí misma es reprochable, pero lo realmente significativo del tema no es tanto la violencia como tal, como el derecho que el

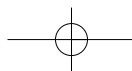
varón se arroga de imponer a la mujer un comportamiento, y de reprocharle su desajuste a él, como si careciera de autonomía para decidir por ella misma sus propios actos.

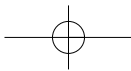
Parecería como si, por tanto, la intención del maltratador se resumiera en **intentar cambiar a la mujer**, trasformarla a la medida de su deseo, como si barajase un ideal que la mujer nunca le devuelve satisfactoriamente. Por lo menos, ese es el mensaje que cree recibir la mujer, un mensaje de profunda desvalorización, pero también de permanente **exigencia**. Tiene que hacer las cosas bien y se esfuerza por conseguirlo, porque en ello también se juega la viabilidad de la relación. Pero cada reproche le devuelve inevitablemente la sensación de no haber hecho las cosas adecuadamente, de **haber fracasado** en su intento permanentemente redoblado.

Permítasenos una reflexión al hilo del análisis, que se hace en este punto necesaria. Aparentemente ambos, hombre y mujer están persiguiendo sendos ideales, de los cuales la realidad de su pareja les ofrece una imagen empobrecida. Posiblemente advertiremos, no sin cierta frustración, que ciertos ideales son “normales”, entendiéndolo por tal su presencia habitual en la pareja, en cualquier pareja.

- Para que la relación entre hombre y mujer sea posible, tiene que darse en algún momento la aceptación de la persona real, la aceptación de que ésta no es un mero **objeto del deseo**, sino un sujeto con su propio deseo³⁷ y, lógicamente, con los defectos

³⁷ Quien es objeto de deseo (la mujer) parecería como si no tuviese capacidad deseante. Ya veremos más tarde esta cuestión cuando tratemos las relaciones sexuales en el seno del maltrato.





y las virtudes propias de cualquier sujeto.

- Siendo el objeto de deseo la mujer, ¿qué transformación tiene que realizar ella? Ante todo —y hay que admitir que eso es tremendamente difícil— construir el propio valor desde dentro, no desde fuera, desde lo que recibe como imagen propia desde su pareja masculina.

Interpretar lo que sucede en el seno de estas parejas donde se instala el maltrato en esta clave es sumamente tentador, porque empiezan a cobrar sentido comportamientos que hasta ahora no nos sugerían otro sentido que la pura y descarnada maldad.

Concebir al maltratador como un sujeto infantil e infantilizado, incapacitado para la frustración de sus deseos y para mantener relaciones reales con las personas es altamente coherente con los datos. La frecuente inmersión en las drogodependencias, la propensión acusada a la infidelidad conyugal, la sobre-protección de su ocio personal, etc. son elementos de comportamiento del maltratador que se nos repiten hasta la saciedad en las entrevistas.

- ¿Estaríamos, por tanto, ante sujetos psicológicamente enfermos, a los que se podría, como consecuencia, “disculpar” o, en cualquier caso, “absolver” de su violencia? Depende, efectivamente, del lugar en que nos coloquemos. Los rasgos que hemos entresacado para construir al tipo pue-

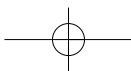
den ser los de un enfermo, pero también podrían ser los de un **arquetipo cultural**: el del “varón no domado”³⁸, reiteradamente confirmado como modelo en la educación sentimental del hombre. Puede parecer un hombre enfermo, pero también puede parecer el más normal de los hombres, aquél que se ha propuesto como alternativa vital el no sucumbir a la consabida “muerte en vida” del matrimonio: permanentemente vitales, permanentemente adolescentes.

- Más que con la idea de enfermedad, quedémonos más bien con la idea de inmadurez, de narcisismo extremo, de dificultad para funcionar en el terreno del compromiso con otras personas, especialmente si son del sexo femenino.

Del mismo modo, podríamos concebir a la maltratada como una mujer atrapada también en una suerte de **infantilismo femenino**, aquél que consiste en hacer descansar el juicio del propio valor personal en el éxito o en el fracaso de una (única y exclusiva) relación marital. Aún cuando estemos en un terreno más normalizado, menos éticamente cuestionado, no podemos dejar de percibir como infantil la pretensión omnipotente de colmar el deseo del varón, de proponerse como el ideal que pueda llegar a colmarlo.

*Pero es así, así es como debe de ser, es así como debe de ser. Que si no se encuentran igual que él, no funciona. **Que no te hace falta nadie para ser tú misma, eres tú.** (E.A.5)*

³⁸ Una versión moderna del tradicional Don Juan.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

El cruce y el desencuentro entre ambos infantilismos³⁹ pueden, efectivamente, desencadenar el tipo de situaciones penosas que estamos considerando. Esta es, por lo menos, la hipótesis explicativa que proponemos considerar; hace falta ver si los datos se amoldan a ella. Pongamos, por tanto, ambos ideales en relación, y veamos en abstracto cómo se comportan:

- a) El ideal masculino fácilmente se desacopla de su objeto real; la mujer real, de la que uno se ha enamorado y con la cual se ha casado, prontamente no resulta ser más que una versión degradada del ideal, y ello provoca frustración, que se canaliza en forma de **agresividad**⁴⁰.
- b) Vemos, por tanto, ya una razón primaria para que se desencadene la agresividad del varón: **la evidencia de que la mujer no es lo que el deseo quiso que fuera**, y la frustración concomitante. Como la mujer real no puede nunca corresponderse al ideal, empiezan inmediatamente a molestar cosas de ella, de su físico, de su modo de ser.
- c) La implícita o explícita descalificación del modo de ser es fácilmente recibida por la mujer, que se esfuerza por subsanar lo que se le representa a sí misma, desde su ideal, como un “defecto” propio. Puede,

por ejemplo, redoblar sus prácticas cosméticas, en un intento, normalmente vano, de alcanzar el ideal corporal que se supone que el otro considera.

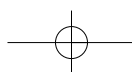
- d) Esta receptividad de la mujer a las primeras descalificaciones se convierte en un aliciente para que el varón las realice cada vez con más frecuencia e intensidad. Al fin y al cabo, ella le ha dado **licencia** para hacerlo; no ha puesto el respeto propio por delante. Pero ya en el ideal estaba, como vimos, programada esa conducta, su deber –y su felicidad- como mujer se juegan en acoplarse al deseo del varón, en convertirse en su objeto de deseo⁴¹.
- e) Como la mujer lo hace todo por amor, parecería que no tuviera ninguna responsabilidad en lo que ocurre. Pero lo cierto es que el problema está ahí, en hacerlo todo por amor, y en la negación (propia) asociada al concepto de amor que se baraja. De hecho, es muy típica, en la mujer maltratada que ha roto con la relación, la conciencia de que ha sido ella la que ha ido dando pie al maltratador para su escalada de reproches.

Y puede a lo mejor que no se pueda explicar. O a lo mejor he sido yo, que no he sabido reaccionar. O a lo mejor he sido yo, porque, además, lo peor de todo es que hay momentos en que te sientes hasta culpable (E.A.5)

³⁹ Que no por ser infantilismos dejan de ser normales, habituales y arquetípicos.

⁴⁰ Esta frustración y esta agresividad, como saben muy bien los psicólogos, se producen probablemente siempre en el varón en los primeros estadios de la relación conyugal; el devenir de la relación depende de la reelaboración que el varón haga de ellas.

⁴¹ Muchas veces intentamos explicar cosas relacionadas con la discriminación de la mujer exclusivamente desde el rol, sin percatarnos de que el rol tiene su sustento en estratos más profundos de la personalidad. Podemos, por tanto, pensar que actuando exclusivamente sobre el rol podemos cambiar las cosas; vemos, sin embargo –el tema de la doble jornada es muy expresivo de ello-, insiste en reproducirse aunque el rol de ama de casa aparezca ideológicamente deslegitimado.





- f) Podríamos decir que el varón maltratador ejecuta el programa previsto en el ideal femenino. Realmente, lo que hace es intentar **ajustar** a la mujer a su ideal; por ello el acto de maltrato por excelencia es el **reproche**⁴².
- g) Quien reprocha es quien tiene una norma que imponer⁴³. El varón es el que impone las normas y la mujer la que debe de ajustarse a ellas. Pero las normas del varón son las de su propio deseo, las de su propio **capricho**, porque así estaba previsto en el deseo de la mujer. El varón hace lo que la mujer le dice que haga, decirle lo que debe de hacer para ser amada.
- h) Efectivamente, el maltratador le devuelve a la mujer **como deber** su propio capricho, **porque entiende que eso es el amor**. Él busca, efectivamente, también el amor; por eso no quiere romper con su mujer, que realmente le satisface desde ese punto de vista. Por mucho que nos escandalice, debemos considerar la idea de que el maltratador hace lo que hace por algún tipo, evidentemente perverso, de amor; si no es desde ese punto de vista no podríamos entender por qué se defiende con tanta fuerza de la separación, hasta el punto incluso de poder matar para que ésta no se consume⁴⁴.

En efecto, la mujer se encuentra, sin apenas darse cuenta, en una relación en que todo son **órdenes** unilaterales, que ella debe de obedecer. Ha llegado hasta ahí, como dijimos, **transigiendo**, aceptando caprichos y, al aceptar, dando legitimidad a esos caprichos. Pero el problema es que llega a una situación en la cual lo que ella sienta, lo que ella desee tiene muy poco valor, el único ser deseante de la casa es el marido.

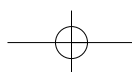
Esa unilateralidad del deseo se manifiesta de forma cruda, pero altamente expresiva, en las **relaciones sexuales**. La conocida, desde otros estudios, presencia bastante habitual de violaciones en estas parejas debe de ser entendida en este contexto. Habría, en cualquier caso, que extender el concepto de violación también a la relación sexual no deseada pero sí consentida. Este tipo de violación, esta relación sexual en la cual sólo hay un deseo es tan habitual que incluso la mujer puede actuar con la conciencia de que se trata de una relación normal.

Sí, y sabía que salía con otras mujeres. Sospechaba que sale, no he visto nunca, pero estaba sospechando, porque conmigo no quiso hacer el amor, conmigo quiso hacer el amor cuando yo estaba dormida. Entonces conmigo estaba haciendo el amor, pero cuando yo estaba despierta no quería de mí nada. No se cuántas veces ha pasado esto, porque no siempre se (...), pero se siente, cada mujer siente esto, si tenía una relación sexual o no. Y por ejemplo, yo me despertaba cuando él terminaba, me despertaba cuando él terminaba. Así que... ¿Cómo era? Era enfado, estaba muy enfadada con él, esta-

⁴² Nos equivocamos, efectivamente, como ya hemos insinuado en otro momento, cuando proponemos la violencia física como el acto más expresivo del maltrato. Hay que romper con esa visión criminalista o judicial del tema para aprehender el fenómeno en su justa naturaleza. Cuando el agresor pega lo que hace es reprochar con más fuerza que lo normal; pero el reproche es un acto que estaba también antes de que se produjera la violencia física, y que se ejercía desde muchos otros medios.

⁴³ Reprochar = reconvenir = censurar = reprimir.

⁴⁴ Hay que hacer notar que el maltratador **también se mata a sí mismo** en ese acto, sea materialmente, sea socialmente, puesto que ha cometido un delito que le llevará a la cárcel de por vida. Conceptualmente, además de asesinar se suicida; al igual que no puede concebir que su pareja viva sin él, tampoco puede concebir no vivir sin su pareja.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

ba muy enfadada con él, pero seguía enamorada de él. (E.A.1)

De llegar, no a la violación, pero ya, decir, bueno mira... o sea, una humillación tan horrible... no obligado con una pistola, pero sí. Incluso yo misma, yo misma me obligaba, me decía, yo es que tengo que hacerlo, porque a ver... O le dejo. Aunque yo era honrada, yo le decía, "Yo no te quiero. ¿Si tú hace cinco minutos o dos horas me has estado insultando, cómo pretendes que yo ahora te quiera? (E.A.2)

O sea, me utilizaba, que eso esa una violación para mí, porque era coger y ponerme boca abajo y tam, tam, tam... Se acababa y no enterabas de nada y yo me sentía como el contenedor de la basura. Decía: "bueno...", cuando me iba a la ducha, decía: "Dios mío, y que tenga que estar ahora yo aquí duchándome a las dos de la mañana sin haberme enterado de nada. Sin haber querido. Sin... sin haber participado en el acto... y sin... ¿Pero por qué tengo que estar haciendo yo esto?" O sea, me sentía una mierda, de verdad. Una auténtica mierda, como persona y como mujer. (E.A.3)

Cuando yo no quería sí me obligaba, me obligaba. (E.A.4)

No, me cogía fuerte y me decía, "Como no te dejes te voy a hacer daño, más vale que te dejes" Y yo, "Es que no tengo ganas" "Pues tienes que hacerlo porque soy tu marido y si yo quiero tú tienes que hacerlo" Y ya, para que no te haga daño, pues digo, hala... sin ganas. Lo único que eso, que era rápido. Era rápido, menos mal, madre mía. Y luego (...) que le operaron de un (...) con 17 años, tenía puntos en la tripa, y nada más salir del hospital también. (E.A.4)

Por supuesto, dado que el deseo del varón es ley, no hay ninguna razón para que no busque cualquier otra alternativa para satisfacerlo. La infidelidad, tan obsesivamente achacada a la mujer, resulta ser habitual en el comporta-

miento del hombre maltratador; una infidelidad que puede ser, incluso, disculpada por la mujer, ya que ella misma se siente de algún modo **responsable** de no haber sabido colmar su deseo.

Se nos va, como vemos, haciendo más nítido el sentido del comportamiento del maltratador y el sentido, también, de la vulnerabilidad de la víctima. El maltratador, efectivamente, atiende a su capricho, pero a **un capricho que es necesario que se convierta en ley para alguien**. Es decir, el maltratador necesita de una mujer que experimente con culpa el no atender adecuadamente a ese deseo.

Dando una vuelta más en la interpretación, lo que realmente trabaja el maltratador con su víctima es **su culpa**. Lo que le interesa, y lo que resume el sentido de sus acciones, es que la mujer se mantenga **presa de su culpa**, porque sólo ante semejante víctima su capricho puede convertirse en ley.

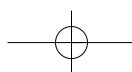
Bueno, yo ya creía que era yo la culpable de todo, porque de hecho, yo decía, "Madre mía, pues a lo mejor tiene razón" (E.A.10)

Y... no se, como decía yo que la culpable era yo, que a lo mejor es verdad que yo era la culpable. (E.A.10)

La infidelidad conyugal es, efectivamente, como vimos, una forma de generar culpa en la mujer⁴⁵, pero caben otras muchas fórmulas, no tan clara y explícitamente sexuales⁴⁶, y el maltratador va aprendiendo poco a poco a ejercerlas.

⁴⁵ El mensaje implícito, que creemos que, además de en la lectura que del acto realiza la mujer, está también en la intención del hombre sería semejante al siguiente: "me tengo que ir con otras porque tú no me satisfaces".

⁴⁶ Creemos que tendríamos que considerar, en cualquier caso, la culpa sexual como la matriz y el sustrato afectivamente más potente del resto de culpas. Posiblemente la parte más difícil de trabajar psíquicamente en la mujer maltratada que ha roto con la relación de maltrato es la recuperación de la confianza en el propio atractivo sexual. Por debajo del lógico miedo a reemprender una nueva relación late el sentimiento de incapacidad para poder, efectivamente, emprenderla.





Como dijimos, llega un momento en que prácticamente toda la actividad de la mujer está sujeta a la descalificación, al reproche y, por tanto, a la culpa.

La imagen que proyecta el maltratador sobre la víctima es la de un hombre en permanente insatisfacción, en permanente enfadado, en permanente necesidad de encontrar **coartadas** para montar broncas. La coartada quizá más habitual, aunque la menos elaborada, sea la borrachera; al fin y al cabo, la supuesta –y mentirosa– pérdida de control parece que justifica cualquier acto, por injusto que sea.

Junto a la culpa se instala también la desorientación y el sentimiento concomitante de miedo ante la eventual respuesta del marido. La anulación de la propia voluntad de la mujer, que puntualmente puede mostrarse como una estrategia satisfactoria, termina por mostrarse globalmente ineficaz. Lo mismo que en un momento dado pudo satisfacer a su marido en otro momento se convierte en el desencadenante de su ira. La mujer termina, de esta suerte, completamente desorientada; parafraseando a Bateson en su descripción de las situaciones de “doble vínculo”, podríamos decir que la mujer “*haga lo que haga, no puede ganar*”.

Sí, (...) castigarme, me aborrecía, no se por qué. Y yo mi error creo que también era, esto que dicen también muchas mujeres que hablan por ahí, bueno, él quiere que haga eso, pues yo lo voy a hacer a ver si... Y es peor, cuando haces lo que ellos quieren es peor todavía, porque no se qué les pasa, que encozizan más todavía. O sea, yo ya dejé de trabajar, sólo para que no dijera, no salía, por la calle no hablaba con nadie... (E.A.2)

O sea, ya te digo, si tienes ocasión de hablar con otras mujeres, eso de hacer lo que ellos quieren es peor cien veces, de verdad, se ponen peor, se ponen peor. Entonces yo ya digo, conclusión, lo que quiere es conflicto, con lo cual, haga lo que haga lo voy a tener. (E.A.2)

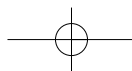
Con respecto, el niño por ejemplo ya había nacido. Es decir, tiene ahora cuatro años, tendría, yo qué sé, ocho o diez meses, seis u ocho. Como le cuidaba, como le criaba era motivo de, de reproche. La casa. Si a lo mejor llegaba cinco minutos después que él, que yo tenía que estar ahí porque tenía que estar para que él llegara. (E.A.2)

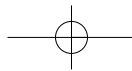
Y... y ya de cada vez a peor, a peor, a peor. Día tras día cualquier tontería, desde por la mañana, nada más levantarnos ya discutiendo. Conmigo, que porque tal, que porque cual, que he hecho... todo lo hacía, yo todo lo hacía mal para él, todo, todo mal. O sea, nada en ningún momento... hasta la comida, que... todo lo hacía mal, era increíble, vamos, estaba... fatal, fatal, fatal. (E.A.7)

De los celos que le creaba. Y decía, bueno, a lo mejor es verdad, tiene razón, voy a corregir lo que decías tú. Pero claro, si me corregía en eso fallaba en otra cosa. Porque es que le daba igual. (E.A.10)

La indeterminación de cuándo, dónde y por qué se va a producir la situación de reproche, la imposibilidad de hacer previsible la conducta del marido, hace que el miedo se convierta en algo omnipresente: no es posible desembarazarse de él.

“No, a veces era toda la semana, y otras veces a lo mejor estaba dos días tranquilito, insultando, pero no tan fuertemente, no gritos. Y luego empezaba otra vez lo fuerte, y digo, “Hala, ya empezamos”. Digo, madre mía de mi vida... O sea, que era... Y a lo mejor venía yo de trabajar, escuchar yo la llave y ya era... empezar a temblar, una cosa en el corazón como que te asfixias, que te falta el aire de los nervios, ¿a ver cómo viene? ¿Qué me hará ahora, qué no me hará? Y es lo que te espera todavía, la intranquilidad esa de a ver ahora que me va a pasar, me pegará, me gritará, cómo vendrá, vendrá muy borracho, menos, la intranquilidad que tienes. . (E.A.6)





Yo nada, yo me quedaba callada para que no fuese a peor. Digo, lo mismo cojo yo el cuchillo, lo tiro al suelo y digo, "No hagas eso" Y peor... O sea, que yo sabía controlar la situación, en lo mal que estaba, me quedaba callada, prefería el silencio. Porque digo, "Bueno, es que se vuelve loco y me hace cualquier cosa, vamos" ". (E.A.7)

"Sí, y siempre evitando a ver de que manera... a ver como hago para que él no se sienta mal y no me insulte y no ponga. Es que yo no sabía, no sabía como hacer para que el no me insultara. Además sin motivo, sin motivo. Y unos celos, unos celos enfermizos..." (E.A.15)

Sí, sí, sí. Es que como no sabes como va a reaccionar. Parece muy bueno y a la vez tan malo, que no sabes cómo va a reaccionar nunca. (E.A.7)

2.2.4 La indiferencia.

Para que la mujer se sienta culpable no es obligatorio que el maltratador insulte, reproche o pegue. Hay una forma más sutil de maltrato que tiene que ver precisamente con no hacer nada, con ignorar, con pasar de cualquier cosa que la mujer realice para conseguir ser reconocida, valorada, amada. Ciertamente, como dice el refrán, "no hay mayor desprecio que el no hacer aprecio".

Sí, sí, te iba ignorando más. O sea, no... tú no eras una parte que tuviera él que contar para decidir nada. Él hacía un poco su vida de alguna manera (E.A.5)

- En las entrevistas aparecieron ciertos casos que se nos escapaban del modelo más común, y que nos hicieron incluso dudar de si estábamos o no ante una "auténtica" mujer maltratada. Tales mujeres prácticamente no

referían en toda su historia de pareja ningún suceso que pudiéramos juzgar como "violento"⁴⁷: no había tortas, no había amenazas, no había insultos...; no obstante, se sentían en ella prácticamente igual que las otras, anuladas, frustradas, culpables.

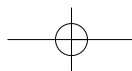
- El dato nos sirvió, en cualquier caso, para darnos cuenta que en cualquier relación de maltrato la indiferencia estaba presente como arma constantemente esgrimida por cualquier maltratador; que la mujer sufría no sólo por lo que el hombre hacía, sino también —y muchas veces de forma más dolorosa— **por lo que no hacía**.

De un modo bastante general, el maltratador no sólo manifiesta un total desprecio y abandono hacia todo lo que tenga que ver con las tareas consideradas tradicionalmente femeninas, sino también —y esto es todavía más significativo— hacia sus propios "deberes" tradicionales propiamente masculinos, siempre que tengan como referencia a la mujer, los hijos y el mantenimiento del hogar.

La agresión no consiste tanto, en este caso, en ataques verbales cuanto en "la indiferencia" y falta de compromiso hacia la mujer y todo lo que le rodea.

- Desentendimiento de las tareas del hogar (limpieza, cocina, mantenimiento en general...)
- Desentendimiento de la atención emocional y práctica a los hijos (jugar

⁴⁷ A excepción de la separación. Ciertamente, lo más habitual, aún en estos casos, es que la violencia activa (física o verbal) se desencadene como resistencia frente a una intención de separación ya claramente manifestada.





con ellos, hablarles, cuidarles, preocuparse por ellos, darles de comer...)

“Era que él cuando ya eran un poquito mayores, pues, que empezaron a ir, pues, una a la guardería, otra al colegio, haciendo el preescolar y tal... Me decía: “¡no, no, no se te ocurra levantarlas hasta que yo no salga!”. Se iba como a las ocho. Pues yo, nada, le preparaba el desayuno a él y a las ocho y cuarto que salía a levantar a las niñas. Claro, aquello era un jolgorio, porque una que se tiraba..., ya estaba con el uniforme del colegio, el Cola-Cao por encima; la otra que se ponía con el orinalito y me tiraba en medio del salón... O sea, esa hora era... De esto que yo salía de casa... pero salía así ¿eh? Parecía que yo tuviera parkinson. Salía... como una loca. (E.A.12)

No, no, él, para reírse, o para jugar sí, porque con los niños jugaba. Cuando estaba en casa con los niños jugaba. Pero le dieras muchas cargas, eh, que no las admitía. De hecho la niña, Lucía, era chiquitita, de recién nacida, y él a la siguiente semana cogió y se fue otra vez a pegar tiros, los fines de semana. En lugar de decir, coño, que acaba de nacer una hija mía, un hijo, y tengo que quedarme en casa y tengo que ser responsable de que mi mujer necesite ayuda. O el deseo mismo de estar con la niña. Que mientras que a mí el deseo de estar con mis hijos siempre lo he tenido, él no lo manifestaba. El ha seguido haciendo sus actividades. (E.A.11)

- Desentendimiento de la atención emocional y afectiva a la esposa.

Pero como no tenía otra persona, ni una amiga a mi alrededor, entonces tenía apoyos sólo en él. Y él no me apoyaba. (E.A.1)

- Dedicación exclusiva a si mismo, tanto en la faceta laboral como en la faceta de ocio.

O el deseo mismo de estar con la niña. Que mientras que a mí el deseo de estar con mis hijos siempre lo he tenido, él no lo manifestaba. El ha seguido haciendo sus actividades, que si unas veces pegando tiros, que si otras veces luego le dio por el buceo. Siempre ha tenido algún tipo de actividad, suya, personal. Yo nunca he podido permitirme eso,

porque tenía que trabajar, porque tenía que mantener a mis hijos y tenía que atender una casa. (E.A.5)

“Porque el padre tenía tiempo para todas las aficiones suyas, para las cosas de los hijos y las para la casa no”. (E.A.5)

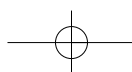
Se iba con otros, con los amigos a jugar al fútbol, y se iba fuera y llegaba cuando quería, porque... Dice que a dónde iba a conseguir un hombre que se acostara tan pronto en la cama. Ay Dios, qué pesadez, qué horror, ¿cómo he podido vivir tantos años (con él)? (E.A.6)

Sí, es igual que el otro también. O sea, él se iba, él jugaba al fútbol. Claro, se iba a jugar al fútbol el martes, el viernes, el domingo, el sábado y cuando le daba la gana. Y se iba a bailar cuando quería, todos los fines de semana, cuando le daba la gana a él. Y si no hay dinero para comer, pues... pues no había. (E.A.10)

- Desentendimiento incluso, en determinados casos, de la propia función tradicionalmente “masculina” de responsabilizarse de la entrada de dinero en el hogar. No deben ser infrecuentes los casos en los que el marido, habiéndose quedado en paro, se inhibe de la búsqueda de empleo, aceptando sin problemas el vivir prácticamente del trabajo de su mujer y sin considerar necesario el compensar con una cierta implicación en las tareas del hogar.

No, incluso yo estaba trabajando y él no estaba trabajando, yo traía sueldo a casa y él no. Y él gastaba todo el dinero de mi sueldo. Encima, él no trabajaba, era así. Yo estaba trabajando. Niño tenía una chica para cuidar. El no estaba trabajando, podía hacerse cargo del niño, y no se hizo cargo del niño. Tenía chica alquilada, chica la recogía para que cuide al niño, mientras yo estaba trabajando (E.A. 1)

Yo estaba ahí, yo llevaba la casa, yo trabajaba, yo aportaba el sueldo, y él a vivir, que son tres días. Eso era como yo me sentía. (E.A.2)





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Yo tenía ambas, la de ser mujer que arreglaba... la que se ocupaba de la intendencia de la casa, más ser la mujer que ingresaba el dinero de la casa, más ser la persona que se ocupaba hasta de la documentación. La declaración de renta... él no sabía un papel. ¿El? ¿Papeles de banco? “¿Qué es eso?” El otro piso lo tuvimos en alquiler durante varios años y la persona que se ocupaba de los trámites del alquiler, de cobrar los recibos, de hacer los recibos, de hacer los recibos, de patatín, de patatán, era yo. El no. (...) inclusive alguna cosa por alguno de los inquilinos, iba yo, él no iba (E.A.5)

La indiferencia y desprecio que manifiesta en las tareas “de producción” dentro del hogar, también se traslada a los momentos de ocio y de esparcimiento. Mas allá de su participación en las reuniones familiares o sociales, a las que puede acceder, y comportarse en ellas “adecuadamente”, los maltratadores suelen tener una vida social y de ocio independiente de la familia, incluyendo –parece ser más una regla que una excepción- relaciones extramatrimoniales con otras mujeres, sin tener en consideración las necesidades y deseos de su familia, ni incluso fechas señaladas (aniversarios, Navidades, cumpleaños de los hijos).

“Yo lo hacía todo, yo era la persona que se ocupaba de la intendencia de la casa, y él, pues hombre, tenía que si la afición de que se iba a hacer footing los fines de semana, luego era la de pegar tiro... olímpico, tenía licencia de tiro, tenía pistolas en casa” (E.A.11)

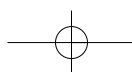
“Nochebuena. Yo me hacía ilusión, preparé una cena superguay, con cava, con no sé qué... Y luego digo: “hay, pues qué bien, acuesto a las chiquillas y luego nos tomamos nuestra copita de cava y tal...” Y él me viene y me dice: “no, no, el caso es que he quedado yo con dos compañeros que nos vamos a ir a Misa de Gallo y así, pues, felicitamos a los compañeros, que por lo visto es costumbre en este hospital que tomamos todos una copia de cava allí después de la Misa de Gallo y tal y luego ya enseñada

vengo. Tú ponlo en la nevera enfriar que no te preocupes”. Y me lo creí. Como toda la vida me he estado creyendo todas las trolas que me ha metido. Entonces puse la botellita de cava allí a enfriar en el frigo. El se marchó y apareció a las ocho de la mañana del día siguiente. O sea, imagínate mi primera navidad, mi primera Nochebuena en Madrid. O sea, llorando a moco tendido. Y yo diciendo: “¡Pero Dios Mío...!” (E.A.12)

Esta indiferencia hacia la necesidad afectiva de la mujer alcanza su máximo nivel e impacto cuando es abandonada en las situaciones de verdadera vulnerabilidad: cuando está en el hospital dando a luz a su hijo, cuando se encuentra enferma o sufriendo por la enfermedad de un hijo o un ser querido.

“porque tú te dejas en un hospital con tu hermana que está en la UVI, que no sabes si va a salir o no. El otro que en lugar de estar acompañándote y cogiéndote de la manita y diciéndote: “tú estoy aquí contigo. Es tu única hermana y yo te voy a consolar”. En lugar de eso que se abre a trescientos y pico kilómetros y se va por ahí a una juerga que le dura día y medio (E.A.12)

*“Cuando nació mi hijo, el primero, sí, fíjate tú qué reacción. Ingresé por la mañana, había un conocido de... un amigo de una vecina de su madre, allí trabajando en el hospital, y cogió éste, mi marido y se marchó a casa de sus padres. **Y yo allí ingresada.** (...) a él se lo transmitían telefónicamente, como un partido. Sí, es de risa, pero es así. Te sientes muy mal. Te lo guardas dentro, pero te sientes muy mal. Si es que no le importas. **El parto fue muy malo, fue muy largo, y... a los pocos días, estaba yo todavía ingresada, además estuve ingresada una semana, pues había coincidido un fin de semana en medio, el caso es que era el cumpleaños, o celebraban el cumpleaños de una prima suya, y venían a verme, él y sus padres... Y dice, “No, no, venga, vámonos al cumpleaños de Baby”, su prima. Pues se fueron al cumpleaños de Baby, y allí yo me quedé, como mi niño. Eso, como pareja, te duele. Hoy, mira, no se lo aguantas ni a tu padre.”.(E.A.11)***





*Yo pasaba a veces un mes un mes y medio en el hospital pegada a mi hija, en los hospitales cuando tienes un niño pequeño tienes que estar en la habitación, no te puedes ir, él supuestamente iba a trabajar y yo me quedaba en el hospital, él iba muy poco por el hospital. Entonces pues bueno, pues, eh, yo me di cuenta que él pues no quería saber nada ni de la niña ni del problema ni de nada, o sea él es, se le hacía un mundo, entonces bueno pues yo ah, pues bueno o sea yo me intenté encargar más de este tema, pero bueno, como es una empresa familiar yo hablo con su madre con su padre, **y no iba a trabajar**, aparecía a las dos, las tres, las cuatro de la tarde, él decía a sus padres que es que estaba conmigo en el hospital, luego sus padres me llamaban y me decían está ahí Pedro. y no, él no ha aparecido por aquí en todo el día, eh, y resulta que es que por las noches, cuando iba él a las nueve y media diez, a llevar a lo mejor me llevaba un bocadillo para estar diez minutos, no estaba más, pues después se iba por ahí juergas, iba a seguir tomando lo que fuera y, y nada, entonces bueno pues entre unas cosas y otras pues ya me fui para casa, bueno pues, ya llegó un momento en que yo me di cuenta que estábamos distanciándonos mucho, yo intenté hablar con él en varias ocasiones, él decía que eran imaginaciones mías, yo le empecé a decir que no tenía que beber, eso pues eh decía que él tenía controlada perfectamente (E.A.5)*

2.2.5 La aparición de la violencia explícita.

Estamos acostumbrados, como hemos reiterado en otras ocasiones, a concebir el maltrato exclusivamente en relación a la violencia explícita, bien sea física (**agresiones** contra la integridad el cuerpo), bien sea psíquica (**amenazas** de obrar un mal físico o moral). Realmente, lo que se denuncia, lo que está en el terreno de la acción policial y judicial contra el maltrato remite a ese tipo de conduc-

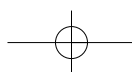
tas de las que todavía no hemos hablado.

Lo que hemos querido poner de manifiesto es **que hay otro maltrato**, muchas veces anterior, pero que, en cierto modo, prepara y “explica” el otro, el que conocemos y nos escandaliza. Quizá no escandalicen tanto la indiferencia, los reproches o el aislamiento, porque, efectivamente, tocan comportamientos mucho más cercanos a la normalidad cotidiana de muchas parejas⁴⁸.

Creemos que hay que aceptar –si no no conseguiríamos entender nada– que el maltrato que nos escandaliza, el que está cerca o que termina en la muerte la mujer, hunde sus raíces en normas, ideales, pautas de relación de pareja que, en tanto que resultado de la socialización, nos constituyen a todos, como representantes de esta sociedad moderna. Puede repugnar la idea de que cualquiera de nosotros puede, en un momento dado convertirse en maltratador, o actuar como en determinadas situaciones como maltratador; o que cualquiera de nosotras puede convertirse en víctima, o actuar en determinadas situaciones como víctima; pero sólo una autocrítica de género personal y social ejercida desde esa repulsión puede servir para actuar eficazmente en la prevención de esas manifestaciones del maltrato que nos resultan tan lamentables.

Lo que nos toca, en cualquier caso, es analizar por qué y en qué circunstancias entra en escena el maltrato explícito.

⁴⁸ Una normalidad que, en cualquier caso, tiene siempre algo de “anormal”, y que sería preciso denunciar.





¿Qué introduce la bofetada, la patada, la amenaza en toda esta maraña de descalificaciones e insultos? Es evidente que el efecto en parte es el mismo, la humillación personal y de género. Pero también parece evidente que se produce un cierto **salto cualitativo**.

La violencia explícita suele empezar en algún momento, tras una fase previa de sólo descalificaciones y humillaciones, o de simple y profunda indiferencia⁴⁹. Parecería como si el nuevo recurso se empezara a utilizar cuando el anterior hubiese comenzado a manifestarse como inefectivo. También nos puede servir la metáfora de “la gota que colmó el vaso”. Parecería como si no existiese otro recurso, que la obcecación de la mujer en no hacer lo que se supone que tendría que hacer desencadenase una respuesta relativamente incontrolada. En cualquier caso, sea o no incontrolada, sigue teniendo una intención.

Lo que debemos preguntarnos es: ¿qué es aquello en lo que la mujer, desde la óptica del maltratador, se equivoca? Podríamos pensar que son las actitudes de rebeldía ante los mandatos del varón las que generan la agresividad; y de hecho es posible que algunas veces esto suceda (las típicas tortas a los niños suelen tener ese desencadenante: y el niño se obceca en no hacer lo que le mandan y el adulto termina por peder los papeles).

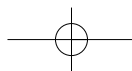
No creemos, en cualquier caso, que esto sea la norma, ni que nos sirva un

esquema en el cual la mujer devenga infantilizada para explicar las cosas. La mujer es, en todo momento, una mujer adulta; quiere decir ello que su comportamiento cabe explicarlo siempre en términos racionales. Y lo racional en un contexto determinado puede ser, aunque pueda resultar extraño, la sumisión. Estamos normalmente en esta fase ante **mujeres sumisas**, mujeres obsesionadas por no contradecir, incomodar, defraudar, etc. al varón; toda su actividad intelectual está puesta ahí, en renunciar a lo que haya que renunciar con tal de recuperar la armonía.

¿Por qué, entonces, se desborda el vaso? Nada hay, efectivamente, en las entrevistas que nos explique adecuadamente la emergencia de la agresión; ni las propias mujeres son capaces de ensayar una explicación, porque hay tanta distancia entre el suceso desencadenante, normalmente muy nimio, y la respuesta agresiva, que resulta imposible establecer una relación causa-efecto, a no ser que introduzcamos un elemento favorecedor de una respuesta absurda, como pueda ser el alcohol. Y ya sabemos que el alcohol y las drogas se suelen utilizar para esto, en gran parte porque psicológicamente siempre preferimos una respuesta, aunque sea inconsistente, a no tener ninguna respuesta.

“Y luego ya constantemente. Que a lo mejor había dos días, que estaba más tranquilo y bien. Pero al tercer día, cuando bebía más de la cuenta otra vez. Y así. Y constante, constante, constante. (E.A.6)

⁴⁹ Admitimos que en muchos casos no suele ser fácil separar ambas fases, especialmente en los tipos más cercanos a lo que hemos denominado “maltrato prematuro”.





Creemos que la respuesta tiene que ir del lado de la estrategia del maltratador: en un momento dado éste necesita la violencia para sus fines. Y muy posiblemente sea la propia sumisión de la mujer la que da paso a la nueva fase: si ella hace ya todo lo que él quiere, si ya está pendiente en cuerpo y alma de sus caprichos ¿cómo continuar humillándola? ¿cómo reafirmarse a sí mismo en el reproche si no hay nada que reprochar? La bofetada emerge como una humillación pura, inmotivada, que a lo sumo busca su coartada en el alcohol, pero que realmente no está relacionada en nada con el comportamiento de la mujer. Por ello la mujer no podrá hacer nada para evitarla; y por eso —hace falta que la mujer cobre conciencia de ello— no existe otra “solución” que la separación.

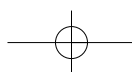
En cualquier caso, sigue sin satisfacernos del todo la explicación del daño por el daño, la de asignar al maltratador una pulsión sádica, relativamente inmotivada. Ciertamente, estamos en el terreno del sadismo, puesto que la mujer responde ya, más que con culpa, **con miedo** a lo que el hombre pueda llegar a hacerle.

Miedo, por tanto, a su integridad personal, que debe de informarnos en algo de la intención del maltratador. La hipótesis de que realmente tiene intención de **castigar** duramente a la mujer no parece muy fuera de sitio. **Se pasaría del reproche al castigo**⁵⁰.

El castigo y el reproche, aún estando simbólicamente muy cercanos, tienen matices diferentes:

- El reproche es **anterior** al castigo; el castigo suele aparecer después de reiterados reproches, como una vuelta de tuerca más. Pero esa “vuelta de tuerca” tiene elementos añadidos. El reproche está en el lugar del decir (para modificar una actitud), mientras que el castigo está en el lugar del hacer (para modificar un comportamiento). El reproche implica todavía a un sujeto, el cual tiene aún cierta discrecionalidad para cambiar o no cambiar el comportamiento; el castigo, sin embargo, se relaciona con alguien que ya no tiene subjetividad, un objeto que debe reaccionar mecánicamente por el castigo, o por el miedo al castigo.
- Pero el castigo es también algo más que una acción o una amenaza destinada a modificar un comportamiento; es también la **consecuencia moral** de un comportamiento calificado como desviado. Los castigos se merecen o no se merecen. El reproche no suele tener, o tiene muy disminuida esta cualidad **ejemplarizante**.
- El castigo, además, presupone una **ofensa** previa del castigado para el castigador, que no está prevista en el reproche, en el cual no se presupone la intención previa de ofender (pudo hacerlo sin darse cuenta). El castigo es, un cierto modo, una descarga que equilibra una ofensa previa (“*ojo por ojo...*”)

⁵⁰ Adviértase la importancia del cambio de terminología. Normalmente hablamos de “agresión”, de “violencia”, de “maltrato”; todos estos términos sólo nos informan de la cualidad legal o moral del acto; sin embargo, términos como “castigo” o “reproche” nos informan de la actitud de quien realiza ese acto.





El maltratador, por tanto, cansado de reprochar, pasa a la acción y castiga, porque no cree que haya otra forma que la violenta para modificar el comportamiento de la mujer; cree que la mujer **se lo merece** porque ha hecho algo que no debería; y además **se venga** de una ofensa que ésta le supuestamente ha infringido. Todo eso está ahí en la intención violenta del maltratador, pero también en la forma en que interpreta la intencionalidad del acto su víctima. Ciertamente, la mujer no sabe por qué se hace merecedora del castigo, pero sí que entiende que le están castigando. Si se desorientaba ante el reproche, imaginémosnos la desorientación que produce el verse castigada sin saber la razón del castigo y, además, como consecuencia, sin poder predecir el momento del castigo. Para ella el maltratador se ha vuelto loco, pero lo peor de todo es que su locura se dirige violentamente hacia ella de forma absolutamente impredecible. Es normal que el miedo se convierta en este caso en el sentimiento predominante, y que queden en un segundo término los aludidos sentimientos de culpa. Lo que empieza a obsesionar a la mujer es cómo defenderse, más que como no importarle; pero parece obvio que este cambio en su actitud tenderá a reafirmar y confirmar la actitud vengativa del maltratador. Un círculo vicioso, que necesariamente impele a un incremento progresivo de la violencia.

Yo nada, yo me quedaba callada para que no fuese a peor. Digo, lo mismo cojo yo el cuchillo, lo tiro al suelo y digo, "No hagas eso" Y peor... O sea, que yo sabía controlar la situación, en lo mal que estaba, me quedaba callada, prefería el silencio. Porque di-

go, "Bueno, es que se vuelve loco y me hace cualquier cosa, vamos" (E.A.7.)

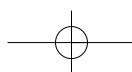
Este cambio de registro, creemos, debe de tener algún motivo para el maltratador. Algo "muy malo" ha debido de hacer la mujer para que el maltratador se decida a modificar su estrategia y pasar del reproche al castigo.

Ese algo muy malo puede ser –y creemos que puede serlo muchas veces- la emergencia de indicadores de que la mujer quiere romper con la relación. Tales indicadores son los derivados del abandono de la actitud de la sumisión y de la culpa. En efecto, si la mujer a estas alturas rompe con el código tácito de relación y empieza a hacer lo que quiere y no lo que el otro quiere se va a encontrar rápidamente con un guantazo, o con cualquier otro recurso violento para reconducirla al "buen camino" –al camino de la acción orientada desde su capricho.

Pero en el momento en que yo le insinuaba que se tenía que ir de ahí porque yo no le aguantaba más, me molestaba su presencia... Se líaba conmigo a hostias (E.A.8)

Me enteré y fue cuando cortamos, empezamos a cortar la relación, y cuando ya se puso agresivo conmigo, que no podía conseguir lo que quería. Porque él lo estaba consiguiendo todo lo que él se había propuesto él. (E.A.10)

El sentido del castigo es, por tanto, el de impedir que la relación cambie. Esto es muy importante que lo tengan en cuenta quienes buscan soluciones consensuadas al maltrato. Si la relación ha llegado a este punto lo más razonable es intentar romperla; cualquier





intento de arreglar las cosas a lo que llevará indefectiblemente a una instalación de un mayor nivel de violencia⁵¹.

Creemos, en cualquier caso, que puede haber también otras razones para la instalación del castigo como pauta de relación. En muchos de los casos el maltratador no puede decirse que sea un sujeto especialmente "triunfador". Su carácter y su modo de ser pueden interferir perfectamente en su propio desarrollo profesional. Cabría esgrimir la hipótesis de que las frustraciones concomitantes al fracaso profesional tengan su desahogo "natural" en el seno familiar y concretamente en la mujer.

Ciertamente, hay tendencia a "explicar" -y, muchas veces, también a "exculpar"- el comportamiento del maltratador desde esta clave. Parece claro que la mujer termina siendo muchas veces la depositaria pasiva de las frustraciones del varón, pero interpretar el hecho como "natural" tiene algo de moralmente perverso y de intelectualmente grotesco. Es necesario explicar por qué la mujer debe de llevarse los golpes y no, por ejemplo, una pared.

Si la mujer es la elegida para descargar la frustración es porque en alguna medida se la hace **culpable** de la situación. Se la castiga, efectivamente, por algo que supuestamente ha hecho, aunque ese algo resulte tan incierto como en su contexto lo era la infidelidad.

- En la educación sentimental masculina, como se sabe, la infidelidad feme-

nina está menos en el terreno **privado** del desengaño amoroso que en el terreno **público** de la desvalorización del hombre. Un hombre cuya mujer le engaña aparece públicamente en entredicho como alguien desvalorizado⁵², alguien del cual cualquiera puede reírse. Los esfuerzos del maltratador por mantener casta a su pareja son, por tanto, un empeño por mantener inmaculada una imagen social, una presunción de valor público.

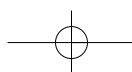
No es difícil, efectivamente, deducir de los celos excesivos una débil valoración propia en el terreno público, un déficit de autoestima. Dada esa aludida fuerte conexión cultural entre la mujer y el valor público del hombre, no es extraño que de cualquier frustración en dicho valor termine haciéndose responsable a la mujer. Y, efectivamente, encontramos frecuentemente en esta etapa de violencia declarada a hombres encolerizados por la ruina a que les ha llevado supuestamente su mujer.

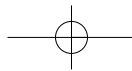
En el fondo, toda la resistencia a la separación y la violencia explícita concomitante deben interpretarse en el mismo registro. Si la mujer se separa arruinaría la vida del varón, pondría en cuestión su valor público, de la misma forma en que lo pondría en cuestión una infidelidad real. Es cierto que sin la mujer el hombre perdería en comodidad⁵³, pero es muy difícil suponer que semejante anticipación de pérdida pueda producir tamañas cotas de agresividad como las que se constatan en estos momentos.

⁵¹ La alternativa tradicional de intentar no disgustar al varón tampoco parece servir de mucho cuando la violencia se ha instalado. No parece verosímil la marcha atrás, porque ello significaría la eficacia del acto de castigo y, por tanto, su mayor valor para culpabilizar a la mujer.

⁵² De ahí la metáfora de los cuernos: los cuernos se ven, los ven los demás, y eso es lo que mayormente duele.

⁵³ Como se suele decir, perdería una criada.





3. MÓVILES DEL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL SENO DEL MALTRATO.

3.1 La eficacia del mito del amor.

Entender cómo es posible, como puede darse el caso con relativa frecuencia, que mujeres independientes, con apoyos familiares y sociales, percibidas a sí mismas como personas fuertes, con iniciativa, valoradas en su círculo social se encuentren en una relación de maltrato remite de nuevo al modelo cultural patriarcal, aunque en este caso el encuentro y mantenimiento de una relación de maltrato no se dé tanto por una “resignación” ante lo que perciben que es la vida (*“el hombre es así, no tengo capacidad para salir sola, no me queda más remedio que aguantar”*), como por una interiorización de las representaciones sociales de género apoyada y sostenida por el discurso dominante actual que hace sentir y percibir la vida comunitaria y la vida familiar como mundos opuestos y disociados.

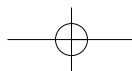
La hostilidad y agresividad de la vida social y comunitaria es algo que se engrandece y potencia, implícita o explícitamente, desde la ideología dominante. Gracias a los medios de comunicación de masas, los individuos perciben la vida comunitaria y social preferentemente como fuente de insatisfacciones: desde los problemas generales del mundo, (el hambre, las guerras, el SIDA, enfermedades...) hasta la degrada-

ción de lo público (la corrupción de partidos y empresas, la delincuencia, la competitividad en el trabajo, la explotación laboral, etc.)

Frente a esta percepción de la vida comunitaria como algo hostil y poco gratificante, el amor entre un hombre y una mujer aparece ensalzado, mitificado y sobrevalorado. Esta dicotomía entre el mundo público como fuente de insatisfacciones y mundo privado como único lugar donde encontrar la felicidad estimula y refuerza la socialización tradicional que lleva a la mujer a que su horizonte y su meta se centren en el éxito de la vida de pareja y familiar. Y como **mito** (sobrevalorado e idealizado), que el poder se encarga de sostener y promover, el encuentro con la persona amada se produce a través de un elemento que trasciende al ser humano: lo mágico, sobrenatural, el azar, lo divino, lo milagroso.

A partir de este mito, (desde la sobrevaloración del amor y su configuración como alternativa de felicidad), **implícito en la socialización de género**, es desde donde la mujer, prácticamente sin darse cuenta, deviene atrapada en una situación de maltrato. Ha tenido la suerte de encontrar a su media naranja y, a partir de ahí, todo debería de ser, prácticamente, como en los cuentos.

El que su compañero le diga: *“no salgas”, “no trabajes”, “no veas a nadie”, “no vayas a gimnasia”, “no salgas sin mí”, “quiero saber donde estás”, “tienes que servirme la comida”* etc., además de un posible signo de amor, es también el camino del mito: la felicidad a





través de la servidumbre y dedicación a un hombre (y a sus hijos). Las restricciones impuestas a la libertad de la mujer, aunque se realicen en tono agresivo, pueden no ser vividas como tales restricciones o como agresiones a su dignidad, cuanto como la indicación del camino de la felicidad, tantas veces prometido. Podría decirse que la mujer sigue las directrices del maltratador porque quiere probar ese mito. La mujer sigue dócilmente el camino del maltratador en pos de un ideal que, desde la socialización de género, parece imposible no intentar alcanzar.

"Bueno, yo ya creía que era yo la culpable de todo, porque de hecho, yo decía, "Madre mía, pues a lo mejor tiene razón, pues nada..."

¿PERO ANTE QUÉ COSAS PENSABAS QUE TENÍA RAZÓN?

Que no me dejaba salir, pues decía, porque era muy celoso. No me podía poner un escote porque me miraban, no podía ponerme una falda, no podía vestirme bien porque nada más podía vestir bien cuando él quería. Entonces decía, "a lo mejor tiene razón": hombre, pues para no motivarle, no hacerle daño, pues nada, pues no me pondré ese vestido, cuando salga con él solamente me lo pongo, no se, me quedaré en casa esperando a que venga. Ir a trabajar y volver a casa; o sea, que si llegaba dos minutos más tarde es que no podía ser el tren, tenía que ser yo la que me paraba con alguien. Entonces pues yo decía, "Bueno, pues a lo mejor tiene razón el muchacho" Y... no se, como decía yo que la culpable era yo, que a lo mejor es verdad que yo era la culpable. (E.A.2)

Preguntando eso es porque me quiere realmente, porque mis padres me han dicho nunca dónde has estado. Entonces decía, "Pues es verdad, a lo mejor es que me quiere, como mi madre no me quiere, mira, no le interesaba preguntar, pero si pregunta será porque me quiere" Y yo decía eso. (E.A.2)

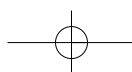
"Todo me parecía bien. Que no puedo salir de casa, me parece bien. Que no puedo hacer esto, me pa-

rece bien. Para estar sólo con él, estaba tan enamorada, estar con él era lo que me importaba. Estaba dispuesta a todo para estar con él. Tan enamorada, enamorada, enamorada, dispuesta a todo para estar con él, para que no me deje, para que no me deje. Y él sabía esto muy bien. El sabía esto muy bien, que yo por él daría la vida, y sabía todo eso. Que no podía salir, por ejemplo, con las amigas, pues vale, no salgo con las amigas. Que no puedo ir a este sitio, por ejemplo, a gimnasia, a aeróbic, a esto o a lo otro, vale, no salgo, porque él no quiere, no le gusta. Si a mi casa no puede venir nadie, pues vale, no va a venir nadie. Si no puedo llamar, por ejemplo, a mis amigos a Polonia, vale, no voy a llamar. Si nadie me puede llamar a mí desde Polonia, o de eso, pues vale, que no llame, y si llamaba el ya lo decía, porque facturas de Telefónica él tenía controladas." (E.A.8)

Entonces, pues... Yo, pues, claro, cuando te enamoras, pues, te enamoras apasionadamente y este amor tan bonito que hay, que te... que te sube así para arriba. Y yo no le veía nada malo. O sea, como yo no le veía nada malo. Pero, claro, luego yo ya le empecé a ver algo malo (E.A.2)

Y cuando la violencia del "compañero" se hace más explícita, o su comportamiento más revelador de su verdadero carácter, la mujer enamorada, si bien puede que ya no lo interprete todo como amor, **sí que lo intenta resolver en función de él**. La mujer necesita mantener la ilusión de que el hombre del que se enamoró la sigue amando; en aras de recuperar ese "estado de amor", puede pensar que gracias a sus desvelos, a su comprensión y ayuda él podrá volver a ser el de antes.

Estaba irascible total, bebía, empezó a consumir drogas otra vez... muy espaciado en el tiempo. Yo le notaba, cuando estaba mal yo sabía que iba a pasar eso. Y esa noche no aparecía, claro, hasta por la mañana, hecho una pena, una piltrafa, asqueroso perdido. Ahí ya yo... Ni siquiera eso le reprochaba, porque se que es una debilidad, y yo lo que quería era ayudarle. Le decía, no me des patadas, abrázate a mí para ver cómo salimos de esto.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Porque si me das patadas encima, o sea, me faltas al respeto estando con otras mujeres, que no es cuestión de celos, es cuestión de que me tienes que respetar porque... o sea, aunque no esté con otras mujeres, ¿tú te crees que ese aspecto que tú das, esa conducta tuya beneficia a nuestra casa, a nuestra familia, a lo que nosotros tenemos... O sea, yo no tengo nada que ver con nadie, no tengo que guardar apariencias en la calle, pero lo que sí quiero es un respeto. O sea, si tú no me respetas, ¿quién me va a respetar? ¿el pollero, el señor del bar? No, porque tú eres un sinvergüenza, y yo soy la payasa que estoy contigo. No hagas eso, por favor, si (...) es una debilidad, has recaído, vamos al médico... ¿sabes? Yo me refería a lo de las drogas, por ejemplo, y el alcohol. Y el alcohol es que le mata, o sea, el alcohol, yo no tampoco he visto ningún alcohólico en mi familia, pero es un, no le conozco, es un cambio tanto en la persona que hasta él mismo lo reconocía, decía, es que yo no te conozco cuando estás así, eres otra cosa, eres otra persona, ni siquiera el (...) ni siquiera la cara, hasta físicamente se descomponía. Claro, decía, pero tú no comprendes que estás mordiendo la mano que te da de comer, si te estoy apoyando. O sea, aunque hayas echo eso, aunque te hayas gastado 30 mil pesetas de la comida de nuestra casa y todo, si hay un arrepentimiento y si tú quieres (...) yo estoy contigo. Y él salía por peteneras, que yo me inventaba eso, que yo quería hacerme la buena, porque yo tenía un rollo por detrás, no se qué, con otra persona, que si yo llevaba un año con no se quién. Unas cosas, unas... que encima de lo que tenías esas cosas te sacaban de quicio, y decía, pero tú eres imbécil. Y cosas de esas, y claro, ahí venía lo de pegarte, un bofetón... O sea, he tenido un día la cara que tenía..." (E.A.13)

Y creía en él, que cambia, que cambia. Estaba esperando eso, que cambia, porque estaba esperando en ese momento que llegara a ser como antes, como en Polonia, que nos hemos visto todos los días, que me daba (...), de todo. (E.A.1)

Es importante destacar que el servicio y la entrega a un hombre, el reducir la pro-

pia vida a él, no es tanto un deseo como una fantasía, fantasía que muchas mujeres se sienten impulsadas a seguir⁵⁴.

Y así, el seguimiento de ese mito a su máxima expresión hace emerger la violencia que éste esconde. La soledad, la reducción de la vida social y familiar, la ablación de la vida laboral y/o de los diversos estímulos creativos o intelectuales en pos de la dedicación a la casa y a la familia y al sometimiento a una persona no es el paraíso que se creía, no es la felicidad tantas veces prometida. No lo es, desde luego, para la mujer maltratada, pero posiblemente tampoco lo sea para ninguna otra mujer.

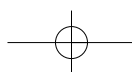
La depresión, el sentimiento de soledad, la apatía y la falta de energía comienzan a emerger, y con ello la necesidad de salir, de comenzar a rehacer la propia vida. Todavía pervive el amor, pero necesita más, quiere volver al mundo, quiere salir, hablar con las amigas, tener más libertad, sentirse menos controlada...

"Pero ya no tenía ninguna vida. Ya no vivía con ninguna ilusión nada más que por vender cartones y cantar en el bingo y ya está. Ni más ni menos. (E.A.2)

Es entonces cuando el maltratador reacciona, porque no soporta perder lo que ya ha conseguido y "pierde las formas": la violencia física aparece y la consecuente "visualización" de la violencia por parte de la mujer.

"Y ya empecé a salir con mis amigas. Digo, "Que te den por la oreja, hombre..." "que te den por la oreja,

⁵⁴ Fantasía que no es difícil seguir si, incluso en el caso de una mujer con un trabajo motivante, gratificante y con prestigio social, su valoración como mujer estará siempre en cuestión si no se realiza a través de la entrega y altruismo a su familia y si no es querida y "deseada" por un hombre.





yo me voy con mis amigas” Y me iba con mis amigas por la tarde, por la noche, cuando el niño ya estaba acostado, por la noche, dormido, me iba en viernes o en sábado en casa de mi amiga, donde nos hemos juntado cuatro chicas. Y nos hemos divertido a nuestro modo, contando chistes, contando lo que ha pasado en semana, esto, lo otro. Cuatro chicas, y ja, ja, ja, ji, ji, ji. Y me divertía con ellas. Entonces, “Tú tienes un novio, qué, estás follando con otro, qué otro” Y empezó, empezó a empujones, empezaron ya fuertes apretones de las manos, agarrando la garganta, que tenía también moratones, que no pude hablar luego porque las cuerdas bucales también tenía arañadas, que no pude hablar bien, la garganta también. Así que empezó ya fuerte”. (E.A.8)

Que se puede amar, pero no tanto. (E.A.1)

3.2 La eficacia de la diferenciación de los roles de género.

Desde el abandono emocional y práctico, que es, como vimos, una de las vías típicas de maltrato en las primeras fases, la mujer es fácil que interprete la conducta de la pareja desde una relativa “naturalidad”, asociada a la importancia misma del trabajo del marido y al comparativamente más trivial trabajo en el seno del hogar.

Claro, yo, entonces, tampoco lo atribuía... Porque yo la figura que tenía, pues, era la de mi padre también, que llegaba a casa, era el rey de la casa y todo el mundo corriendo... Y, aparte, claro, que yo al casarme, siendo los dos estudiantes, pocos medios, ninguno... Y pasé a vivir como una auténtica princesa a hacer yo... Lo hacía yo. Y no había tampoco dinero para una asistenta. Entonces, lo que hacía yo hecho estaba y lo que no hacía, pues, se quedaba sin hacer. Entonces, desbordada. Yo lo entiendo. Entonces, ni tenía tiempo de pensar, ni de nada... Me pegaba mis lloros de vez en cuando. Luego tuvimos una cantidad de problemas... Noemi, a la segunda, la tuvimos en coma, porque tuvo una menin-

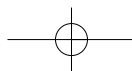
gitis. Estuvo en coma, seis días en coma profundo. Yo malísima... (E.A.12)

Ante un hombre que simplemente se desentiende de la casa, que hace su vida, la mujer difícilmente se va a representar la situación como de maltrato. Es difícil percibir la violencia porque es precisamente ese comportamiento (la separación de los roles y tareas diferenciadas a cada género y la desvalorización de las asignadas al sexo femenino) lo que la sociedad transmite y perpetúa como algo relativamente “natural”.

Estas mujeres cuando, agobiadas y cansadas de la acumulación de tareas y, sobre todo, de responsabilidades asociadas al hacerse cargo de prácticamente todo lo relativo al hogar⁵⁵, exigen a su compañero que haga algo, que se responsabilice de algo, la respuesta o actitud de él les remite de nuevo a lo que la sociedad supuestamente les transmite: “no es asunto de ellos”:

Antes de la separación? Pues hombre, totalmente indiferente para contigo. Cuando se dirigía a ti era porque... “No me has planchado esto; pues hay que ver, menudas horas son, me tengo que ir a trabajar y no has hecho la comida” Es que ahora mismo, yo lo estoy diciendo en voz alta, y a mí misma me sorprende el que yo diga esto. Sí, pero es que es así. O sea, tú a lo mejor estabas los sábados en casa y los domingos, porque trabajaba los sábados y domingos, y dices, yo me ocupo de todo, lo que es la casa, y te (...) la comida has tenido que ir después de comer a trabajar. Y si tú ibas un poco mal de tiempo ya tenías unos morros, un mal humor... en fin, dices, bueno, “Qué barbaridad, ¿cómo pude y tolerar yo esto?” Que dices, “Pero bueno, hazte tú la comida, tío” ¿Me entiendes? Y encima te reprochaba, “Es que eres tú que no te organizas”. (E.A.11)

⁵⁵ Como dijimos en su momento, no sólo las responsabilidades tradicionalmente femeninas, sino también las tradicionalmente masculinas relativas al hogar.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

La invisibilidad de la violencia a la que están sometidas **se produce incluso** cuando el maltratador las abandona en los momentos vitales (nacimiento de un hijo, estancia en un hospital), abandono que “duele”, hace sufrir “como mujer”, pero que no permite tomar conciencia de una situación del todo anómala, puesto que remite más a un plano privado, de la pareja, a una actitud de desafecto hacia ella, o una falta de amor, una falta de sensibilidad. Sentimiento de abandono y soledad que si bien es doloroso, también tiene su discurso legitimador: *“los hombres no han sido educados para eso”, “son diferentes”, “no saben cuidar a los demás”, “se ponen celosos ante el nacimiento de un hijo”, “se sienten excluidos de la pareja”, “son menos afectuosos que las mujeres”...*

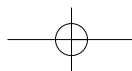
“No, yo siempre él, a lo mejor por el hecho de que he dado una imagen de persona fuerte, se suponía que yo podía resolverlo todo, ¿me entiendes? Yo era la persona que se ocupaba de la casa, que él trabajaba y aportaba un dinero y una estabilidad (...) dinero de él en casa, que me ocupaba de la documentación, los papeles de la casa, la declaración de renta, de esto, de aquello y lo de más allá. Yo lo hacía todo, yo era la persona que se ocupaba de la intendencia de la casa, y él, pues hombre, tenía que si la afición de que se iba a hacer footing los fines de semana, luego era la de pegar tiro... olímpico, tenía licencia de tiro, tenía pistolas en casa. Entonces, yo (...), cuando iba a nacer la segunda, Lucía, le tuve que llegar a decir... porque se iba todos los fines de semana, sábados y domingos. Y yo estaba embarazadísima, y yo le tuve que llegar a decir, “No te vayas los fines de semana, porque si me pongo de parto estoy con el niño solo en casa” Entonces, eso le (...) dos fines de semana en salir, pero se lo tuve que decir yo. Yo, si no no se le hubiera ocurrido pensar que es que, fíjate tú. Es fuerte, eso te duele a ti, como mujer te duele, ¿sabes? Cuando nació mi hijo, el primero, sí, fíjate tú qué reacción. Ingresé por la mañana, había un conocido de... un amigo de una vecina de su madre, allí trabajando en el hospital, y

cogió éste, mi marido y se marchó a casa de sus padres. Y yo allí ingresada. (...) a él se lo transmitían telefónicamente, como un partido. Sí, es de risa, pero es así. Te sientes muy mal. Te lo guardas dentro, pero te sientes muy mal. Si es que no le importas. El parto fue muy malo, fue muy largo, y... a los pocos días, estaba yo todavía ingresada, además estuve ingresada una semana, pues había coincidido un fin de semana en medio, el caso es que era el cumpleaños, o celebraban el cumpleaños de una prima suya, y venían a verme, él y sus padres... Y dice, “No, no, venga, vámonos al cumpleaños de Baby”, su prima. Pues se fueron al cumpleaños de Baby, y allí yo me quedé, como mi niño. Eso, como pareja, te duele. Hoy, mira, no se lo aguantas ni a tu padre. (E.A.11)

La mujer que se encuentra en una situación de maltrato de esta naturaleza difícilmente va a percibir los actos del maltratador claramente como agresiones. No lo va a ver porque es “lo normal” y porque, al igual que sucede en un tipo de maltrato más explícito, el abandono y el desprecio van dejando huella en la autoestima de la mujer, que empieza a desconfiar en sus propios sentimientos y pensamientos.

“No te organizas; es que, claro, como llegas tarde de trabajar. No te voy a ayudar nada si tú no dejas de llegar tarde de trabajar” Y llegar tarde de trabajar, cuando tú estás trabajando en una empresa privada, no estás trabajando en un ministerio. Necesitas hacer un esfuerzo superior, desgraciadamente, pero es así. Es así y no hay más tu tía. Y no lo comprendió jamás. Entonces ese menosprecio hacia ti, hacia la labor tuya como persona, como madre, como mujer, como todo, o sea, no contaba para nada, yo era una mierda, un cero a la izquierda. ¿Qué ocurre?, que eso te va minando en el día a día, te insulta, te menosprecia, o sea que es que... es todo, un año, otro año, otro año. Yo he estado 18 años casada. De alguna manera yo creo... ahora lo veo y dices, piensas que esa persona realmente era un infeliz acomplejado.(E.A.11)

“porque también alguna de las cosas que me hizo es que fue hundiéndome, hundiéndome en todos





los sentidos y yo no podía quedar con una amiga, yo no podía hablar por teléfono con ciertas personas, pues cuando yo hablaba con una persona, que al no le gustaba y él se había enterado que yo había hablado, pues que no vuelvas a hablar con esa persona, la vida con esa persona porque o sino yo me separo, pues yo le decía porque si es una mu, una persona, que no es un hombre, en fin, tú dices son celos, es una mujer normal y tal, no porque es una feminista, no porque tal, no porque cual, yo cogía y con tal de no montarla, pues ese, no volvía a llamarla, si me llamaba, mira, no puedo quedar, eso y tal y yo ya me había quedado sin amiga" (E.A.5)

O llegabas a las ocho de la tarde de trabajar, que tenías que recoger a tus hijos de casa de tus padres, te ibas a tu casa y encontrabas a un señor ahí bien apoltronado, sentado delante de la televisión diciendo que vaya horas de llegar eran esas. Claro, tú interiormente se te llevan los demonios. Y dices, pero bueno... Y te tienes que ocupar de baños, y de niños, y de cena, y de dejarle algo de comida para el día siguiente. Vamos. (E.A.11)

Bueno, estallidos de insultos tenía, pero el trato vejatorio, el trato de no respetarte, el trato de no tener ningún tipo de consideración hacia ti, hacia tu esfuerzo, hacia todo, era normal, eso era lo normal. Pero fue lo normal prácticamente desde el principio. Sí, porque él no consideraba que lo que tú hicieras tuviera ningún tipo de mérito. Es más, él decía que es que... "Joder, es que tienes que ayudara, es que no puedo más" "Es que la culpa es tuya, que no te organizas" Ahora mismo lo pienso y es que se me llevan los demonios... (E.A.11)

Las mujeres víctimas de exclusivamente este tipo de violencia que es el abandono pueden soportar la situación muchos años. Si es una relación de mucho tiempo, el mantenimiento de la situación por parte de las mujeres se hace desde la posición de alejamiento y distanciamiento afectivo con el hombre, refugiándose en su trabajo y/o en los niños.

3.3 La entrada en escena de los hijos.

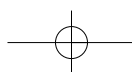
Interesa indicar que en varios de los casos la decisión de tener hijos no fue claramente y explícitamente consensuada con el varón. Como se dijo anteriormente, es muy típica en la actitud del maltratador la renuencia a aceptar obligaciones; es relativamente normal ante ello que no le resulte especialmente grato aceptar el compromiso de la paternidad.

Las razones para tener hijos por parte de la mujer pueden ser muchas y comprensibles, pero nos interesa resaltar especialmente una, que aparece explicitada en una de las entrevistas, la expectativa de que la conducta del maltratador hacia con ella cambiase al hacerse padre.

*Yo quería quedarme embarazada porque quería creer... **atraparle de alguna forma** que estuviera más tiempo en la casa, digo, "Con un niño seguro, seguro" Mi hijo nació cuando yo tenía 19 años. (E.A.6)*

Puede ser, efectivamente, que el varón acepte **porque ella se empeñe**; pero esta aceptación forzada por el deseo femenino no resuelve las cosas, porque difícilmente el otro tiene por qué sentirse responsable de un hijo que no ha deseado y, por tanto, que no ha decidido autónomamente.

En cualquier caso, como se dijo, lo propio del maltratador es atender únicamente a su propio deseo. Si accede a que la mujer tenga el hijo, lo hará normalmente **con condiciones**, unas condiciones que difícilmente van a mejorar la situación previa. Lo normal es que esas condiciones que la mujer debe de aceptar tengan que ver con la





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

asunción por su parte de todas las consecuencias del hijo. Un pacto, por tanto, en que la mujer pierde todo el derecho a quejarse y el hombre adquiere todo el derecho a desentenderse de cualquier tipo de obligación.

Luego me quedé embarazada de Clara, y me dijo, "Tú verás lo que haces, si sigues para adelante con ello no tengo nada que ver" Bueno, y de hecho en algunas ocasiones me lo demostró, eh. (E.A.5)

La presunta solución resulta ser finalmente una trampa para la mujer, en la medida en que se ve ésta desposeída de argumentos y teniendo que soportar una carga infinitamente mayor a la que previamente poseía.

La entrada en escena de los hijos, en cualquier caso, marca un punto de inflexión en la táctica de la mujer maltratada. Podría decirse que son a la vez su liberación y su cárcel. Liberación, por cuanto introducen en su vida un objetivo, una razón para seguir viviendo que deja en segundo plano la preocupación por el humor del marido. No es de extrañar, por tanto, que con mucha frecuencia el nacimiento del hijo e, incluso, el propio embarazo se conviertan en momentos especial y típicamente violentos; la entrada en escena de un competidor tan serio difícilmente puede dejar indiferente al maltratador.

Sí, claro, como con más celos. Claro, porque veía que yo le tenía el niño y estaba pendiente del niño todo el rato. Y él quería que todo para él, todo para

él. "Y deja al niño y ponme la cena; y deja de darle el pecho y ponme la cena" (E.A.4)

A mí me retiró la palabra durante meses, porque me quedé embarazada. Perdí al niño, antes de nacer la pequeña me quedé también embarazada. Se puso conmigo... bueno, si es que es ilógico, las reacciones que tenía eran totalmente ilógicas. Se puso conmigo que ni te cuento, me retiró la palabra, me dijo que si seguía para adelante era asunto mío (E.A.5).

Pero el hijo es también, en gran medida, una cárcel, puesto que la mujer pasará, como se dice, "por carros y carretas" con tal que el hijo resulte indemne. Bien pronto el maltratador descubrirá el poder de semejante arma de cara a someter a la mujer a sus designios⁵⁶: ésta hará todo lo que él quiera con tal de que su hijo no se vea afectado⁵⁷. Ni que decir tiene, además, que la posibilidad de la separación se restringe sobre manera ante la aparición de los hijos, dado que la mujer pondrá siempre por delante el bienestar de éstos sobre su propio deseo de romper con la situación.

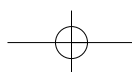
"Desde siempre, sí, sí, por eso yo tenía miedo de denunciarle e irme de mi casa, porque yo decía: madre mía que me coge y me mata y a mis hijos todos pequeñitos como, quién los va a criar y lo hacía todo por mis hijos, e aguantado todo por mis hijos, pero ya mis hijos".(E.A.7)

Que era así toda la vida. Por lo menos protegerlos a ellos, que a ellos no les hiciese nada, si es a mí vale, pero a los niños no. Digo, y así los niños van creciendo, pero que no les haga nada a ellos, les protejo yo (E.A.4)

Y él supo valerse de esa debilidad mía. Y saber perfectamente que mis hijos eran para mí lo primero (E.A.5)

⁵⁶ Un arma que se seguirá utilizando frecuentemente, como se sabe, incluso después de la separación, amparado en las leyes que le permiten seguir teniendo relación con ellos.

⁵⁷ En las entrevistas se observa que el maltratador mantiene con frecuencia una situación de amenaza suspendida de maltrato sobre el hijo: aunque no es directamente éste el objeto de su maltrato, sí que le interesa que la mujer piense que puede ser objeto de agresión en cualquier momento, puesto que para impedir esa agresión hará cualquier cosa, es decir, se plegará al deseo del marido.





Así, por ejemplo, cuando estas mujeres reciben una agresión fuerte por parte de sus maridos, la separación es muy difícil que se produzca por la razón del interés de los hijos. Pueden poner una denuncia, incluso estar unos días fuera de casa, pero de nuevo las dificultades económicas, el verse incapaces de salir adelante “solas” con los hijos, la percepción de que su marido siempre las encontrará allá donde vayan y que sus hijos vivirán esa situación como profundamente traumática, e incluso la idea negativa de que sus hijos perderán a su padre se configuran en los elementos que dificultan grandemente el salir de la situación.

Cuando ya fui... La primera denuncia la puse en la comisaría pero, entonces, como él se cortó las venas, yo volví a él, pues fui y a quité, pensando, porque él fue donde mi hija y lo juró y lo juró y lo perjuró y lo perjuró. Y, entonces, mi chico, que estaba soltero, dijo: “veámonos con él”. Esta fue la segunda vez. La primera vez yo no sé por qué... qué paso porque ya no me acuerdo, sé que... fue a pegarme y mi hijo se puso delante y entonces salimos Yo pensaba... por mis hijos, en mis hijos. Mi hermana me decía muchas veces: “vente y déjale ya”. Mi hermana: “vente y déjale”. Pero no era eso. No. ¿A qué me iba yo a ir? ¿Es que no me iba ir a buscar él al pueblo? Las cosas ahora hay que arreglarlas como se están arreglando y (E.A.14)

Y no he tenido esa ayuda con él. Entonces... ¿el por qué lo soportas durante un tiempo? Pues francamente, Ana, no lo se, de verdad, no lo se. ¿Por amor? Al principio puede ser que sí. Pero yo estoy segura, ahora cuando ves con la distancia, que yo hace muchísimos años que no estoy enamorada de él. Que lo he pasado muy mal. Y ha habido ocasiones que a lo mejor me he planteado el que esa no era la vida que yo quería. Pero es que estaban mis hijos. (E.A.5)

Y desde esta acomodación a la situación de violencia, aparecen los mecanismos que ayudan a seguir con la situación. Intentan pensar que cambiará,

que no siempre será igual, que dejará de beber, que cambiando de ciudad o de trabajo será otro, etc.; típicos y reiterados mecanismos de justificación de la conducta del marido que sirven para ayudarles a mantener la esperanza y las ganas de vivir.

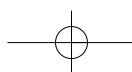
“Nos cambiamos de ciudad, yo impulsé el cambio de ciudad para ver si cambiaba un poco el carácter, pero fue a peor.”(E.A.7)

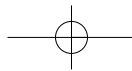
Los hijos se configuran en un elemento que si bien también les oprime, les ayuda a sobrevivir y contrarrestar la violencia y “machaque” diario del marido. Les ayudan a percibir, en muchos casos por primera vez, que el amor y el cariño existen en el ser humano, que ellas si que sirven para algo, que son fuertes y capaces, que no son tan inútiles como les dice el maltratador día tras día: los hijos ayudan a contrarrestar el discurso y comportamiento del torturador, a sentirse “algo valiosas”.

Sí, sí, sí. Ahí ya vi un poquito... y me desahogaba con él, le abrazaba, se me salían las lágrimas y... uf, muy bonito. Y luego, como le daba de mamar, muy bonito, le daba de mamar, y mirarle a los ojos (...) Estoy dando de comer a un niño, algo valgo. (E.A.4)

Así, el refugiarse en el amor de los hijos, el darse cuenta de que sin ella no podrían vivir, les permite en muchos casos vivir día a día, tristes, apáticas, deprimidas, pero sin llegar a la máxima expresión de ese malestar: **el suicidio**, una idea que tiende a rondar obsesivamente como posible salida, pero que difícilmente cabe considerar si hay hijos pequeños de por medio.

En cualquier caso, si el maltratador decide saltarse la proscripción implícita de agredir a los hijos, la separación se





impone, como se apuntó, como la única salida posible.

Yo ya sabía que tenía que salir de esa casa de esa persona, porque, o sea, ya me ha pegado a mi hija y a mi niño pequeño... (E.A.2)

Pues nada, la primera vez, esa que te digo, que el niño salió herido, se acabó el conflicto ya, me fui como pude de casa con mi hija mayor, que tenía trece años o catorce, mi pequeño, que tenía ocho meses. (E.A.2)

3.4 La salida de la situación de violencia.

Con el estallido de la violencia explícita se presentan las mayores oportunidades (aunque, como es obvio, también los mayores peligros) para las mujeres. La violencia ya no es posible que se confunda con amor, ni con celos; y, aunque en algo se pudiera confundir todavía, el rescoldo que deja una agresión física es demasiado doloroso. El impacto y shock resultante de la agresión del “compañero” sienta las bases para que se produzca un cambio de registro en la interpretación que la mujer tiene de su relación.

Pero el darse cuenta de lo injustificable de la relación no implica sentirse capaz de efectuar la ruptura. Cuando la mujer se da cuenta de la situación en la que realmente se encuentra está en una isla. Ha dejado amigos, ha reducido y problematizado las relaciones con su familia, ha abandonado el trabajo, si lo tuvo anteriormente, y carece práctica-

mente de relaciones sociales⁵⁸. La mujer se encuentra en un mundo opresivo y violento que le da miedo, pero también le da miedo el exterior puesto que realmente no tiene a quien acudir.

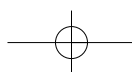
Porque no tenía a donde ir. Porque (...) mi familia no me aceptaba, no tenía amigos, no tenía a nadie. ¿Dónde iba yo con las dos niñas? O sea, tampoco, es que tampoco me puse a buscar organismos que me ayudaran, porque como yo pensaba que tenía que quedarme ahí, pues ahí estaba. (E.A.7)

Las mujeres en esta fase han interiorizado de algún modo las constantes descalificaciones e infravaloraciones de su compañero, han interiorizado y se han acostumbrado a sentir que no son capaces de hacer nada, que no son válidas en ningún sentido. Al fin y al cabo, eso es lo que pretendía, más o menos conscientemente, el maltratador; es natural que llegado a este punto la mujer haya perdido prácticamente por completo su voluntad.

Las mujeres que están en esta fase no necesitan tanto que se les haga ver la situación de violencia en la que están inmersas cuanto encontrar a alguien que les apoye y les haga **confiar** en que pueden salir adelante solas (económica, laboral y socialmente) y que les ayude a evaluar los recursos las posibilidades reales de existencia independiente.

“No me sentía yo con fuerzas. No me sentía yo. Porque, claro, yo decía: “jólín, fíjate, ha estado viviendo conmigo cinco años como si fuera un piojo, y una ladilla, ahí chupando de mí y yo desgraciada de mí, pensaba que ya no iba a poder salir adelante yo sola sin él”. Porque, claro, él me tenía... yo todo lo que hacía le tenía que consultar a él: “¿Te parece

⁵⁸ Lógicamente, estamos apuntando la situación más extrema, que posiblemente también sea la más usual.





bien?" "Muy bien" "Me parece mal" "pues no lo hago" ¿sabes? O sea... te come totalmente... la sesera, te la absorbe totalmente y todavía la tengo un poco que cuando tengo alguna indecisión digo: "se lo voy a consultar a Mariano". Pero yo no sé si al difunto o a Mariano. Vamos que no se... Pero que sí, hay veces que tengo que tomar alguna decisión así fuerte y voy al psicólogo y se lo cuento al psicólogo para que él me ayude. Pero que, que (E.A.2)

Y es aquí donde reside la mayor dificultad de estas mujeres, puesto que acudir a sus familiares y antiguos amigos o amigas no se contempla entre sus opciones. Es difícil ver en ellos un posible apoyo cuando, por propia voluntad, se realizó la ruptura en su momento.

También se observa que muchas de ellas no se atreven a "confesar" a sus seres más cercanos la situación en la que se encuentran; sienten vergüenza de pedir ayuda, de transmitir a sus seres queridos que su marido les maltrata, Semejante transmisión implica confesar que les ha mentado, que les ha tenido engañados durante un tiempo o, simplemente, poner en evidencia que han sido ingenuas y estúpidas, al dejarse llevar por el camino del maltrato a pesar de las advertencias reiteradas de aquellos a quienes realmente importaba. Una fuerte herida narcisista queda como resto de todo el proceso, y un orgullo mal entendido puede frenar la vía natural de recuperar los apoyos, tanto materiales como psíquicos.

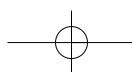
La mediación al respecto para facilitar el restablecimiento del contacto a la mujer con su círculo familiar y afectivo de referencia es, sin lugar a dudas, una parte necesaria del auxilio que precisa.

"Vergüenza, porque yo siempre... ¿por qué vergüenza? Pues porque yo he estado... Ellos siempre me han estado diciendo: "fíjate qué morro tiene tu marido. Tú trabajando y él en Mallorca con la niña. Tú trabajando y él se compra un telescopio de quinientas mil pesetas y tú no tienes para ropa. O sea, no tienes ni para taxi, que sales de trabajar a las cuatro de la mañana y te tienes que coger el BÚHO y él se compra todo lo que le da la gana, la cámara de fotos, el video, esto y lo otro... y tú ¿tú estás tonta?". Y digo: "bueno, pero es que me quiere mucho. Estoy muy a gusto con él, me hace muy feliz, pues qué más me da. O sea, la felicidad es la felicidad y si hay que pagarla así pues se paga así". Yo... Era el relato que yo daba. Entonces, pues, yo cuando ya empecé a decir que estaba mal, muy mal... pero no estoy a gusto con él y nada más. Y yo me encerraba así...

Y cuando ya me pegaba, yo iba dando pistas. No iba directamente diciendo: "fíjate lo que me ha hecho". No, no, yo iba y decía: "ay, estoy amargada". Y yo me tiraba con un café y un paquete de tabaco... pim, pim, pim... y dale que te pego... Pero yo no contaba directamente la realidad. Yo no podía decir la verdad. Me daba vergüenza. Me daba miedo." (E.A.2)

Por tanto, la mujer que se encuentra ante la primera explosión de violencia intensa por parte de su marido, si bien "ve" la situación, es decir, advierte que ya no hay justificación posible de su conducta, todavía no tiene las herramientas necesarias (afectivas, cognitivas, materiales) que le ayuden a salir del estado de shock en el que se encuentra. Desde la primera expresión de violencia explícita pueden permanecer "confusas" y sin recursos algún tiempo, bien esperando recibir la ayuda de amigos que nunca se va a atrever a pedir, bien esperando que él cambie y se tranquilice.

Pero la espera no trae como consecuencia a medio plazo la calma. Puede ser que se dé, y es típica esta situación, un arrepentimiento del marido, y





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

una etapa posterior de calma. Es de suponer que este arrepentimiento tiene que ver con que la mujer ha dejado ya de ser del todo sumisa, que ha puesto las cartas sobre la mesa, que ha empezado a poner límites y a amenazar con irse si se repite la situación. En la medida en que la pérdida de su “objeto” es para el maltratador importante⁵⁹, es normal que realicen ciertos repliegues tácticos que permitan que la mujer recobre las esperanzas. Pero, inevitablemente, el suceso se vuelve a repetir una y otra vez, cada vez más próximo al anterior, cada vez más intenso en su manifestación, hasta que la mujer termina por perder toda posible capacidad de generarse esperanza.

Uno de esos estallidos de violencia terminará por colmar el vaso. Sin otra motivación que la propia supervivencia de ella y/o de sus hijos la mujer sale repentinamente, por la noche, a escondidas, a la búsqueda de una casa de acogida.

Después. Pero, vamos, que el día que más fuerte me... Que yo me sentí casi... Que digo: “joder de aquí no salgo” Del servicio, porque me encerró en el baño, se encerró en el baño conmigo y de allí ya no salía. Primero me ahorcó para arriba y luego me ahorcó para abajo y me metió en la bañera. Y allí machacando, machando... dándome golpes con la pared en... Y me ponía de pie, claro... y yo ya... Y luego tirada en el suelo... Fue un... Eso fue lo que se me quedó marcada que a la mañana siguiente ya dije: “no, ya no más...” Y vinieron mis hermanos y cambiaron la cerradura y ya se marcharon. Porque luego las veces anteriores que me había pegado, pues, había sido simplemente, pues, coger el florero o lo que pillaba en la mano y me daba con ello y nada más. Pero ese día ya... digo... “es que ya...

salgo mañana en El Caso, porque me ha matado”. O sea no (E.A.2)

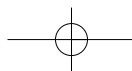
“Si, yo el día que me fui fue el día ese que nos pegó a los tres. A lo mejor si me pega a mi sola... bueno, si, mira yo no lo sé, me fui” (E.A.13)

Yo me acuerdo el último día que estuve allí, los dos últimos días, que me (...) con todo, me empujaba, me insultaba, me escupía, no se qué, y ya al final cogió una silla, yo con la niña, la niña tenía un mes, en brazos, sentada en el sillón, eh, con la niña en brazos, yo estaba diciendo, pero bueno, qué te pasa, tranquilízate, vamos a separarnos, nos vamos a separar bien, no pasa nada, porque así lo que vamos a conseguir es que cuando nos veamos por la calle no nos vamos a saludar siquiera, ¿tú te crees que eso...? Así que relájate, ya está, ya se te ha acabado el problema ese que tienes conmigo, porque yo me voy a ir, pero por favor... Bueno, vio que no tenía nada que hacer, cogió una silla, en la cabeza me iba a dar con ella, pero es que yo tenía la niña en brazos, con lo cual yo me tiré para allá, me caí al suelo, la niña conmigo, y de ahí me fui a la comisaría. Pero al día siguiente, porque yo en ese momento no podía salir de casa. Entonces al día siguiente los cogí a los dos, al de diez meses, once, los que tuviera, y a la niña, me fui a la comisaría.(E.A.13)

Salida repentina del hogar que no implica siempre la separación definitiva. La falta de recursos de todo tipo para vivir de forma independiente termina por generar situaciones tan angustiosas —especialmente cuando, además, se tienen hijos— que el remedio se puede evidenciar como peor que la enfermedad. Volver con el maltratador, por tanto, puede ser una acción realizada desde el más puro instinto de supervivencia.

“Estuve en una casa de unas monjas de Villaverde que fueron las únicas que me acogieron. No tenía trabajo y tenía dos hijos pequeños. Volví con él porque no pensaba que pudiera haber nadie con tanta maldad, pensaba que se arrepentiría.” (E.A.13)

⁵⁹ No podemos dudar de este hecho, por paradójico que nos resulte, puesto que sin él resultaría imposible entender nada. Si en algo se diferencia el maltrato de la desavenencia conyugal es en la imposibilidad del maltratador de vivir sin su víctima; en la desavenencia conyugal todo se explica desde el lado contrario, desde el deseo más o menos explícito de romper la relación.





La consideración de una posible salida de la situación de maltrato suele producirse cuando las mujeres reciben apoyos y/u opiniones que les hacen ver y tomar conciencia de que la situación de violencia en la que viven no es normal, ni natural, ni permisible.

Entre las mujeres mayores, esto se puede producir en etapas de gran violencia por parte del marido, cuando los hijos alarmados y más concienciados y con mayor distancia emocional para ver la situación de violencia en la que vive su madre, son capaces de convencerla sobre de la necesidad de romper el vínculo

“Los mayores en diez o doce años, esto lo tienes que acabar, lo tienes que acabar porque esto no lo podemos aguantar, esto ya no se puede resistir. Si mis hijos desde chiquilines, desde que han nacido han visto el problema de su casa, vamos, y sus padres, que han estado siempre, tarándose las cosas para, a la cabeza. (E.A.7)

Que le dejara. Y mi hija me decía: “mamá déjale que te mata un día” “Es que te mata un día” “Te mata un día, déjale” “Abre los ojos y espabilate, mamá, que te mata un día”. Y es verdad ¿eh? A mí me lo tenía sentenciado que iba a ir a por mí. (E.A.14)

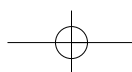
Si la mujer no cuenta con recursos económicos suficientes, la ruptura de la relación se puede producir cuando el auxilio de los hijos implica no sólo la comprensión y apoyo emocional, sino también el ofrecimiento de su hogar para vivir con ella. Que los hijos ofrezcan su hogar a la madre es de vital importancia para estas mujeres, para las cuales “irse a la nada”, vivir solas (aunque tuvieran opción para ello), quedarse sin rol y sin hogar pue-

de representar una ruptura demasiado grande, la cual puede dar incluso más miedo que permanecer con el agresor.

En el caso de las mujeres jóvenes, la ruptura de la relación también se produce cuando alguien “les abre los ojos”, pero, debido al aislamiento socio-familiar en el que suelen vivir, este apoyo es más usual que provenga de alguien de fuera de su círculo familiar, generalmente otra mujer (una madre del colegio, una charla en el parque con otra mujer) que les hace ver la situación de violencia en la que viven, la posibilidad de poder salir de esa situación, así como los caminos a seguir.

“Ya me encontré con esta chica, que también me lo confirmó, me dice (...) ella fue que me pregunto, “¿Rocío, tú eres mujer maltratada?” Digo, “Yo sí, Pilar, soy mujer maltratada” Dice, “Llama en seguida a este número” Me dio el número del SAVD y llamé. Digo, “Mire lo que me pasa, tengo la pareja en tratamiento de metadona –salió directamente la policía y tal– tengo una pareja en tratamiento de metadona, quiero denunciarla porque es que... llevo tres años de maltrato físico y psicológico y no se qué hacer, no tengo a quién acudir, no tengo familia, no tengo amigos, no tengo nada” digo, “¿qué debo hacer?” Dice, vente aquí a (...) a denunciar.” (E.A.7)

Sí, una conocida, conocida. Que era maltratada también, y había salido de este tema. Y digo, “Bueno, qué has hecho, cómo ha sido, y cómo te va” Dice, “Yo ahora estoy muy bien, tengo a mi hija, tengo un piso alquilado, estuve en un piso, en una casa de acogida durante seis meses, me han ayudado muchísimo, me han buscado trabajo, he pedido, a solicitar una vivienda, ahora (...) si se la darán, no se. Entonces todo eso me animaba a mí a salir de ese pozo en el que estaba. Digo, “Dios mío, si esta chica lo ha hecho yo también puedo hacerlo.” (E.A.7)





4. NECESIDADES DE SALUD EXPRESADAS POR LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

4.1 Actitudes hacia la enfermedad y el cuidado.

Tal y como se ha podido observar en la descripción que del maltrato se ha efectuado, la mujer maltratada se caracteriza por llevar una vida (sobre todo en las edades de crianza de los hijos) sobrecargada de trabajo y de estrés: no sólo tiene que hacerse cargo de los hijos y la casa sola, sin ayuda emocional ni productiva de su marido, ni de cualquier otra persona, sino que debe de establecer estrategias para protegerse a sí misma y a sus hijos de su pareja.

Las circunstancias vitales de estas mujeres, por tanto, hablan más de un estado de sobre-exigencia e hiperactividad que de una vida estable y cómoda. Estado de sobre-exigencia e hiperactividad en el que se hace difícil caer enferma o, simplemente, “*echarse en la cama a descansar*” (sic.)

Para la mujer maltratada, el encontrarse en una situación de debilidad física conllevaría demasiados riesgos y ninguno de sus posibles beneficios:

- Nadie cuidaría de ella.
- Se encontraría más débil y vulnerable para “sortear” las agresiones de la pareja.

- Se expondría a un probable incremento de la violencia del hombre (no sólo por verla vulnerable, sino por la mayor agresividad que emergería ante la frustración por no tener a la mujer sirviéndole y atendiéndole).
- Expondría a sus hijos al abandono emocional y funcional (alimentación, cuidados) y/o, eventualmente, al maltrato más directo de su compañero.

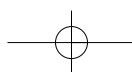
Me ofrecieron ayuda de todo, el del hospital, que puede ingresar, pero yo no quise, por niño, sabiendo que él maltrata a niño pensaba que será peor, peor, dejar a ellos dos solos. (E.A.1)

No, no, no, eso estaba prohibido, en aquel momento era prohibido para mí. Yo pasaba unas reglas sufriendo... bueno, sigo pasando unas reglas muy, muy, muy fuertes. Y yo quería tumbarme un rato en la cama... imposible. Imposible porque sabía que las niñas no iban a estar bien atendidas por él. (E.A.7)

Así, las pequeñas enfermedades y los pequeños achaques no suelen traducirse fácilmente en cuidados: ir al médico, procurarse reposo, etc. Aunque estén agobiadas y/o agotadas por el trabajo que dentro del hogar han de realizar solas y continuamente en tensión por la adaptación a las exigencias del maltratador, literalmente no pueden permitirse caer enfermas.

ENTONCES CUANDO FUISTE, ¿IBAS A TU MEDICO GENERAL PARA ALGO, UNA GRIPE, UN RESFRIADO?

Es que no, es que no podía ponerme enferma. No, en mi cabeza no entraba poderme poner enferma. Pues porque no podía, ¿quién iba a atender a la niña? Imposible, imposible. Yo me meto en la cama y las niñas... no es que se me mueran, pero las niñas pasan hambre, tienen suciedad, no se bañan, en fin. Eso era lo que a mí me hacía pensar “No me puedo enfermar” Porque si no no las voy a poder atender. Si él nada más que pensaba en él, en estar fuman-





do y bebiendo, solamente, nada más que en él. En estar tumbado, viendo la televisión, con una cerveza en la mano y con un porro en la otra, era increíble. Y en la habitación con las niñas, por cierto, o sea que...No, no, no, eso estaba prohibido, en aquel momento era prohibido para mí. Yo pasaba unas reglas superdolorosas... bueno, sigo pasando unas reglas muy, muy, muy fuertes. Y yo quería tumbarme un rato en la cama... imposible. Imposible porque sabía que las niñas no iban a estar bien atendidas por (E.A.7)

Y, Y LOS MÉDICOS ¿CÓMO HAN SIDO CUANDO HAS IDO A LO LARGO DE ESTOS VEINTE AÑOS, VAMOS QUE HAS IDO A LOS MÉDICOS A LOS PARTOS O, NO SÉ SI HAS TENIDO ALGUNA MÁS DOLENCIAS FÍSICAS?

No

¿NO?

No (E.A.7)

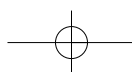
En esta lógica, y desde esta necesidad de protección de los hijos, la aparición de síntomas presumiblemente relacionados con la propia situación de violencia en la que se encuentran tampoco aparecerá directamente vinculada normalmente a acciones directas e inmediatas de cuidado y auto-cuidado, siempre y cuando, lógicamente, el efecto invalidante no exceda de ciertos límites. Lo más habitual, en cualquier caso, es encontrar el tipo particular de relación femenina con el cuerpo y su salud que F. Conde denominó⁶⁰ “*Lógica del aguante*”; que alcanzaría, posiblemente, su máxima expresión en este tipo de mujeres, que operan permanentemente con la obsesión de no caer enfermas.

- De esta afirmación sobre la “actitud” de la mujer ante su cuidado y, por tanto, ante la utilización de los servicios sanitarios no debe deducirse ninguna conclusión acerca del nivel objetivo de uso de esos mismos servicios. Una cosa es intentar no caer enferma y otra cosa es no enfermarse. Se sabe por múltiples estudios que la situación de violencia entrafña un deterioro sensible de la propia salud que necesariamente debe repercutir en un uso relativamente frecuente de los servicios sanitarios. Lo que sí se puede deducir a partir del análisis realizado es que la mujer **debería ir más** al médico de lo que prácticamente se permite.

Otra cosa, evidentemente, sucede con los hijos. No se observa al respecto propensión a una dejación semejante. La atención sanitaria al hijo (incluso antes de nacer, en el embarazo) es prioritaria, y ni siquiera los caprichos del marido pueden aparecer como razón vinculante para su desatención sanitaria, al menos en lo que respecta al acceso a los servicios sanitarios en caso de enfermedad. Este dato es interesante para hacer notar la gran importancia que potencialmente tienen los pediatras –y, secundariamente ginecólogos y matronas-, en la detección del maltrato.

- Tampoco debe de concluirse por ello que podamos del todo tranquilos acerca de los cuidados que reciben los niños en estos hogares. De un ambiente semejante no es posible esperar una aplicación excesiva al

⁶⁰ Ver, Conde, F.: “Informe sobre salud y mujer en la Comunidad de Madrid”. en Documentos de Salud Pública, nº 32 (1998)





respecto, máxime si consideramos la presión a la cual está sometida la mujer y los desarreglos psíquicos que pueden llegar a generarse en ese contexto.

4.2 Problemas psíquicos.

De semejante lógica del aguante no se puede deducir, como se dijo, que no caigan enfermas, ni que su experiencia en el maltrato se viva como una experiencia saludable. El acento, en cualquier caso, recae, en el discurso de las mujeres, más que sobre lo físico⁶¹, sobre lo **psíquico**, ese ámbito en el cual resulta difícil disociar la insatisfacción de la enfermedad.

Yo estaba bien físicamente. A mí no me pasaba nada. No me dolía el estómago, no vomitaba, no hacía nada. Yo estaba físicamente perfecta. Lo que tenía era un sufrimiento que era peor que un cáncer. (E.A.2)

Se habla, específicamente, mucho de **depresión** y de **estrés**, pero está claro que tales términos no se utilizan normalmente en su sentido clínico, sino en su sentido común, englobando en ellos prácticamente todos los sentimientos de desesperanza, ansiedad, angustia, agobio, frustración, etc. Aunque aparezcan mujeres en la investigación que sí que han sido diagnosticadas y tratadas por depresión, no parece ser ésta la situación más común; no es tan común durante el proceso de maltrato que la mujer se sienta “psicológicamente en-

ferma”⁶², pero sí que es común que se sienta “vitalmente derrotada”⁶³.

En ese momento. Porque yo me sentía muy sola, muy sola, muy sola, muy sola, muy sola. Y con mucha responsabilidad y muy angustiada, y muy, con mucha depresión, recién parida, vamos no tenía ni mi familia, nadie, nadie, nadie, nadie. O sea, que fíjate. (E.A.7)

“Me metí como una depresión fuerte, de decir, pues nada, será así la vida, será todo a base de malos tratos y malos tratos. Y quién sabe eso, claro, vivía de pequeñita una situación de eso, luego me caso, lo mismo, y digo, “Pues nada, tiene que ser así la vida, será que las mujeres somos para llevar los insultos y que nos peguen”. (E.A.6)

“Tengo mucho estrés de algo, me suele bajar la regla antes, es como que me afecta mucho al sistema éste, me..., éste y me han dicho que no tengo nada, o sea que es todo psicológico.” (E.A.5)

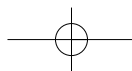
Pues no lo sé. Supongo que será por eso, eso, que no valía para nada, la cosa esa de, la vida, que es así la vida, te sientes mal, te ves la vida que no vale para nada. Se dice, “Esta vida es así” Pues vaya... te vas hundiendo, y no tienes ganas de nada, ni de comer, ni de salir, nada, nada, nada, nada. O sea, ni de arreglarte. Porque te hundes, no abres los ojos, no ves más allá. (E.A.4)

Porque, además, me comportaba de una manera extraña, en el sentido de que yo me dedicaba a trabajar y a mis hijos. Ni tan siquiera una relación, digamos, normal con la gente. Abierta, de dialogar... No, estaba muy encerrada en mí misma. Y eso... no sé si será una forma de protegerte a ti misma, de aislarte de la realidad, no lo sé, no se cómo llamarlo. Pero sí que... Luego lo he pensado y he dicho, he pensado muchas veces, “Durante esos años he sido un poco un zombi” O sea, sobrevives. No disfrutaba con nada, una persona triste, una persona de comportamiento a lo mejor con la propia familia muy distante, no sé. (E.A.5)

⁶¹ Obviamos en este caso las cuestiones relacionadas con las lesiones resultantes del maltrato físico, que no creemos que requiera una especial atención por nuestra parte, no porque no sea importante, sino porque requeriría de otro tipo de estudio y otro tipo de perspectiva profesional para abordarlo.

⁶² Aunque sea, sin lugar a dudas, relativamente frecuente.

⁶³ La identidad o radical distancia entre ambos términos es algo que debe ser dilucidado, pero remite a una problemática epistemológica relativa a los conceptos de salud y enfermedad, que con mucho excede el ámbito de la presente investigación.





Escogeremos a partir de hora término “*derrota vital*”, por varias razones.

- Primero, porque nos parece suficientemente ilustrativo de lo que puede estar “cociéndose” en la cabeza de una mujer maltratada, que ve día a día frustrado su quizá mayor proyecto vital: **el crear una familia**. Por encima del dolor físico, del miedo, la vergüenza, la humillación, etc., creemos que domina, como una profunda herida narcisista, el sentimiento de derrota del que se representa para ellas como su más íntimo y consustancial proyecto vital.
- Segundo, porque los “síntomas”, las actitudes y los comportamientos “anómalos” que nos describen las mujeres⁶⁴ cobran sentido con más facilidad desde la presunción de un sentimiento de derrota de tal naturaleza e intensidad.
- Y, tercero, porque evitando utilizar términos médicos, evitamos también los peligros de internarnos sin darnos cuenta en un discurso, como el médico, ante el cual somos incompetentes. No obstante, no dejamos de hablar de cosas semejantes, de cosas que pueden ilustrar al médico sobre el **sufrimiento** de la mujer víctima de violencia de género.

Hablemos, por tanto, de los síntomas. Y empecemos hablando del que posiblemente sea el síntoma más extremo, pero también el más expresivo, de una situación de derrota vital, **el deseo de suicidio**. Son varios los casos en las

entrevistas en que se recuerda la presencia obsesiva de esta idea terrible, y tampoco faltan los casos en que tal idea se materializó en forma de intento frustrado. La norma, efectivamente, era la lucha contra semejante idea, **seductora** por lo que tenía de liberación de una situación vital insoportable y sin esperanza, pero también **inaceptable**, en consideración a los hijos más que a sí misma.

Yo llegué a intentar suicidarme. Y el (...) desde hospital, me dieron cita con psiquiatra, y con psicóloga, y así. Y medicinas, antidepressivas y esto, por él, por él, que no veía, estaba atrapada, no veía salidas. Quería estar con él, y a la vez no quería estar con él. A la vez. Pero como no tenía otra persona, ni una amiga a mi alrededor, entonces tenía apoyos sólo en él. Y él no me apoyaba. Y eso es lo que me dolía. Que se puede amar, pero no tanto. (E.A.1)

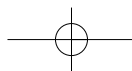
En caso de suicidio perdí confianza en todo. Una esperanza en mejor vida he perdido todo, todo, ya no me importaba nada, cuando estaba tragando pastillas ya no me importaba nada, nada, sólo matarme, por eso he tragado tres tubos. Por eso he tragado tres, para no despertarme ya. Contando las horas. Pero él regresó antes, antes, como muchas veces que... (E.A.1)

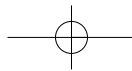
(Ante un intento de suicidio) Quise hablar. Me preguntaron por qué hice esto, y yo estaba diciendo, “No se, no se, o no quiero hablar, no quiero hablar”. No dije nada de malos tratos, tenía miedo de que se lo pudieran decir a mi marido, no tenía a dónde ir. (E.A.8)

“Yo le decía que estaba harta de la vida, que no quería vivir, y no me preguntó por qué motivo, no me preguntó por qué motivo. Me hacía preguntas extraña ¿te duchas? ¿te lavas? Me trataba como una loca, como una loca, y confiaba más en mi marido que en mi.” (E.A.8)

Pero muchas veces yo pensaba eso, de matarme, o sea, quitarme la vida, pensaba quitarme la vida mu-

⁶⁴ No hablamos de síntomas en sentido clínico, porque no somos médicos, ni nos compete hacer un análisis médico, aunque creemos que un médico podría llegar a darles semejante naturaleza.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

chas veces, porque me sentía mal y digo, "Yo para qué vivo, si siempre igual, igual, igual" Cuando tienes el niño, le ves y le miras, y digo, madre mía, tengo que vivir porque tengo un niño, y este niño tiene que salir adelante y necesita mi cariño y mi amor, y cuidarle de que no le pase nada con su padre. Y es lo que te hace... por lo menos sentí un poco más ganas de vivir, el niño. (E.A.4)

En efecto, son los hijos los que suelen sujetar a estas mujeres a la vida; no es posible imaginar un acto de violencia tan extremo como el de castigarles de por vida con el suicidio de la propia madre. No creemos necesario explicar por qué, pero sí indicar que no por ello la mujer puede desembarazarse del sentimiento "propio" que está por debajo de la idea de suicidio. Por el hijo lo deja sin efecto en lo real, no se traduce en la acción presumiblemente consecuente, el quitarse la vida, pero la mujer en sus acciones operará de algún modo como una suicida; es decir, como alguien a quien la propia vida le importa más bien poco. La propia vida, no la de sus hijos; de ahí que ellos se conviertan, como se dijo en su momento, en la trampa que les impedirá salir de su situación; como no piensan **para sí**, difícilmente van a vislumbrar algún camino para escapar. Es más, si algunas escapan, escaparán **por sus hijos**; pero éste acto valiente no garantiza que hayan escapado de su cárcel interior.

Esta **anulación**, esta ablación del yo, debe de tener sus efectos, su sintomatología. Desde luego, el efecto inmediato es la **anulación del instinto de búsqueda de ayuda**.

No, no confiaba, no confiaba en nadie ya.

NO CONFIABAS EN NADIE.

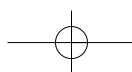
En nadie, tenía confianza sólo conmigo, confiaba en mí y en mi hijo, en mí y en mi hijo. Lo importante, lo que para mí era mi hijo y yo. Siempre primero mi hijo y yo. (E.A.1)

Ya hemos indicado anteriormente la desconexión que paulatinamente se produce con las referencias familiares y de amistad, que pueden tener su origen en el maltratador, pero que en un determinado punto parece estar autoalimentada por ella misma. No cuenta nada, no se queja, no protesta, no llora... Desde luego, pueden imaginarse razones de supervivencia para estas actitudes, como un intento de reducir el riesgo de nuevas y superiores agresiones; pero creemos que puede ser más potente la hipótesis de una real y patológica anulación de esas capacidades. Quien se siente derrotada vitalmente reduce su autovaloración hasta tal límite que simplemente le resulta inimaginable que alguien pueda llegar a interesarse por ella.

A mí me hubiera llegado pues frases como de que tengo que mirar más, pensar más en mi persona, por ejemplo, pensar en cómo es mi vida, por qué me siento sola. Preguntarnos primeramente el por qué, por qué te sientes sola, por qué te sientes deprimida, por qué no tienes ganas de salir a la calle, relacionarte con la gente, no tener ganas de contactarle a una persona qué mal me siento, ¿por qué?" (E.A.3)

Me hubiera costado trabajo, y la mitad de ellos no... o yo también que estaba (achicada), seguramente si hubiera llamado me hubieran ayudado, ¿no? (E.A.2)

Las mujeres maltratadas suelen presentar una psicología incómoda, que bien conocen aquellos que tratan con ellas y que intentan prestarles ayuda. Esa incomodidad, que tiene que ver con las respuestas frustrantes que re-





ciben cuando se intenta prestarles ayuda, puede ser explicada perfectamente desde esa hipótesis. Quien íntimamente no se cree con valor para recibir ayuda, responde ante ella de una forma aparentemente maleducada. El ofertante puede pensar, en efecto, que la mujer no valora lo que le da⁶⁵; pero el mecanismo psicológico real es mucho más complejo: como parte de una profunda desvalorización previa, le cuesta interpretar el acto del otro como un acto de ayuda. Puede imaginar muchas intenciones, pero, de entre las hipótesis que pueda llegar a barajar, la del auxilio va a ser la última que va a considerar, si es que llega alguna vez a considerarla. Es decir, se produce una obturación del mecanismo de interrelación entre seres humanos más inmediato y natural, el del intercambio.

Esto explica muchas cosas. Explica, entre otras cosas, la consabida dificultad de la mujer maltratada para denunciar, para hacer visible su situación. Es un tema de vital importancia cuando tratemos la cuestión de la detección en la consulta médica. Pero, por el momento, nos interesa seguir por este camino de búsqueda de síntomas que puedan reflejar o dar cuenta del sufrimiento de la mujer maltratada.

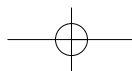
La inercia contraria al cuidado y al autocuidado en salud, ya apuntada al inicio del epígrafe, cobra especial significación desde este punto de vista. Difícilmente alguien que no valora su vida va a desarrollar estrategias para pre-

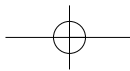
servarla o para intensificarla. No estaremos, por tanto, ante una mujer especialmente vigilante de su salud, interesada o simplemente motivada por el cumplimiento de tratamientos, el control, la prevención o, simplemente, por los hábitos saludables. La palabra sería “desarreglo”, un desarreglo que posiblemente se trasfiera a otras facetas de la vida, como la alimentación, el cuidado personal y del hogar. Prácticamente, sólo el cuidado de los hijos y las exigencias del marido organizan su vida; posiblemente el resto esté profundamente desorganizado. En apariencia, puede haber organización, pero en la medida en que la organización no es resultado de una expresión del yo, sino de normas externas, el espacio (y el tiempo) donde la mujer no encuentre normas no podrá llenarlo más que con su propia desorganización interna.

Los psicólogos conocen muy bien los efectos de la existencia de estos espacios-tiempos desorganizados. El horror que producen suele dar lugar a **comportamientos obsesivos** destinados directamente a evitarlos, pero que toman la forma de actividad insensata, inmotivada:

“Yo desde que, desde que, bueno desde que me casé yo siempre he estado enferma de los nervios, no el nervio de decir que estoy nerviosa y estoy haciendo locuras a la gente o conmigo misma. No, el nervio de estar siempre, en la rabia esa que se te pone en el estómago... Y atacada, siempre, siempre, atacada, y el nervio me daba a mí por limpiar; las sillas a las diez de la noche empapadas de agua que eran de tela, y yo estaba fregándolas a las ocho de la tar-

⁶⁵ La mujer maltratada no suele hacer lo que le bienintencionadamente le proponen.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

de. Sacaba las ropa de los armarios, la sacudía de derecho y de revés, las doblaba, pieza por pieza, pero es que todo diariamente, todo, todo, el lunes el comedor, le vaciaba y le fregaba completo líquido y le pasaba completo el spray, limpiaba las copas, un día los manteles, y era, ahora me doy cuenta, esos eran nervios, que los nervios te dan siempre por algo, porque yo le decía a mi hermana yo no hago esto por estar más limpia que nadie, es que si no lo hago tengo un nervio en el coco que no puedo, entonces yo...” (E.A.10)

En esta misma línea, y posiblemente con una significación similar, los **trastornos del sueño** aparecen con relativa frecuencia en las entrevistas.

Y luego tenía que tomarlas con (...), cuando cogí una depresión porque se fue a Marruecos y me mandaron de nuevo al psiquiatra, me mandó una para la depresión para que te reanimes un poquito y otra para que en la noche durmiera, porque de no poder dormir ya estaba muy cansada, y cuando lloraba la cabeza me dolía un montón. Y cuando ya estuve con ellas un tiempo y (...) desapareció, me las tomé todas las cajas y me tuvieron que llevar al médico en la mañana a limpiarme. (E.A.10)

Me tuve que ir y ya llegó un momento que exploté y me tomé un cerro de pastillas, que me lo había mandado el médico, para dormir, claro, yo ya estaba tan alterada de las éstas y de toda la leche, que no podía dormir. (E.A.8)

Yo no podía dormir. Yo había noches... Yo ponía la cabeza en la almohada y yo decía: “yo no puedo dormir. Yo no sé lo que me pasa”. Iba y me mandaba unas pastillas. A veces, por la noche, yo me la tomaba. Pero estaba con miedo de que sí iba a venir él a mí. Cuando me acostaba me levantaba yo a veces, porque es que había noches que decía que ahí no se duerme y no dormíamos ninguno de los dos. (E.A.9)

En esta configuración psíquica no deben ser infrecuentes tampoco los comportamientos con un cariz autodestructivo, como los implicados en la anorexia y la bulimia.

a mi la comida no me alimentaba, se me quedaba echa un nudo, claro de no comer con ganas y todo empecé a adelgazar, adelgazar y de cuarenta y siete kilos me quede en treinta y ocho en dos años. Me quede, es que las ojeras negras, la cara así, cuando estaba embarazada iba sin fuerzas, me mareaba por la calle.” (E.A.10)

Y yo me quedé muy delgada, muy delgada. Yo comía, pero porque tenía que comer, (...) me decía que tragara, pero tenía un nudo aquí, siempre muy delgada, muy delgada. (E.A.6)

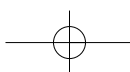
Pues yo lo veo muy importante, porque yo estaba bastante decaída, me faltaba... tenía anemia, y se achacaba a esa idea de la anemia a no comer, a no comer solamente. Pero me tampoco me preguntó que por qué no comía o... (E.A.7)

En el capítulo de las **somatizaciones**, cabría introducir un sinnúmero de dolores, pero es evidente que aquí nos salimos del ámbito de pertinencia de nuestro análisis, del plano del discurso y de la acción con sentido.

Y como nunca hablaba con nadie, con nadie de nada, pues estaba estancada siempre en el mismo sitio..., que me duele la cabeza todo el tiempo.

O sea, no... te coges como una depresión. No es una depresión. No sé. Te quedas para allá y te entra aquí un dolor de cabeza, como la jaqueca, y unas ojeras... Pero hasta aquí las ojeras... Y la cara así de... de mala ostia y tú no te das cuenta y cuanta y cuando ya te dice tu gente, mi hermana que vive conmigo... “jala, qué cara tienes...!”. Y digo: “sí, estoy a punto de morirme...” (E.A.8)

En este contexto, como ya se dijo, no debe de ser infrecuente la instalación de una auténtica y real **depresión**. Nuestro método de análisis y nuestro objeto, como también ya se dijo, nos obliga a acabar ahí; nosotros sólo podemos analizar en el marco de la acción con sentido, y es evidente que el sentido de la auténtica depresión —como del resto de las auténticas enferme-





dades psíquicas- se le escapa al sujeto que las tiene. No es lo mismo estar deprimida que tener una depresión; esta sutil diferencia se les suele escapar a mucha gente.

Estas mujeres están, suelen estar, deprimidas. No hay evidencia ni conciencia de enfermedad, y no van al médico por ello. Hay que admitir, en cualquier caso, que este tipo de sentimientos suelen dar en nuestra sociedad curso a demandas de atención psicológica; el sujeto puede, efectivamente, buscar a alguien⁶⁶ que le ayude a sentirse mejor, a aumentar su optimismo, a tomar la vida de otra manera menos dolorosa. ¿En qué medida observamos en las mujeres maltratadas una demanda de esta naturaleza?

Debemos decir que no alcanzamos a identificar claramente este tipo de demandas **antes** de que la situación de maltrato entre en crisis. Mientras que la mujer esté atrapada en el círculo vicioso del maltrato, esto es, mientras que no se haya instalado en su cabeza la posibilidad de romper y rehacer su vida es difícil que demande ayuda psicológica⁶⁷. Ello no quiere decir que no haya sufrimiento psicológico; lo que no se produce es la demanda de ayuda al respecto; y ya intentamos explicar en su momento por qué se produce este bloqueo de este mecanismo humano natural del intercambio de ayuda.

4.3 La necesidad de la confianza y su valor terapéutico.

A lo más, este tipo de mujer **puede llegar a desahogarse**. El desahogo no es directamente una demanda de ayuda. Tiene más el cariz de una evacuación: toda la angustia acumulada tiene propensión a salir por algún lado; la presa contiene el agua, pero llega un momento en que ésta se desborda de forma incontrolada. Hay dos condiciones para que se dé este desbordamiento: 1º) que la tensión haya llegado a un determinado punto en el cual las barreras ya no puedan contenerla, y 2º) que haya un catalizador, un **confidente**, alguien de confianza a quien soltar toda la angustia, con la expectativa de encontrar en él una reacción empática.

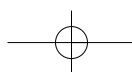
Si que tenía muchas ganas de hablar con alguien (...) y estaba yo llorando, yo quería contárselo a alguien, digo contárselo a una amiga mía a ver qué me aconsejaba, digo pero ella me va a decir que no me quiere. Yo quería desahogarme también porque tenía una pena muy grande y yo digo si a lo mejor lo cuento esta pena se me va a quitar, pues claro yo sé que no se quitaba, porque te hablan y no hablas de nada y como nunca hablaba con nadie, con nadie de nada, pues estaba estancada siempre en el mismo sitio...

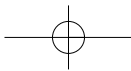
Sí, me salió, no puede controlarlo. Me dio por eso, por llorar y por ponerme a así a llorar, mal. Me dio por decir eso. (E.A.4)

Hasta que ya un día aparece sola, desbordada y de repente... Pero por otra parte tampoco puedes hacer mucho, porque ella no quiere que se entere que ha contado eso. Es como un desahogo para

⁶⁶ Puede ser un psicólogo, pero puede ser también, en un momento dado, el médico.

⁶⁷ Entiéndase, no psiquiátrica -o psicológica en su sentido más originario- en el momento en que tiene una auténtica depresión.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

ella, pero que podamos querer intervenir. Simplemente te desahogas. (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

Se van muy a gusto y dicen, bueno, me he desahogado (...) (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

Los momentos más adecuados para el desahogo, evidentemente, son los inmediatamente posteriores a las agresiones, psíquicas o físicas, más fuertes del maltratador. Es en esos momentos donde, normalmente, aparece la gota que colma el vaso. Como es el médico⁶⁸ el que normalmente está ahí, al menos cuando aparecen las lesiones físicas, hay que aceptar que en esos casos tiene muchas posibilidades de convertirse en confidente, si, obviamente, intenta y sabe ejercer ese papel.

Poco a poco todo, o quizá de golpe, no se, ahora es muy difícil ponerme en esa situación. Quizá si estaría muy nerviosa contaría todo de golpe, muy crudo como es, y muy cruel, la vida muy cruel. De golpe. Y si estaría mujer diría más. (E.A. 1)

La confianza es importantísima, por múltiples razones. Tras el desahogo, la mujer –como cualquier persona en esa situación– se siente vulnerable, es un acto psíquicamente similar al desnudarse. Pero la vulnerabilidad en este caso es todavía más real: el maltratador puede llegar a enterarse, y descargar su ira contra la mujer. La posibilidad de que el médico, llegado el caso, actúe como confidente, estará directamente en función de la seguridad que éste le ofrezca de que el maltratador no se va a enterar del ac-

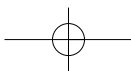
to. La “obligación” que el médico tiene de denunciar a la justicia los actos de maltrato opera, obviamente, en la reducción de su posible consideración como confidente.

Es importantísimo que se tenga en cuenta que la confianza es el primer paso necesario para que la mujer **entre en crisis** con su relación. Es una condición necesaria, aunque no suficiente. Se observan varios casos en la investigación en que la confianza se enquistaba en el tiempo; cumple su labor psíquica de desahogo, pero no se sucede de ella ningún intento de modificar la situación que genera la angustia. El desahogo ayuda a vivir en una relación invivible. Creemos que muchos de los tratamientos con psicofármacos que recibe la mujer maltratada operan prácticamente en esa misma dirección: cronifican la situación en base a reducir la tensión asociada a la situación de maltrato y a sus episodios más agudos.

Cuando la mujer entra en crisis sí que necesita y demanda ayuda psicológica. Puede resultar paradójico, pero es algo que conoce muy bien cualquier psicólogo que se gane su vida en el mercado de la terapia. Quienes vienen a ellos son personas que normalmente están ellas mismas **puestas previamente en proceso** de salir de la situación que provoca su sufrimiento. La eficacia de esas terapias está en gran parte condicionada por esa actitud previa⁶⁹; sin semejante actitud –que indica, en cierto

⁶⁸ Puede haber otro personal sanitario, pero el primero y más inmediato es el médico.

⁶⁹ No queremos restar importancia al saber del psicólogo, pero tampoco creemos que haya que sobredimensionar su poder para curar.





modo, que el sujeto estaba ya, en cierto modo, curándose por sí mismo- el proceso curativo se convierte en prácticamente imposible. El psicólogo es una ayuda, pero la mujer maltratada, para recibir ayuda del psicólogo y para saber utilizarla, ha de haber tomado previamente, de forma más o menos consciente, la decisión de romper con una relación que debe de ser ya para ella inadmisibles⁷⁰.

Sí, sí. Que me había destruido como persona y me estaba reconstruyendo, con lo cual era muy difícil a los 40 años. (E.A.2)

El **sufrimiento psicológico** es, efectivamente, un síntoma de la relación de maltrato. Pero, como en otros síntomas estudiados, ello no se traduce automáticamente en un acceso de la mujer a los servicios diseñados para ello⁷¹. A las claras, no creemos que las mujeres maltratadas vayan más al psicólogo, o demanden más atenciones psicológicas, por ejemplo, de su médico de cabecera, que las que no lo son. Semejante demanda implica ya una puesta en crisis de la relación; es decir, implica que la mujer maltratada haya ya dejado de serlo en alguna medida. Hay, en cualquier caso, un paso intermedio y posiblemente necesario entre ambos estados, que es el de la confianza, que implica y debería de implicar más a los servicios sanitarios.

5. LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y EL SISTEMA SANITARIO.

5.1 Hábitos del maltratador ante las atenciones sanitarias de las mujeres.

En las entrevistas no se ha observado que sea excesivamente usual que el maltratador acompañe a las mujeres en sus visitas más o menos rutinarias a los servicios sanitarios. Sí que existe, en cualquier caso, un tipo de maltratador y un tipo de maltrato consistente en no dejar a la mujer, como se dice, “ni a sol ni a sombra”. La obsesión por no dejar a la mujer que salga sola implica, o bien no dejarla ir al médico, o bien acompañarla.

Es obvio que este acompañamiento no tiene la significación de la deferencia, de la preocupación por su salud. Hay un intento de control, de supervisión y de anulación de la autonomía.

Pero siempre venía conmigo.

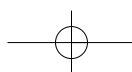
¿SIEMPRE IBA CONTIGO AL MÉDICO?

Siempre.

¿Siempre, siempre. Pero siempre la liaba, o sea, que era para peor, prefería ir sola. Pero como no me dejaba tampoco ir sola. “Yo voy contigo, yo voy contigo, yo voy contigo” Y digo, “No, por favor, quédate en casa, quédate en casita” “Que no, que no, que yo voy contigo, que no te dejo sola, que no te dejo sola, que no te dejo sola” No te dejo sola, pero vamos, la que montaba ahí era para peor para mí, porque yo me sentía por el suelo, vamos. Yo soy una persona

⁷⁰ Sirva esto como crítica a la propensión, detectada particularmente en Atención Primaria, a mandar sin más al psicólogo a la mujer que entra en confianza con el médico por su maltrato. Es muy normal que la mujer no acuda a ese psicólogo que le mandan, porque sin que la mujer elabore su demanda es difícil que se decida a dar semejante paso. Pero aún así, aunque lo diera, es muy difícil para el psicólogo el plantearse una terapia psicológica sin la actitud de curarse de la mujer.

⁷¹ No nos toca tocar aquí el tema de la oferta, sólo el de la demanda.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

en ese sentido muy discreta, no me gusta llamar la atención para nada, y él todo lo contrario, todo lo contrario.

No. El médico me auscultaba solo, pero él se quedaba fuera escuchando lo que decía, vamos. Nunca tenía yo tampoco posibilidad de decir, "Oye, estoy fatal", no tenía posibilidad tampoco. Vamos, me escucha decir eso y, vamos, yo qué se. (E.A.7)

Como se ve en la cita, es muy típico —y expresivo— que el maltratador aproveche la situación para montar, como se dice, "el numerito". En las entrevistas realizadas con personal sanitario también se nos ha transmitido la relativa frecuencia con que se produce este curioso comportamiento. Es fácil interpretarlo desde el estereotipo de la persona violenta: quien es violento en su casa con su mujer posiblemente también lo sea en todos los lugares y con todo el mundo. Preferimos, en cualquier caso, la interpretación menos evidente que se intuye en la cita anterior: el maltratador monta el numerito para **avergonzar a la mujer en público**; es parte de su maltrato el poner a la mujer en evidencia en público, como ya se apuntó anteriormente. Y no sólo en público, sino también ante el médico, ante una figura de autoridad. Ciertamente es que, objetivamente, es el maltratador el que se pone en evidencia, pero la mujer no puede dejar de vivir la situación, relativamente frecuente, desde la vergüenza propia.

En la cita aparece también como elemento de la situación **el control**. No se trata sólo de controlar que la mujer no vaya a otro sitio en vez de al médico;

también el maltratador necesita controlar lo que le dice al médico. Los médicos y médicas consultados suelen sospechar también que el maltratador está ahí ejerciendo tal labor de control.

Y eso, y eso, y eso, claro, y eso cuando a la mujer consigues tenerla sola en la consulta porque la mayoría de las veces está el marido, el controlador allí para que no suelte prenda también. (R.G.2 Medicina familiar. Hombres)

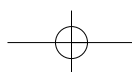
Yo creo que... no sé si será vuestra experiencia, pero el manejo, de los pocos que te llegan, es decir, es la mujer la que viene, el marido no viene. Si viene el marido el tema es... ya no lo sacan. O sea, porque no la deja, interfiere y corta la conversación y es muy difícil que tú puedas intervenir ahí en un...en un ten con ten. Aún sabiendo. Ya te digo, sin saber cómo... en nuestro caso... (R.G.2 Medicina familiar. Hombres)

Efectivamente, hay en el maltratador una suspicacia ante la posible confesión, ante la posible transmisión al médico por parte de la mujer de su auténtica situación vital. **El miedo a la denuncia** es, efectivamente, un componente importante en la relación de maltrato actual; el maltratador no sólo maltrata, también tiene que impedir que su maltrato se haga visible, porque cada vez más⁷² esa visibilidad lo pone a él en una situación de riesgo. Situación de riesgo no precisamente trivial: puede acabar en la cárcel.

Y la visita al médico de la mujer **empieza a ser**⁷³ un lugar y una oportunidad para que se desvele la situación, para que se produzca la denuncia. Suponemos que tanto para el maltratador como para la mujer; el maltratador

⁷² Conforme la sociedad avanza en su penalización.

⁷³ Realmente, desde lo limitado de la investigación no podemos determinar hasta qué punto.





controla que eso no suceda; la mujer baraja entre sus posibilidades de acción **el contárselo todo al médico**. Hay que aceptar, en cualquier caso, que ese lugar tiene algo de idóneo, si no no se darían estos comportamientos de control.

Desde el miedo a perder el control y el dominio sobre la mujer, las apariciones en las instituciones sanitarias se producen con más frecuencia –por lo menos en las entrevistas– tras los intentos de suicidio y en las agresiones graves que han requerido cuidados médicos urgentes. En estos momentos, el maltratador suele aparecer en escena, pero insistimos, no para cuidarla, sino para comprobar el estado de la cuestión, para comprobar que no dice nada, y atemorizarla para que no lo diga, así como para lanzar alguna promesa de cambio si percibe que la situación de dominación corre cierto peligro. Es un comportamiento del que también dan cuenta los profesionales sanitarios de urgencias.

H.- El intentaba convencerla: “pero, mira, cari... y no sé qué...” Y eso ya nos gustaba menos ¿no? Ese peloteo ya nos gustaba menos todavía.

(RISAS)

Ya era sospechoso. (R.G. 6. Enfermeras)

Y, bueno, siempre nos cuentan que se han caído o que tal. Y, como tú dices, normalmente vienen con el agresor, siempre están en la salita con ella... (R.G. 6. Enfermeras)

Aún cuando el acoso a la mujer ante los cuidados sanitarios de consulta o ambulatorio no es un comportamiento ge-

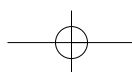
neralizabile a todos los maltratadores, sí lo es, por el contrario (si lo que se trata es de buscar indicadores de maltrato), **el abandono de éstas en los cuidados hospitalarios**. El abandono de la mujer cuando ésta esta ingresada por enfermedad o parto se configura en un denominador común en muchas de las entrevistas realizadas. El maltratador puede acudir al parto, pero no se va a quedar a cuidarla: cuidar a la mujer, “servirla” (y no ser servido por ella), es algo que ningún maltratador parece poder soportar. Es, por tanto, un indicador importante que las instituciones sanitarias no deberían de pasar por alto, puesto que la vulnerabilidad y la sensación de abandono que la mujer tiene en ese momento es muy grande, y muy grande, por tanto, la oportunidad para hacer una intervención.

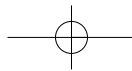
No estaba, no estaba, o sea, no pudo entrar al parto, él quería entrar al parto también, pero no lo dejaron porque tuvo que quedarse con la otra, que tenía ocho meses. Pero aparte ya, los días que yo estuve ingresada él vino media hora. Y mira que hubo posibilidad, porque la niña la recogió una tía de él, la madrina de la niña, se quedó, cinco horas, lo recuerdo, con ella para cuidarla para que él viniera a verme. Pero de esas cinco horas vino media hora solamente a verme, lo demás estuvo por ahí drogándose (Ilorra) (E.A.7)

5.2 La inhibición de la denuncia y de la búsqueda de ayuda.

Más allá de que las instituciones sanitarias se configuren en lugares donde algunas mujeres pueden buscar explícitamente apoyo o auxilio⁷⁴, en general, la relación que la mujer maltratada tie-

⁷⁴ Lo cual se abordará en capítulos siguientes





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

ne normalmente con éstas es similar a la que mantiene frente a la sociedad: silencio, vergüenza y creencia de que no puede ser ayudada.

Los motivos del *silencio* que mantienen pueden variar de unas mujeres a otras. Analizaremos a continuación diferentes motivos de inhibición.

1. La inhibición puede estar fundada en una creencia, fuertemente interiorizada, de la legitimidad de la opresión del hombre hacia la mujer. No contar nada a nadie se hace desde la certeza de que la respuesta que se va a recibir va a ser de similar naturaleza a la que obtiene habitualmente de su pareja. La mujer tiene miedo a escuchar que habrá hecho algo mal, que si está así es por su culpa (por no ser suficiente sumisa, suficientemente "femenina"). Tiene miedo de escuchar que la vida es así, "que tiene que aguantar", que no tiene razón en su queja o su sentir.

Y yo a nadie le conté que me hablaba así sino que yo estaba incómoda con él, pero yo no me atrevía a decirlo porque yo me sentía muy culpable. (E.A.8)

Tiene miedo en definitiva, de no ser "auxiliada" ni comprendida y, por el contrario, culpabilizada por no querer o no saber salir de esa situación.

No, también por eso, que diese la razón a mi marido, "No, si tiene razón, hija, ¿no ves que tú estás haciendo algo mal y él tiene que hacerlo?" (...) se lo voy a decir a mi madre y me va a decir, "Hija, es que... a saber lo que estás haciendo para que tu marido te haga eso?" Y para que te echen otra bronca, dices, "Va, déjalo" Me voy a ir para allá y mi madre me va a decir que hace bien porque yo he hecho al-

go mal. Pues te sientes tú que es la que haces las cosas mal. Y a cualquiera que se lo digas va a pensar eso, que eres tú. Digo, pues me lo callo y fuera, así no paso la vergüenza de que piensen que he hecho yo algo. (E.A. 6)

En la medida que la mujer, sumergida en la situación de violencia en la que vive, ha incorporado la complicidad sociofamiliar de su situación, el sentimiento de culpabilidad se va transformando en vergüenza: aunque sufra, aunque perciba una situación injusta, ya no dice nada a nadie porque tiene vergüenza (vergüenza por ser diferente, vergüenza por estar sufriendo esa situación, por no tener un hogar como es debido, por ser una mujer a la que su marido le trata mal, por ser una mujer a la que le pasan esas cosas, etc.) Tiene miedo en definitiva de ser señalada, marcada como diferente: mujer "deficiente"; mala madre, mala ama de casa, con problemas, o poco sumisa, con demasiadas ansias de libertad.

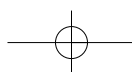
Y, ¿A QUÉ CREES QUE SE DEBE ESO?

Sí, ahora sí, antes yo era más tonta, más yo que sé, que me daba vergüenza de, de todas esas cosas, ya no me da vergüenza. Ya no me da vergüenza, ahora si tengo que ir vamos a por la guardia civil y traerla y la traigo, a mi vergüenza ya no me da ninguna, antes si me daba

-¿ENTONCES LA VERGÜENZA ES PORQUE UNO SE SIENTE CULPABLE O SE SIENTE?

Es que yo creía eso, es que como él me tenía a mí que yo no valía para nada y, y que yo era una mierda y pues eso, yo creía, he pensado realmente que ha sido por mí, que a lo mejor yo era una mierda, lo que él me estaba diciendo, ¿sabes?, pero luego yo, como dicen mis hijos: mamá no piense eso (E.A.7)

La mujer que ha interiorizado la culpabilidad o el "deber de una mujer





de aguantar” teme, en definitiva, a quedarse expuesta a las críticas y señalamientos de la sociedad; tiene miedo a quedarse expuesta a ese mecanismo eficaz que hace a la víctima sentirse culpable a la vez que avergonzada de sufrir una situación de violencia.

Desde esta situación de culpabilidad y vergüenza, y desde temor a no ser comprendida en su queja, el silencio de la mujer se extiende a todas las instituciones, incluidas las sanitarias. La mujer puede (y suele) acudir a los distintos agentes sanitarios que componen su vida cotidiana: ginecólogos, pediatras, médico de familia, y no contar nada de lo que le ocurre, pues no espera de ellos tampoco un discurso “legitimador” de su queja.

Este “silencio” puede extenderse, incluso, ante las secuelas de las agresiones más violentas de su pareja. En la medida en la mujer piensa que no tiene oportunidades para salir sola adelante, ni “derecho” a quejarse, el acudir al médico poniendo en evidencia la situación no le trae aparejadas más que desventajas: exponerse a una mayor violencia por parte de su marido. El acceso al médico en este caso no se va a producir ante lesiones menores; si se puede soportar el dolor mejor no acudir. Pero si la lesión obliga a acudir, lo mejor es mentir.

¿Y ANTE LOS GOLPES DE TU MARIDO NO IBAS AL MÉDICO? Y ESO?

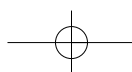
Sí, lo golpes a lo mejor me he hecho algún cardenal, sí a lo mejor he ido dos veces al médico. Vamos, no

he ido por no denunciarlo y me cogía y me callaba. Seguramente que hoy en día, vamos, no me callo, no aguanto tanto como he aguantado. Sí, ahora sí, antes yo era más tonta, más yo que sé, que me daba vergüenza de, de todas esas cosas. (E.A.7)

¿Dónde iba a ir? Mi marido me iba a encontrar en el pueblo (E.A.14)

(Ante un intento de suicidio) Quise hablar. Me preguntaron por qué hice esto, y yo estaba diciendo, “No se, no se, o no quiero hablar, no quiero hablar”. No dije nada de malos tratos, tenía miedo de que se lo pudieran decir a mi marido, no tenía a dónde ir. (E.A.8)

2. La mujer que ha interiorizado “la normalidad” de la violencia del hombre hacia la mujer en una relación de pareja, no habla de su situación a nadie de su mundo cercano en el fondo porque no quiere oír descalificaciones del comportamiento de su marido. Tenemos aquí un caso contrario al explicado anteriormente: en este caso, la violencia puede ser objetivamente tan fuerte que la propia mujer tenga la certeza que encontrará la reprobación de sus familiares o personas cercanas, y es precisamente el miedo a esta reprobación de su conducta lo que inhibe la explicitación de la situación en la que vive. Sintiendo todavía enamoradas, y no queriendo aceptar la violencia del agresor como signo de falta de amor, le perdonan fácilmente. No contarle (a sus familiares, amigos, vecinas, etc.) entra dentro de la protección de su pareja y de sí misma, en la medida en que no hace nada para romper con la situación. Sabe que va a recibir la condena social/familiar, y no quiere escuchar “discursos” le digan que esa persona no la quiere y que debe de dejarle.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Nada, yo pensaba que si yo lo cuento, él, como yo pensaba, lo que pasa que yo muchas veces lo sentí, lo que pasa es que como son los nervios, por eso yo no podía contarle demasiado, porque digo si él me quiere le va a doler, porque va a pensar: "mira no se da cuenta que la quiero". Yo pensaba que él iba a pensar que yo no le entendía sus sentimientos, va a interpretar pensando que no le entiendo, y le entiendo perfectamente, sé que son los nervios. Y yo, más que preocupada por mí, yo siempre he estado pensando en la pena de su cuerpo.

¿Y NUNCA SENTÍAS LA NECESIDAD DE DESAHOGARTE CON ALGUIEN?

Si que tenía muchas ganas de hablar con alguien, porque cuando (...) por ejemplo (no se escucha) y estaba yo llorando, yo quería contárselo a alguien, digo contárselo a una amiga mía a ver qué me aconsejaba, digo pero ella me va a decir que no me quiere. Yo quería desahogarme también porque tenía una pena muy grande y yo digo si a lo mejor lo cuento esta pena se me va a quitar, pues claro yo sé que no se quitaba, porque te hablan y no hablas de nada y como nunca hablaba con nadie, con nadie de nada, pues estaba estancada siempre en el mismo sitio..., que me duele la cabeza todo el tiempo.

Y desde este perdón y amor a su pareja, acudir al médico para curar golpes, moratones, lesiones no demasiado graves⁷⁵ se hace inviable, dado que ello implicaría de algún modo una denuncia⁷⁶. La mujer lo sentiría como un acto de deslealtad hacia su pareja, porque ella, a pesar de las palizas, le perdona y le sigue queriendo.

Ante estas lesiones considerada por ella leves, la mujer esconde sus moratones, se tapa la cara, no sale de casa para que otros no vean que la han pegado, a la espera a que desaparezcan las señales y signos de la

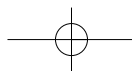
violencia. Cuando sufre lesiones graves y severas es cuando irremediablemente acude al médico, pero allí, en su intento todavía de "disculpar" a su agresor, intenta "esconder" el origen de la agresión y miente sobre ello.

3. Cuando explota la etapa de violencia en sus primeras manifestaciones, ciertas mujeres pueden también silenciar el problema ante el que se encuentran, aunque los motivos de distinta índole a los descritos hasta ahora. Puede que la necesidad de contarle sea mayor que en los otros casos, pues la violencia física les ha sorprendido, es algo que no "esperaban", pero la mujer se encuentra en un momento de shock que hace que se paralice.

Entre los sentimientos que la embargan, la vergüenza para contarle también aparece. Pero tal vergüenza adquiere aquí un significado más complejo: la mujer, que fue dejando a amigos y familiares en su proceso de enamoramiento, que fue defendiendo a capa y espada a su pareja a pesar de la opinión contraria de amigos o familiares que le decían que ese hombre no era tan bueno. En esa tesitura esta mujer, tiene vergüenza de volver a ellos y reconocer que se ha comportado como una inconsciente, tiene vergüenza de reconocer y reconocerse a sí misma que todo había sido una equivocación, e incluso de que se había y les ha engañado. Y desde esta vergüenza y culpabilidad

⁷⁵ Según el diagnóstico de la maltratada

⁷⁶ No es necesario llegar a la denuncia material para vivir la situación como denuncia.





que siente de haber “consentido” en cierta medida esa situación, el silencio se impone a los seres más cercanos y, eventualmente, a las instituciones médicas.

Así, la mujer que ha comenzado a sufrir agresiones por parte de su marido, en el estado de shock, paralización e incredulidad en el que se encuentra, no dirá nada hasta que no tome una decisión al respecto. La violencia ha comenzado, pero también los arrepentimientos y las promesas de cambio del agresor y, correlativamente, también los cambios de opinión de ella. Hasta que ella “no se aclare”, no dirá nada y no elegirá a nadie como confesor de su situación.

En este contexto emocional, la familiaridad que se pueda llegar tener con el médico de familia, lejos de favorecer la confidencia se configura en un freno. Dado que es una figura cercana, el temor a que sea testigo de sus contradicciones se presenta de la misma forma que se presentaría con cualquier otra persona próxima.

Mira, me acuerdo que en el invierno. Era invierno y estaba lloviendo, pero a cántaros y llevaba un pedazo de gafas así porque tenía el ojo negro, negro... Y un montón de maquillaje, que yo a diario, pues, sí me pintaba un poco, pero no me echaba potingue, no me echaba potingue... Todo esto maquillado. Unas gafas así... Un... un chal aquí puesto y el paraguas a recoger a la niña al cole. Tú imagínate... Bueno, las vecinas, las vecinas se enteraban de que sí, de que por la noche había gresca en mi casa pero tal, digo: “joer, cómo voy a ir a mi médico de cabecera y le voy a decir fíjate lo que me ha hecho mi marido. Y me va a decir, pues, mándale a tomar por el saco”. Y luego... Pero es que al día siguiente, claro, él me quería, me amaba... me... me... Era todo para mí. O sea, cómo... pues mi cabeza un día me odia y otro día me quiere mucho y al día siguiente ya

me está pegando otra vez. Cómo voy a ir el día que me quiere al médico. Pues tampoco voy a ir el día que no me quiere al médico. No sé. Porque en ese momento no lo piensas. (E.A.1)

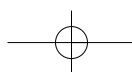
4. En los casos y en las fases en que la violencia toma una forma más pasiva, el silencio que guardan tiene que ver precisamente con la mayor invisibilidad de la situación. No hay agresiones ni amenazas, sino insultos o descalificaciones más o menos cotidianos, o, solamente, abandono e indiferencia. No cuentan nada, por tanto, porque, a diferencia de otras formas más explícitas, ni siquiera intuyen en su fuero más interno que eso pudiera ser una forma de violencia y, por tanto, algo susceptible de denuncia.

5.3 Las oportunidades que ofrece el sistema sanitario para ayudar a las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas.

5.3.1 En consultas y ambulatorios.

Las instituciones médicas ocupan un lugar insustituible para detectar, prevenir y ayudar a las mujeres víctimas de maltrato.

Estas mujeres, si bien pueden estar resignadas a su situación, si bien pueden pensar que lo que viven es lo único que pueden vivir, enamoradas o no, sufren por la situación en la que se encuentran. A partir de ese sufrimiento (psíquico y/o físico) que padecen, es evidente que la institución médica se encuentra





en un lugar especial, pues el lugar al que pautadamente se acude para abordarlo y para subsanarlo.

Lo cierto es que, también pautadamente, la institución médica es el lugar del sufrimiento o la enfermedad del cuerpo biológico. Se va al médico para determinadas cosas, y en semejantes cosas no está el maltrato como tal, que no es para la mujer una patología, sino, fundamentalmente, una desgracia que le ha tocado vivir. Tampoco se va al médico cuando alguien se queda en paro, o cuando se le muere a uno un ser querido. Puede que semejantes desgracias lleven acarreadas secuelas que se conciben como enfermedad, es decir, como causa para el acceso a los servicios sanitarios; pero de éstos no se va a esperar nunca que actúen sobre la desgracia, sino sólo sobre el proceso patológico concreto.

Claro, por eso yo jamás he ido. No, porque para mí... pues es lo que vivido y he comido y lo que yo he estudiado y para lo que yo me he preparado en la vida. Entonces, a mí la sanidad es como lo que tengo en casa. O sea, no veo que de ella pueda llegarme ayuda, que no sea a nivel físico. (E.A.2)

Las mujeres entrevistadas, por tanto, en ningún momento nos dicen que acudieron al médico por causa del maltrato, ni que esperaban del médico acción alguna relacionada con semejante maltrato, incluso en los casos más extremos de acceso a urgencias por lesiones graves. En tales casos lo que se esperaba y se demandaba era que las curaran, y, prácticamente, nada más. Esa presunción de que el maltrato no es una cuestión médica se corrobora con la actitud habitual del médico al respecto. No es habitual, según pare-

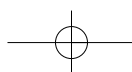
ce, que el médico indague al respecto de tales temas.

No, el médico no pregunta, el médico no te pregunta... (E.A.2)

Cierto es que, en el contexto de la intervención médica, se produce con relativa facilidad una oportunidad para la confianza, y ya expusimos anteriormente las razones de que ese comportamiento se dé precisamente en la consulta. El pretexto de la relación con el médico, el proceso patológico, es para la mujer efecto del maltrato... es natural que en la relación de cura la mujer se decida a revelar lo que para ella es la causa última. Lo revelará, efectivamente, sin pretensión alguna, sin esperar que el médico haga algo al respecto, por puro desahogo.

Pero sí que espera, cuando se decide a hacer la confianza, que el médico, o cualquier otro profesional sanitario que elija la escuche y que, aunque sea sólo como representante del género humano, se haga cargo de su desgracia. Pide empatía como resultado de su confianza, nada más y nada menos. Y lo normal, como iremos viendo, es que no reciba ni eso. La confianza de la mujer se recibe, frecuentemente, **con indiferencia.**

El problema que plantea al sistema sanitario esa confianza es peliagudo. Ciertamente, la mujer no pide mucho más que se la escuche. El problema es que el médico que la recibe y, a la postre, el propio sistema sanitario quedan comprometidos por ella. ¿Cómo no hacer nada al saber que esa situación se está produciendo? El no hacer nada implica complicidad y denegación del





deber de auxilio. La mujer no demanda nada, aparte de la escucha, pero el médico y el sistema sanitario deben verse moralmente demandados a hacer algo. Trampa moral, de la cual el sistema sanitario, en general, y el profesional sanitario, en particular, tendrían que salir airosos.

No vamos a entrar, como es obvio, en semejante discusión, del todo ajena a la investigación concreta. Nuestra labor es profundizar en los motivos y oportunidades para la confidencia, que es el acto por el cual la mujer mete, como quien dice, el maltrato en la consulta. Si la institución quisiera, efectivamente, abordar decididamente el tema del maltrato debería dar oportunidad a la aparición de esas situaciones de confidencia.

La mujer puede, en efecto, llegar a aprovechar cualquier ocasión de cuidados médicos (pediatría, ginecología, medicina general...) para dar pequeñas o grandes pistas del sufrimiento que están padeciendo.

Pero yo iba dando pistas. No iba directamente diciendo: "fíjate lo que me ha hecho". No. No, yo iba y decía: "ay, estoy amargada". Y yo me tiraba con un café y un paquete de tabaco... pim, pim, pim... y dale que te pego... Pero yo no contaba directamente la realidad. Yo no podía decir la verdad. Me daba vergüenza. Me daba miedo. (E.A.10)

Pero la mujer maltratada por su marido, aislada, abandonada, triste, sin ganas de vivir, le resulta difícil explicar lo que le pasa, no se atreve a hablar, siente que necesita ayuda pero no sabe muy bien qué tiene que expresar. Puede ser

que todavía para ella no sea maltrato, es decir, algo censurable y, en cierto modo, criminal; es algo que ella ha aceptado como normal, aunque lo sufra; únicamente siente que se encuentra sola, desamparada, aislada, deprimida.

Y desde esta oscuridad y desconocimiento de lo que les pasa, si estas mujeres intentan hablar, decir algo, dar alguna pista, el discurso no va a ser **de denuncia**, puesto que todavía no han tomado conciencia de que son maltratadas. Hablarán desde la queja, la fragilidad, el infortunio, o simplemente desde el dolor desnudo:

"Tengo miedo de que mi hijo le afecte que estoy sufriendo mucho"

"Me encuentro muy mal, muy mal, muy mal"

"Mi hijo ve las discusiones entre su padre y yo"

"No quiero tener ese hijo porque mi marido me trata mal"

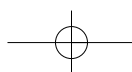
"No tengo ganas de vivir"

"Me encuentro muy sola, muy sola, muy sola"

"Hay muchas tensiones en casa"

Estas pequeñas pistas que dan algunas mujeres a los distintos agentes sanitarios, dan luz por sí solas de la necesidad y oportunidad que tiene el sistema médico para, cabría decir, quitar el velo que las cubre⁷⁷, y no pueden quedar "desaprovechadas" por el sistema sanitario, puesto que son el germen de la demanda de ayuda de la mujer.

⁷⁷ La actuación del médico debe ir un paso por delante de ellas, puesto que no todas las mujeres son capaces de explicitar su situación a su médico.





5.3.2 En ingresos hospitalarios.

Pero las oportunidades del sistema médico no se quedan solo en las consultas o ambulatorios. Los ingresos hospitalarios largos (por parto, enfermedad propia o del hijo) se configuran en oportunidades inigualables que la institución sanitaria no debe desaprovechar.

Tal y como habíamos mencionado anteriormente, las instituciones médicas representan simbólicamente lugares de alivio del dolor y del sufrimiento. En el ingreso hospitalario la fragilidad y debilidad de la mujer es mucho mayor que en un consultorio, con lo cual las oportunidades se multiplican. Los cuidados médicos directos suponen un contrapunto muy fuerte a la situación de violencia cotidiana, lo cual necesariamente debe de rebajar las defensas de la mujer a la confianza. Con una intervención adecuada no es difícil conseguir que la mujer exprese la situación en la que vive, especialmente si, además, se encuentra defraudada –lo cual, como dijimos, es bastante usual en estos casos- por el interés y dedicación de su pareja en tal crítica situación.

En el hospital pues la verdad es que, era como caer, ver aquella gente, que me atendieron tan bien, pues para mí era... (...) ver aquel doctor, dice, "¿Pero qué has estado haciendo?" Digo, "Pues que he trabajado mucho, tengo un DIU dentro y..." Dice, "Pues tienes un coágulo de sangre, tienes un poco la placenta desprendida, tienes un DIU (...)" Digo, "¿Pero voy a perder el bebé?" Dice, "No" Que, bueno, estuve 17 días ingresada, él apareció un par de veces, siempre iba con hombres mujeriegos. Al verme (...). Y estuve... me duchaban en la cama, me lavaban en la cama, quieta boca arriba diez días, con (Prepac), un montón de medicación. (E.A.10)

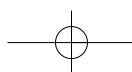
Una mujer que experimenta sola, sin su pareja, sin otros familiares, un parto o en una enfermedad larga, es muy posible que sufra una situación de maltrato. Desde la situación de soledad, estrés y miedo que sufre (por ella, por sus hijos) es fácil que se desahogue en cualquier momento ante cualquier profesional que muestre algún interés por saber de su situación.

Así lo manifiestan, por lo menos, las mujeres entrevistadas:

Y EN EL MOMENTO DEL PARTO ES UN... IMAGÍNA TE EN EL MOMENTO DEL PARTO QUE HUBIERAS TENIDO UN MAL MOMENTO ¿NO? DE... O SEA QUE TU HUBIERAS TENIDO YA LOS MALOS TRATOS Y TIENES QUE PARIR, COMO EN EL CASO DE TU AMIGA ¿NO? QUE VA A PARIR Y YA ESTA (...) CHUNGA ¿COMO VES TU APROVECHAR EN ESE HOSPITAL Y TAL...? ¿COMO LO VES? ¿UNA INTERVENCIÓN? ¿UNA AYUDA O UNA SERIE DE PREGUNTAS PARA HACERLA TIRAR... O NO VES EL MOMENTO?

Pues ahí, ahí en ese momento estás muy débil, muy débil... y entonces a lo mejor si tiran un poquito a lo mejor sí que sale. Yo en el hospital... Yo tenía mucha confianza con todos los médicos que iban allí, con las enfermeras y todos... los celadores, todos los que iban por allí, hablaba con todos mucho, mucho. O sea, y estás muy débil y quieres una conversación de lo que sea. Te da igual y te sudan las narices todo. Y en ese momento... Sí, cuando ya estás parida y ya está allí sí que puedes llegar a hablar... Tú sola. Cuando estás tú sola, que no hay ningún familiar tuyo, si tiran de ti sí que hablas. Sin querer queriendo sí que lo... sí que es un buen momento porque estás muy débil... O sea... Y dices cualquier cosa y más si te encuentras mal y acabas de parir y estás por tu hijo... (E.A.1)

En ese momento. Porque yo me sentía muy sola, muy sola, muy sola, muy sola, muy sola. Y con mucha responsabilidad y muy angustiada, y muy, con mucha depresión, recién parida, vamos no tenía ni mi familia, nadie, nadie, nadie, nadie. O sea, que fíjate. (E.A.7)





Con las preguntas adecuadas, realizadas con una actitud empática y comprensiva, hacer hablar a una mujer maltratada no es, efectivamente, demasiado difícil.

Y eso de la matrona de... de cuando estás pariendo, recién parida, después de parir... Estás muy sensible, muy sensible y, entonces, pues, en el momento en que te pregunten: "¿qué tal con tu pareja? ¿qué tal vas a ver tu el futuro con tu familia, con tu nuevo miembro y tal y tal...?" ¿Tu marido está muy contento?" ¿Y tú vas a estar a gusto con tu marido? Pues te echas a llorar... porque no vas a decir ¡ay... muy bien!" ¿Sabes? Y en el momento en que... si estás mal... yo creo que sí que explotas porque estás muy débil y cuando estás débil por una operación o por cualquier cosa necesitas ayuda y dónde mejor que en los médicos. Eso sí que es verdad. ... (E.A.1)

Cuando nació mi hijo, el primero, sí, fíjate tú qué reacción. Ingresé por la mañana, había un conocido de... un amigo de una vecina de su madre, allí trabajando en el hospital, y cogió éste, mi marido y se marchó a casa de sus padres. Y yo allí ingresada. (...) a él se lo transmitían telefónicamente, como un partido. Sí, es de risa, pero es así (E.A.5)

5.3.3 La atención por lesiones: una clara oportunidad.

La intervención de los profesionales sanitarios es especialmente relevante en los casos en que las mujeres acuden a las instituciones sanitarias directamente por las secuelas de las agresiones físicas de su marido. El trámite de dar parte judicial de la agresión, que es prácticamente la única acción pautada no estrictamente "médica" al respecto, es insuficiente y,

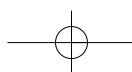
desde cierto punto de vista, también contraproducente.

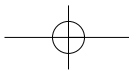
Sí, cuando vas te preguntan porque como son partes judiciales, cuando vas a la ventanilla te preguntan. Entonces dices que ha sido agresión, y ya te ponen parte judicial. Luego ya el médico te pregunta, te mira, bastante bien... Que cómo ha sucedido y qué ha pasado. Y le cuentas lo que ha pasado. Y ya te dice, bueno, pues ¿y donde piensas tú que tienes...?, que me duele aquí y tal, y te hace radiografías. Me hicieron de todo los sitios. Y ya está, no te preguntan si vas a volver con él, si vas a hacer esto o vas a hacer lo otro, no te dicen nada. Entonces yo pienso que lo ideal que sí, que me podían haber dicho, oye, pues si necesitas un psicólogo (...) pues puedes pasarte por aquí, o ten este teléfono o haz esto, o haz lo otro. (E.A.1)

Muchos profesionales sanitarios consideran que, además, su intervención al respecto tiene que ir un poco más allá, intentando convencer a la mujer de que denuncie inmediatamente la agresión⁷⁸. Hay que tomar conciencia de que el hecho de que una mujer ponga una denuncia no implica necesariamente que esté prácticamente "liberada" de su situación. Como confirma la experiencia, la permanencia con el maltratador suele reproducirse tras denuncias reiteradas e intentos también reiterados de separación.

Es obligado convencer que ambas intervenciones (parte de lesiones y recomendación de la denuncia) son acciones insuficientes, cuanto no contraproducentes. Lo más seguro es que la mujer, a pesar de todo, todavía no posea todos los mecanismos de "empoderamiento" necesarios para salir de la situación y que no posea tampoco un

⁷⁸ Hacemos esta apreciación, no desde las entrevistas, sino desde la propia experiencia previa. En las entrevistas realizadas no se da ningún caso de una intervención activa de esta naturaleza. Ciertamente, es poca la base para una avanzar de forma segura en la generalización.





plan lo suficientemente elaborado y lo suficientemente seguro para enfrentar separación con suficientes garantías de éxito.

- Es evidente que el parte judicial puede traer problemas graves a la mujer, si no va acompañado de las acciones necesarias por parte de ésta para efectuar la separación. Es natural que la mujer, ante esta posibilidad **que no depende de su propia voluntad**, si no está en su intención separarse, intente evitar, incluso, la propia cura de la lesión⁷⁹. También es natural **que mienta** al médico al respecto de la naturaleza real de la situación que produjo la lesión.
- También es evidente que si la mujer se ha visto instada, en una situación límite desde el punto de vista psicológico⁸⁰, a denunciar e iniciar los pasos de la separación, es normal que, cuando la situación se calme, la decisión sea fácilmente reconsiderada. Ante la previsible vuelta a la relación, lo único que habremos conseguido será la elevación del listón de violencia en la pareja.

Caben, por tanto, dos situaciones típicas en la intervención por lesión que el profesional debería de aprender a discriminar y a tratar de forma diferenciada:

- a) La situación en que la mujer niega la naturaleza de la lesión como producto de la agresión. No tiene sentido, aunque se de la sospecha, que

el profesional se empeñe en rellenar el parte de lesiones. No está claro que vaya a ayudar a la mujer haciéndolo, y es muy posible, además, que su acción produzca su pérdida definitiva como paciente. Lo más razonable es intentar entablar con ella, aprovechando la oportunidad, una relación de confianza que favorezca la confidencia, garantizando y respetando su deseo de anonimato. El poder planificar nuevas visitas para seguir hablando del tema sería lo más razonable y lo más adecuado⁸¹. La mujer que oculta el maltrato no está, prácticamente por definición, en la situación psicológica necesaria para dar ningún paso en la ruptura de la relación más allá de la confidencia.

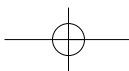
Hay que considerar que las mujeres, nieguen o no el origen de las agresiones, suelen intuir que los médicos (expertos en lesiones y curaciones) conocen el origen de la agresión.

“Si a mi él médico me dijo: está el tímpano roto, tiene dos perforaciones, porque el tímpano es como un papel finito y que ahí tiene dos agujeros que se han hecho, pero y esa maleta madre mía cuánto pesaba. Y dice bueno hija si quieres denunciarlo, y yo claro digo si le estoy diciendo que no y ahora le estoy engañando, le estoy diciendo que no ha sido mi pareja, me estoy en engañando yo . Y digo de que me sirve estar diciéndole que no, si es ridículo si sabe que si y yo como una cría digo no, como si estuviese engañándole. Y cuando salí (...) estaba en el pasillo, y dice el médico bueno Marimar. y (...) hola chiquilla y no se qué, y el médico venga Marimar como diciendo y este ya sé quien es, con sólo verle la cara ya se imaginó el médico, le ve los ojos igual que un psiquiatra, el temor, los ojos son los que hablan”

⁷⁹ Esta inhibición, típica, está claro que es contraproducente en relación al fin principal de las instituciones sanitarias. Por otros motivos no se puede condenar a la mujer desde el sistema sanitario a no recibir atención médica.

⁸⁰ Tras una agresión siempre debemos suponer una situación psicológica límite.

⁸¹ No entramos aquí en el tema de si esto es prácticamente posible en el marco de la estructura de trabajo. Si la estructura no da para ello, quizá habría que cambiar la estructura.





El médico lo ve, porque es que lo está viendo como vas tú, porque es médico. (E.A.2)

Saben que no consiguen engañarles y, si el médico en ese momento se inhibe de tratar el tema, se desperdicia la oportunidad de que la mujer pueda llegar a escuchar un discurso que le permita ver su situación de otra manera

- b) La mujer que sí que cuenta espontáneamente la naturaleza de la lesión sí que está, a todas luces, en una posición más avanzada en el proceso. Más que un confidente y más que un activista empeñado en decirle lo que debe o no debe de hacer, lo que necesita es ver las cosas claras, saber con qué apoyos cuenta y decidir, con ayuda, una estrategia razonable y posible para iniciar la separación. Posiblemente, hablando de forma general, el trabajador social esté en este caso más facultado para efectuar semejante trabajo que el propio médico.

Pues hombre, a mí me hubiera gustado que me hubieran dado algún sitio a donde ir, porque tampoco me dijeron que había casas de acogida ni nada, porque yo pensaba que las casas en España eran para mujeres con hijos y que tuvieran.. porque a mí no me han dicho nada de casas de acogida ni nada, yo es que no sabía nada, yo pensaba, claro, yo algunas veces he visto, en la televisión (...) en la casa de acogida con sus hijos o no se qué. Porque tienen sus hijos, porque no van a estar en la calle. A mí no me han dicho nada, yo estoy, yo me tuve que buscar la vida por donde pude, y si puedes comer comes, y si no puedes comer, pues no comes, es así. Y es así, es que no hay más. Y luego, claro, (...) buscar ayudas, porque luego también hay ayudadas (E.A.1)

A la vista de las entrevistas, la norma, en cualquier caso, es que el médico se desentienda del caso (con o sin

parte de lesiones) Semejante indiferencia, como es obvio, no soluciona nada, e impide que la mujer perciba la auténtica peligrosidad de su situación y empiece a considerarla como algo que es posible cuestionar.

Sí, lo que no pueden hacer, que creo que es contraproducente, es lo que hacen. Llegas, te atienden y te mandan para casa otra vez. El médico lo ve, porque es que lo está viendo como vas tú, porque es médico. Me ha hecho esto, me ha dado puñetazos, a la niña le ha dado en la cara, al niño no se qué, no se qué, es decir que, se ha caído el niño al suelo, el niño... Ha revisado a los tres, ha hecho su parte de lo que él ha visto, en el niño, en mí y en tal. (E.A.13)

Sí, lo que no pueden hacer, que creo que es contraproducente, es lo que hacen. Llegas, te atienden y te mandan para casa otra vez. (E.A.2)

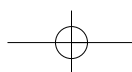
En otros casos, lo único que hace el médico es manifestar su impotencia.

Yo me salí de allí con la sensación de que el señor estaba solidarizado, pero que no podía hacer más. (E.A.2)

Que digo que la primera vez que he ido a un médico fue ese día, el día 19 de agosto. Y que esa sensación que saqué, cuando salimos los tres, mi hija mayor, el pequeño y yo de allí era como diciendo, el médico como impotencia, diciendo ¿qué hago? (E.A.2)

Sí, sí. Era como diciendo, "Hay que ver, cómo pueden pasar estas cosas o algo así" (E.A.2)

La oportunidad que aquí tiene el sistema sanitario es muy importante: el médico representa una autoridad, prestigiada y valorada en la sociedad. Si un profesional con capacidad para salvar vidas no se alarma ante una paliza recibida por un marido a su mujer, difícilmente va a percibir ésta que su situación no es normal y que tiene derecho y la necesidad a salir de ella.





Y hay que considerar, además, que la fuerza que tiene el discurso médico para “quitar el velo” **es muy grande**. Cualquiera puede entrar en confianza con la mujer, pero que sea precisamente el médico el que acepta preocuparse por la situación vital de la mujer tiene, a todas luces, una significación especial: por su propio saber médico, en tanto que especializado en el sufrimiento humano; por su posición de respetabilidad y valoración social; y por su carácter público, al que se atribuye el interés y la preocupación por el bienestar de las personas.

Los médicos: Si les dices la verdad de lo que ha sido, sí te ayudan. Nunca me iban a ayudar porque yo nunca conté nada, pero sí te ayudan porque una persona que está con sus estudios, si está, de su vida que es eso el aconsejar, el ayudar, una persona así con sus cosas sí te ayuda, estudian para ello; hombre, la vecina no me va a decir déjale porque cuando le dejes te vas a sentir mejor, ella me puede aconsejar según su situación, a lo mejor ella me dice que si lo dejas hija mía primero vas a llorar mucho, no vas a comer nada y voy a la otra y me dice la otra vecina uh!, es una tranquilidad, yo cuando le dejé a mi marido, cada una va a decirte una cosa, porque es diferente; entonces no te ayudan, lo que pasa es que un persona que no es experta en aconsejarte, entonces te puede hundir; yo pienso si se lo hubiese dicho a mi madre la que más me hubiese podido hundir era mi madre, porque ella me aconsejaría déjale porque no sé qué y tu madre no sabe que tratándole así con asco, te está haciendo a ti daño, porque mientras más imposible una persona más le quieres (E.A.10)

¿Qué me hubiese dicho a mí?, la palabra que me hubiese gustado a mí oír para que me hubiese dado para ir directamente a denunciarlo...Si, vete a denuncias a ese hombre y déjale que eres tonta y la culpable eres tú, los malos no son los hombres, son las mujeres las que le aguantan, que le dejes, que te vayas primero directamente del médico con el informe al cuartel y del cuartel que desaparezcas y no les oportunidades que no sirve, pero es que no sirve, es que no sirve, ni dar una oportunidad, es que

no sirve; y a mi me hubiese gustado que ese día me hubiese dicho el médico, vete directamente al cuartel y desaparece. Y yo digo que, vamos, me llega a decir eso ahora y es que vamos, no hace falta ni que me lo repita, es que lo hago a la primera y me voy y no le aguanto. (E.A.10)

El médico tiene aquí la oportunidad de activar el discurso silenciado por la sociedad, tiene la oportunidad y también, en cierto modo, la obligación, desde su posición de poder, de saber, de referencia de “no legitimar la conducta del agresor”. La mujer tendría la oportunidad de escuchar, quizás por primera vez en su vida, desde alguien “que sabe”, que es “respetable” lo que su ser más interno le dice y no sabe como expresar.

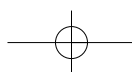
5.4 La respuesta del sistema sanitario en la atención a mujeres maltratadas: experiencias y casos particulares.

5.4.1 La experiencia en consultas y ambulatorios.

Los intentos de entrar en confianza con sus médicos no tienen, de un modo general, según las manifestaciones de las entrevistadas, las respuestas que hubieran esperado.

La ausencia de una respuesta por parte de los médicos parece tener que ver con:

- La propensión inmediata a no complirse la vida.
- La incapacidad de ponerse en una postura de escucha y empatía ante las confesiones de malestar y sufrimiento de las mujeres.





- Las circunstancias y la estructura de funcionamiento de un sistema que imponen una relación médico-enfermo mecánica y burocrática.
- La ausencia de una formación específica en maltrato y en la forma en que las mujeres “explicitan” su situación de violencia.
- Mitos y prejuicios sobre patologías asociadas al “modo de ser” de las mujeres (más sensibles, más histéricas, más nerviosas, más débiles, más depresivas); mitos y prejuicios inhiben la pregunta por el sufrimiento y que impiden “empatizar” con él.

De un modo general, la respuesta inadecuada o la ausencia de respuesta, no solo no ayudan a la mujer a encontrar una vía de salida a su situación, sino que en ocasiones la exponen a mayores peligros, a mayores agresiones por parte del maltratador.

Veamos a la situación desde distintos casos particulares entresacados de las entrevistas.

CASO A

Una mujer en una **revisión ginecológica por embarazo**, rompe a llorar y le cuenta al médico que está sufriendo mucho y que teme que algo le pueda pasar a la hija que lleva en su vientre. Una situación típica de confianza motivada, no por ninguna iniciativa del médico, sino como descarga para aliviar una la tensión, en principio, insoportable.

La respuesta del médico fue un intento de calmar su ansiedad desde su saber. Le explicó que su sufrimiento no podía afectar al feto.

“Sí, y yo se lo comenté a mi ginecólogo. Muerta de miedo, envuelta en lágrimas, porque tenía mucho sufrimiento. Más que golpes, tenía aquí una cosa que le dije, mire, me está pasando esto. Y tengo preocupación por la niña. Bueno, yo no sabía que era una niña, pero bueno, porque lo estoy pasando muy mal. Y me dijo...”

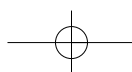
¿ LE DIJISTE POR QUÉ LO ESTABAS PASANDO MAL?.

Claro, claro, porque me estaban pegando, porque me estaban insultando, porque lloraba a todas horas, sufría mucho. Yo me centré en que sufría muchísimo, y yo le quería preguntar al tocólogo, digo, mire, quiero saber si le estoy haciendo daño a la niña. Y me dijo, mira, la niña es como tu mano, o sea, cómo me explicó, dice, tú te puedes dar muchos golpes en la mano pero el resto del cuerpo no lo sufre, o algo así, como diciendo, la niña está ahí... Que yo no me lo creo, yo creo que en el estado en que yo estaba a la niña la tenía que estar haciendo polvo, ¿o no? Pues me dijo que no. Le quitó mucha importancia... (E.A. 13)

La respuesta de “quitar hierro al asunto” no parece, efectivamente, la más razonable en un caso semejante. No sabemos la intención del médico que motivó semejante respuesta, pero es obvio que la mujer no se sintió en modo alguno reconfortada por ella. Desde fuera, la situación puede perfectamente calificarse moralmente como de denegación de auxilio.

CASO B

Otra mujer, en la consulta de su médico de familia, ante la noticia de que está embarazada, rompe a llorar y le cuenta que no quiere tener otro hijo porque su





marido la **trata mal** a ella y a su otro hijo y **tiene miedo** de que suceda lo mismo con el que está esperando.

La respuesta del médico fue preguntarle si su marido se drogaba o bebía y aconsejarle, una vez constatado el hecho, que le dijera que fuera a alcohólicos anónimos.

“No lo veía yo para contarlo, yo no quería contar nunca nada de eso. No lo quería contar. El único, el que se dio cuenta el médico de cabecera, se dio cuenta cuando me quedé embarazada con el segundo niño, no quería tener más hijos, tenía el otro dos años y medio, casi tres. Y me quedé embarazada, y me dijo el médico, “Estás embarazada” Y me puse a llorar. “¿Qué lloras, de alegría?” Digo, “No, lloro de que no quiero tener más hijos, porque con la persona que estoy trata mal a éste que tengo ahora y no quiero que trate mal a otro” “¿Qué te pasa con él?” Digo, “Pues que grita, me grita, y veo que mi hijo no, no está a gusto, y tengo miedo que le pase algo. Y si tengo otro le puede pasar también a él” “Y el médico me dijo, ¿tu marido bebe, es drogadicto?” Digo, “Bebe alcohol” Se pone, ¿Por qué no le dices que hable con eso, Alcohólicos Anónimos?”

El médico, con su respuesta, no solo minimizó la situación de violencia y de peligro a la que estaba sometida la mujer, sino que indirectamente “disculpó” al agresor, transfiriendo a ésta la responsabilidad exclusiva de salir de esa situación. Además, con su consejo, la expuso a un mayor peligro, pues **puesta su confianza en la opinión del médico**, hizo lo que éste le indicó, exponiéndose así a una nueva agresión física ya un mayor control y vigilancia por parte del agresor.

“Digo, “Yo puedo hablar con él, se lo digo, pues bueno...” Le digo a mi marido, le dije lo del médico, “¿Por qué no vas a un sitio, me han dicho, que se llama Alcohólicos Anónimos para... para que te digan, hablen contigo sobre lo que bebes” Y se pone, “Es que yo no bebo. ¿Quién te ha dicho a ti que yo beba?”

“Lo que yo veo, bebes whisky, bebes coñac, orujo, cerveza, vino, eso es alcohol” Se pone “Eso no es alcohólico, alcohólico es estar bebiéndose litros y litros” Digo, “Madre mía, ahora qué hago yo” Y encima se pone, “¿A quién has hablado de eso?” Digo “Al médico” “¿Y para qué tienes que hablar de eso con el médico?, tú eres una imbécil, una jilipollas” Y cataplum, quantazo, adiós, ya estamos...”

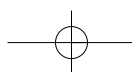
“Digo, pues nada. Desde entonces otra vez, para abajo, otra vez lo dejé y lo dejé y lo dejé. Otra vez lo dejé, como que digo, vale, tiene razón, no tenía que haber hablado, no tenía que haber dicho nada, tienes razón. Entonces yo pensé: ¿para que digo nada si no tengo razón? (E.A.6)

Este caso, tan indicativo de la tolerancia y complicidad social de la violencia del hombre hacia la mujer, también pone de manifiesto cierta desinformación frente al tema. El alcoholismo, las drogadicción, el paro, etc., pueden aparecer como situaciones que explican, causan y, de esta suerte, disculpan una conducta violenta del hombre hacia la mujer, cuando deberían conceptualizarse —y está relativamente demostrado que así es— solamente como favorecedoras o catalizadoras de actos violentos en un marco previo de violencia estructural.

CASO C

Este caso corresponde al de una mujer en una consulta de pediatría.

Esta mujer, cuya pareja era drogodependiente (debido a la cual se encontraba bajo vigilancia del CAI), en los momentos que iba a su pediatra habitual le daba pequeñas pistas sobre su situación (lloraba y explicaba que se encontraba muy mal)





De nuevo, la falta de conocimientos sobre la forma en que las mujeres manifiestan su situación de violencia, la ausencia de una actitud de escucha y verdadero interés hacia el problema de la mujer, así como “explicación” por la situación de marginación social que el comportamiento del agresor suponía, inhibieron cualquier intento de ayudar a la mujer a salir de la situación.

¿ LA PEDIATRA LO SABÍA TODO, TÚ SE LO CONTABAS A ELLA?.

Bueno, el maltrato, es que yo nunca lo contaba, es que era mi problema. Yo decía siempre que estaba muy mal, que estaba muy mal todo. Y lo achacaba a su vida de drogodependiente, solamente. Esta chica está mal porque es drogodependiente, pero nadie sabía que yo era maltratada. Por ahí yo creo que por eso no lo contaba.

Solamente, es que ya te digo, pensaban que esta persona que yo llevaba mala vida, solamente porque era drogodependiente. Y al ser drogodependiente sabía que no se hacía cargo ni de mí ni de las niñas. Pero nunca podían pensar que a mí me pegaba. O sea, a la gente no se le pasaba por la cabeza, y tampoco lo contaba. (E.A.7)

CASO D

Este caso remite de nuevo a una “pequeña confesión” en pediatría.

Esta mujer llegó a planificar, incluso, la hora de visita al pediatra para poder hablarle de su problema. La respuesta del pediatra, después de una primera reacción de incredulidad, pues conocía también al marido, fue indicarle la responsabilidad de salvar o proteger a la niña, mediante el consejo de evitar las discusiones o, a lo sumo, intentar que la niña no estuviera presente en ellas.

Y, por ejemplo, yo con quien primero hablé fue con el médico de mi niña, y se lo dije al médico de mi niña. La eché al pasillo y estuve hablando con él y yo estaba llorando, o sea, yo estaba hablando con él y estaba llorando y... y se lo dije: “me está pasando esto...” Y el médico, pues, tampoco se lo creía porque, claro, ha ido más su padre con la niña al médico que yo, si a mí casi no me conocía, me conocía de vista el hombre y dice: “y no me lo puedo creer. Pero, vamos, de todos los modos, tienes que poner medios y la niña no puede ver esos... Vamos, esas tensiones no las puede ver y no puede estar ahí. La niña está muy tranquila de momento pero si no es ahora, más adelante, lo va a notar. O sea tú...” Y el médico... Tampoco hincó mucho ese médico.

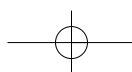
No, no, porque él podía haber dicho: “pues tienes que hacer esto o hacer lo otro...” Sí, no, no... No me recalco. Simplemente, se apoyó en la niña y me dijo: “si la niña, de momento, está tranquila. Y si no ve tampoco absolutamente nada tampoco pasa nada. Pero si ve actos violentos la niña, y verbalmente, la afecta en el colegio, la afecta en casa y le afectará el día de mañana. O sea, que eso lo tienes que evitar”. Es lo que más bien me dijo él. Pero tampoco se preocupó por mí. (E.A.1)

CASO E

El caso corresponde a la misma mujer que, ante la falta de ayuda recibida por su pediatra, acudió a urgencias con su hija por encontrarse ésta enferma.

La mujer se “limitó” a llorar desconsoladamente sin llegar a explicitar nada. Ante las preguntas de la doctora de qué la pasaba, ella se limitaba a decir que se encontraba muy mal.

Y luego fui también a un médico de urgencias con la niña, que estaba la niña mala, y yo llorando y el médico me decía: “¿por qué lloras?” Pero yo lloraba no por la niña. A mí la niña me daba igual, tenía un constipado y tampoco le pasaba nada. Pero yo estaba llorando porque estaba sufriendo mucho por den-





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

tro y allí me sentía muy... muy acogida ¿sabes lo que te quiero decir? Yo me pasé... Bueno, Soraya, la princesa de los ojos tristes. Esa soy yo. Sí, es verdad ¿eh?

¿Y TE PREGUNTABAN QUE QUÉ TE PASABA?

Nada. Nada. No me pasa nada. Es simplemente que estoy muy mal. O sea pero yo me quedaba ahí así y ya me quedaba estancada. Pero estoy muy mal. Y ese día me acuerdo yo que la doctora se reía. Decía: "yo tengo seis hijos, tú tienes una" (...) Y yo de ahí no arrancaba (E.A.1)

Un conocimiento adecuado sobre la forma en la que las mujeres pueden manifestar una situación de maltrato hubiera servido a la doctora para, al menos, alarmarse y para enfocar las preguntas en una determinada dirección. Si por las circunstancias de urgencia de su trabajo no disponía de tiempo para profundizar en los motivos de su llanto, bien podría haber transmitido el caso a la trabajadora social

CASO F

Si, como hemos visto, el profesional sanitario posee dificultad para "enterarse" ante una confesión más o menos velada de la mujer, esta dificultad se agudiza más cuando la mujer habla "solo desde el cuerpo", desde sus síntomas físicos. Este es el caso de una mujer embarazada, con una fuerte y una delgadez extrema.

Pero en el segundo embarazo yo estaba muy mal físicamente, muy deteriorada.

¿Sí?

Muy delgada, muy delgada, muy delgada. Estaba embarazada y yo estaba casi como ahora. Yo no comía bien, no me alimentaba bien,

¿Y EL GINECÓLOGO NO TE PREGUNTABA?

No.

O SEA, PERO TE DIRÍA, NO SUBES DE PESO, TIENES QUE SUBIR DE PESO...

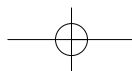
Sí, sí, es lo único que me decía, tienes que hacer reposo y tal. Claro, yo hacía siempre, si siempre estaba en casa, pero reposo no había ninguno. Y aparte que... que no me ha preguntado nunca el ginecólogo, ese tipo de preguntas de, de por qué estoy mal, nunca me lo ha preguntado. La pediatra tampoco, y en el sitio donde estuve dando a luz tampoco.

¿Y CÓMO VES LA FIGURA DEL GINECÓLOGO PARA PODER INTERVENIR TAMBIÉN EN ESE MOMENTO, QUE TENGA UN PROTOCOLO DE DECIR...?

Pues yo lo veo muy importante, porque yo estaba bastante decaída, me faltaba... tenía anemia, y se achacaba a esa idea de la anemia a no comer, a no comer solamente. Pero me tampoco me preguntó que por qué no comía o...

De nuevo, esta experiencia pone de manifiesto no solo la mecanización y burocratización la consulta, sino la negativa implícita –y, posiblemente, instalada en la costumbre– a buscar "causas" fuera de lo biológico o, a lo sumo, lo psicológico, en tanto que somatización. Como la explicación desde lo social no se considera, difícilmente la violencia de pareja puede aparecer, aunque sea como hipótesis de trabajo

Entonces fui sobre todo al ginecólogo, como el problema era sobre todo de hemorragias y todo esto, pues fui, me hice una pruebas y me dijeron y tal y me dijeron que no, que no, que todo era psicológico. Cada vez que tenía un disgusto con él, se me adelantaba la regla, o sea, bueno, la supuesta regla me y, o tenía algún problema, o me llevaba un sofocón, pues me veía, empezaba a manchar. Todo era psicológico, de por sí ahora alguna vez me pasa, tengo un disgusto gordo respecto a él o tengo mucho estrés de algo, me suele bajar la regla antes, es como





que me afecta mucho al sistema éste, éste y me han dicho que no tengo nada, o sea que es todo psicológico.” (E.A.5)

CASO G

Presentamos a continuación una situación contraria a la manifestada hasta ahora, que muestra la capacidad que tiene el médico para ayudar a la mujer. Es el caso que se expone a continuación, que corresponde a una mujer mayor de 55 años, la cual, acudía constantemente al médico para aliviar sus dolencias.

El médico, sospechando que tras tales dolencias se escondía una situación problemática, preguntó directamente a la mujer qué le ocurría en su vida.

Yo hacía... estaba siempre mal porque cada disgusto sin motivo yo me encontraba muy mal y entonces un médico me dijo: “bueno, pues, te he hecho un reconocimiento de la vesícula”, porque a mí se me ponía un dolor y... y tenía arritmias y... mal... Entonces este médico me hizo un reconocimiento y me dijo: “síntese ahí, además era psicólogo. Síntese ahí. Usted no tiene nada. A usted no le pasa nada más que... A ver, cuénteme...” Y entonces le empecé a contar... “Su marido es un sádico”. Así que me dijo. Y, ya digo, cuando estuve tres meses fuera, ya con cartas y por favor ven que te hecho mucho de menos... Bueno, pues, volví a casa. (E.A.15)

A veces, como se ve, basta con preguntar, y hacerlo desde una posición empática. Lo que sorprende y alarma es la frecuencia con que ni siquiera se llega a la pregunta, incluso ante síntomas demasiado evidentes —que no es el caso.

CASO H

El caso corresponde al de una mujer que, en su estado de miedo, confusión y desorientación ante las primeras agresiones de su marido, acudió a su médico general y contó explícitamente la situación de maltrato que estaba atravesando.

La respuesta del médico fue la de orientarla hacia los servicios sociales. Hubo, por tanto, respuesta. Pero la mujer pareció sentirse por esa simple derivación, desatendida. Esperaba del médico algo más, algo que no supo verbalizar, pero que es fácil intuir como una respuesta activa y empática a la confidencia.

No, no. Ella me facilitó todo lo que yo le dije. Le dije: “mire, es que yo quiero que alguien me ayude” Y me dijo eso de la asistente social, que estaba abajo, en la planta baja y tal, que ella me diría cómo se hacían esas cosas. Pero la verdad es que yo sabía cómo se hacían esas cosas.

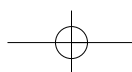
¿Entonces QUE AYUDA QUERÍAS? ¿QUE QUÉ NECESITABAS DE ESTA PERSONA?

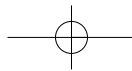
Yo fui a que me ayudaran: necesitaba salir de ese infierno. Y como me encontraba tan mal. Tan horriblemente mal, físicamente hablando, pues, dije: “al médico”. No, simplemente, yo quería que me quitaran el malestar que tenía, porque todo eso yo ya lo sabía que eso tenía que ser así

Claro, claro. Y al final es como con una muela... que dices: “¡que me la saquen!”, y aunque no te la puedan sacar porque tienes un pedazo de infección... Eso es lo que... Vas... ¡Socorro! (E.A.13)

CASO I

El caso es de una mujer que acudió a su médico general para solicitar la derivación a un psicólogo.





Ante la pregunta del médico sobre los motivos de su petición, la mujer respondió que estaba en un proceso de separación. El pudor y la vergüenza le impidió explicitar los motivos verdaderos. La respuesta del médico fue decirle que los recursos de Salud Mental eran muy escasos y que se dejaban para las personas “que realmente lo necesitaban”.

“Le dije que necesitaba ir a un psicólogo, y me dijo que los psiquiatras estaban para la gente que se encontraba muy mal, y que el a mi no me encontraba tan mal.” (E.A.2)

El caso quizá sólo refleje la penuria de los servicios de tratamiento psicológico, y la tendencia en Atención Primaria el restringir el acceso a ellos de los casos más graves. No obstante, el caso era realmente grave, y el médico no supo verlo.

5.4.2 Experiencias en hospitales por enfermedad o parto.

Tal y como habíamos comentado al principio de este capítulo, la confianza o los signos externos de violencia en la pareja también se pueden dar en los hospitales.

CASO J

Referimos el caso de una mujer con una hija muy enferma en el hospital, que requería sus cuidados y atención día y noche durante largos periodos

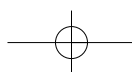
La soledad y abandono que sufría hizo que una enfermera le preguntara que qué ocurría en su matrimonio, acto que enseguida aprovechó la mujer para “desahogarse”.

La respuesta de la enfermera, si bien se hizo desde la *solidaridad y comprensión femenina*⁸², puso de nuevo a la mujer en la posición del aguante, explicando como “normales” comportamientos que hubieran sugerido la necesidad de que la mujer se pusiera a salvo de su pareja. Calmó, por ejemplo, su angustia haciéndola ver que los hombres y las mujeres son diferentes, que se ponen celosos con el nacimiento de los hijos, que están menos preparados para cuidar a los demás, que no pueden soportar los hospitales, etc. Es decir, explicar desde la normalidad comportamientos en absoluto normales, con la aparente buena voluntad de intentar disminuir la angustia de la mujer.

“Fíjate que en el hospital sí hubo un par de enfermeras de allí, porque yo por las noches no dormía prácticamente, porque no, no estaba bien, yo estaba dándoles vueltas a mi cabeza y sí hubo una enfermera sobre todo que estuvo hablando mucho con ella por que, pues veía que, que bueno, que a lo mejor aparecía esta persona, aparecía mi marido y a los diez minutos se iba y, entonces pues, le tocaba a ella de noche y alguna vez me decía ¿qué, qué tal?. Bueno, me veía la cara, o me veía alguna vez llorando en la sala o lo que sea y entonces sí hubo una vez que estuve hablando con ella que esto no va bien, que tal, es que cual...”

“no te preocupes es que hay mucho problemas de matrimonio que se separan o que tienen problemas muy gordos cuando hay un matrimonio con un niño

⁸² Desde la interiorización de esos roles diferenciados que ella también tiene





enfermo, ellos los hombre no entienden eh, que la mujer, de por si cuando hay un matrimonio, viene un niño a el mundo, él deja de ser el centro de atención, porque ha pasado de ser del hijo, que el hijo es de los dos, pero él era antes el centro tuyo y encima en el caso de que viene un niño enfermo, pues tú estás poniendo a tu hijo prácticamente todo, mmm, muchísimo el cariño que le estabas dando a él, se lo estás dando a tu hijo, entonces él se siente abandonado, si él reaccione y realmente te quiere, pues lo entenderá y cuando se solucione, se vayan solucionando los problemas, el día de mañana, él habrá entendido todo y él volverías a estar juntos, pero los hombres en general el tema de los hospitales, el tema de que la madre se vea al hijo y que ese cariño que le estaban dando a él, ese tiempo que le estás dando a él ya no se lo das, pues lo suelen llevar muy mal y decía, pero no, no te preocupes y tal y no es que, le decía hay esto, hay lo otro, es que bebe y tal, es que no viene, es que no llama, es que no lo entiendo, es también su hija y es que esto no, no es normal y es que si al menos estuviera trabajando, pero es que no, no está trabajando y yo sé que está por ahí... como (E.A.5)

5.4.3 Experiencias en Psiquiatría.

Psiquiatría es otra de las especialidades a las que una mujer puede acudir, bien tras un intento de suicidio, bien por estar atravesando un proceso depresivo.

CASO K

La mujer en cuestión, sujeta a episodios frecuentes de violencia física, sufría trastornos **obsesivos** (manía por la limpieza) y **depresivos**. Esta mujer acudía al psiquiatra para encontrar cierto alivio a su sufrimiento.

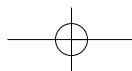
Ante los trastornos obsesivos de la víctima⁸³, el psiquiatra encauzó el tratamiento con tranquilizantes, dejando de lado un proceso terapéutico basado en la comunicación.

La mujer, adormecida y atontada, no pudo seguir con la medicación puesto que, si bien conseguía el efecto deseado, los efectos secundarios (adormecimiento total) le impedían desarrollar su vida de un modo normal.

Eso era el principio cuando yo estaba con mi marido, pero no me hacia nada las cosas que me daban. Que me daban pastillas si me daban sueño después de comer, en vez de limpiar me quedaba durmiendo, no me daba cuenta ni cuando se iba mi hija al colegio. Pero yo decía y esto que es, si yo me duermo, si me duermo ¿y mi hija? Miraba el plato y la comida en el plato y mi hija se había ido. Porque es que era, era totalmente, claro, entre el cansancio que tienes de trabajar en la casa y eso que te relaja, pues claro quedaba más machacada. Entonces lo deje, le dije al medico yo no quiero tomar nada para limpiar ni para nada, yo quiero estar consciente, a ver digo si por sanarme de mi enfermedad, porque se que es una enfermedad, que tu tienes que estar sana. Cualquier cosas que no haces normal, es una enfermedad o bien que te empuja el nervio o algo, pero algo hay. Digo, pero yo prefiero quedarme con mi enfermedad, sea grave o no sea grave, y mal que se enferme mi hija digo, porque si, si se va a enfermar la niña, porque todos los días se va sin comer. Porque yo la sentaba a comer, en el momento que me sentaba en cualquier silla me dormía. Y dejé las pastillas, le dije al psiquiatra, no quiero tomar más y lo dejé totalmente y ya jamás tomé. (E.A.10)

Esta misma mujer, en un proceso depresivo grave posterior, acudió de nuevo al psiquiatra, que no cambió su línea terapéutica y le recetó antidepresivos y tranquilizantes. Los psicofármacos, no

⁸³ Síntoma que se produjo antes de la depresión





solo no ayudaron a la mujer a mejorarse, sino que encontró en éstas un arma perfecta para intentar quitarse la vida.

Y luego tenía que tomarlas con (...), cuando cogí una depresión porque se fue a Marruecos y me mandaron de nuevo al psiquiatra, me mandó una para la depresión para que te reanimes un poquito y otra para que en la noche durmiera, porque de no poder dormir ya estaba muy cansada, y cuando lloraba la cabeza me dolía un montón. Y cuando ya estuve con ellas un tiempo y (...) desapareció, me las tomé todas las cajas y me tuvieron que llevar al médico en la mañana a limpiarme. (E.A.10)

Naturalmente, no se trata de poner en cuestión el tratamiento. Pero no deja de llamar la atención el que la violencia, en tanto que tal, no fuera objeto de actuación, siendo psicofármaco el único elemento corrector considerado.

CASO L

El caso L corresponde al de una mujer a la que se derivó a Salud Mental ante un intento de suicidio.

De nuevo las valoraciones son negativas. Según el testimonio de la mujer, el psiquiatra nunca la consideró como una interlocutora válida para explicar porqué había llegado a esa situación tan extrema. Nunca le preguntó directamente por qué no tenía ganas de vivir, basando su interlocución con ella en preguntas indirectas sobre su comportamiento.

“Yo le decía que estaba harta de la vida, que no quería vivir, y no me preguntó porque motivo, no me preguntó porque motivo. “Me hacía preguntas extraña ¿te duchas? ¿te lavas? Me trataba como una loca, como una loca, y confiaba más en mi marido que en mí.” (E.A.8)

Por el contrario, el psiquiatra eligió al marido como interlocutor válido y de fiar: no solo preguntaba al marido como se encontraba la mujer, sino que introducía su discurso en la consulta, como el discurso válido y creíble a partir del cual se cuestionaba la palabra de ella.

El me decía: pero estas pastillas te viene bien, porque tu marido me dice que estás muy nerviosa. Entonces qué, ¿qué hablar?, no tenía qué hablar, sólo tomar pastillas.”

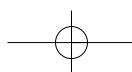
Sí, me fui, al psiquiatra, pero tampoco no confiaba. No, porque el psiquiatra confiaba mas en mi marido que en mí. Sí, hablaba mucho con mi marido, no conmigo, y confiaba en la palabra de mi marido, no en mí. Yo era la paciente. A mi me consideraba que estaba loca y confiaba en mi marido. Y lo contaba lo que quería contar. Y el médico creía en él, no en mí.” (E.A.8)

En este caso, de nuevo, el psicofármaco se convierte en un arma que pone en peligro la vida de la mujer, en manos del marido, pues éste le obligaba a tomar más pastillas de las recomendadas.

A mi me consideraba que estaba loca y que necesitaba medicinas y eso, entonces la mejor forma de controlar las medicinas era por mi marido. Entonces, estaba tomando 16 pastillas al día, que no puede levantarme de la cama, me estaba dando más pastillas porque debía tomar 8 al día y tomaba 16, de transilium, no sé cuanto me estaba metiendo, y todo el día durmiendo en la cama, y sin poder levantarme. Claro, con esas pastillas.” (E.A.8)

5.4.4 Experiencias en urgencias u hospitales por lesiones producidas por el maltratador.

De un modo general, tal y como se ha descrito en el epígrafe 5.3.3, la actua-





ción de los médicos suele limitarse a dar el parte judicial de la agresión. Como se explicó en dicho epígrafe, ello no es suficiente y puede ser contraproducente para ayudar a la mujer.

Consideramos de interés en este apartado hacer incidencia en un caso en el cual una mínima actuación desde el lado humano del personal sanitario ha ayudado a la mujer a tomar conciencia la magnitud del peligro en el que se encontraba.

Es la experiencia de una mujer mayor que acudió al médico para curarse de las lesiones producidas por su marido. La actuación del personal sanitario, en este caso de la enfermera, fue más allá de lo estipulado, y aconsejó a la mujer **personalmente**, (como persona, no sólo, como profesional) que fuera a comisaría a denunciarle.

Primero al hospital y luego del hospital la enfermera me hizo la radiografía y me dijo. "Me hace usted caso de una cosa que le voy a decir", de que me vio tan mal. Y le digo: "hombre, si pues sí". Y dice: "Ahora mismo vete a la comisaría y pon una denuncia". Y fuimos a la comisaría... y en la comisaría me trataron muy bien. (E.A.14)

Hombre, lo ideal es que me hubieran dicho antes lo que me dijeron a mí: ve a la comisaría y tienes que hacer esto.

5.5 Demandas de información a las instituciones sanitarias.

Las mujeres entrevistadas que, como se sabe, habían superado todas ellas recientemente la relación de maltrato, manifestaron retrospectivamente su deseo que el personal sanitario les

hubiese ayudado a "*tirarles de la lengua*"; ayuda que, también según ellas, para que pudiera ser recogida, tendría que haber venido marcada por un tono emocional de empatía y comprensión.

Porque me desplazó toda la boca, porque me pegó aquí un golpe, y además que se lo dije al dentista, de la seguridad social, me hice una radiografía y le dije: "a ver, he tenido un golpe aquí hace poco, recientemente, y a ver si se me ha desplazado la boca", porque hubo un tiempo que sangraban mucho las encías... Bueno, tengo... todavía me sigue... la tengo muy mal... las encías y todo. Me desplazó, pues, esto, para acá la mandíbula y se lo dije, digo: "¿se ve algo en la radiografía o algo?" "No sé ve nada" Y no me preguntó por qué había sido el golpe, ni nada de nada. O sea...

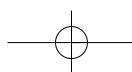
¿Y SI AHÍ TE HUBIERA PREGUNTADO EN ESE MOMENTO?

Pues yo se lo hubiera dicho. No, sí, sí... Con los médicos, quieras que no, te sientes... te sientes un poco segura si ellos te preguntan, claro. Si tú les sueltas un poquillo, una pequeña pista y ellos te tiran, como tú dices, pues sí, te explayas un poquito con él y si sigue y si sigue... sí que te... Sí, eso sí. Y yo eso sí que me acuerdo que se lo dije al dentista" (E.A.2)

Pero más que nada que te den confianza, porque si no te dan confianza...

Que tú le veas que te interesas realmente, que te den una confianza...Claro. Que no veas que lo hacen (...) y ya está. (...) su trabajo, que realmente le interese como persona, que como humano diga, pues mira, a esta mujer me parece que le pasa esto, mira... yo lo veo así. (E.A.2)

Desde la confianza que se puede depositar en el personal sanitario para hablar sobre la situación de violencia que están viviendo, las mujeres destacan la idoneidad de poner **carteles** o de disponer de **folletos** en los centros de salud.





Las mujeres señalan que la información de tales carteles y folletos ha de incidir de un modo muy claro y directo en la transmisión de **la forma en que se manifiesta una situación de maltrato** (tanto en las acciones del maltratador, como en los pensamientos y creencias que tiene la mujer que justifican su sometimiento) puesto que, en gran medida, es el desconocimiento de que el maltrato “psicológico” es “violencia de género” hace que las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas, sigan y perpetúen un esa situación. No siempre la propia situación se ajusta claramente al estereotipo que transmiten los medios de comunicación que, en la medida en que resaltan sólo las situaciones más críticas y más dramáticas (las que se traducen en muerte), ofrecen una imagen distorsionada del fenómeno desde la cual es difícil identificarse. Entiéndase, no es que las situaciones en las cuales estas mujeres difieran de aquellas; el problema es que **la fase** en la que se encuentran es anterior, y es difícil aceptar que la propia situación puede llegar a derivar en un desenlace tan dramático.

Más allá de que tales informaciones se puedan transmitir por todos los medios de comunicación posibles, las mujeres entrevistadas manifiestan la **idoneidad al respecto de los centros de salud y de los ambulatorios** en tanto que instituciones con prestigio y con autoridad a las que una mujer acude con frecuencia –por razones muchas veces relacionadas con el maltrato- y con tiempo para detenerse a leer (pues siempre hay tiempos de espera)

Sí, porque siempre, quieras o no, vas al médico.

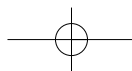
A lo mejor sentando, en la espera, que te toque la cita, pues te pones a ver carteles. Y tú te encuentras con eso y te pones a leerlo, y dices, “Madre mía, si a mí me pasa esto, a mí mi marido me hace esto, mi marido me grita, mi marido no me deja trabajar, no me deja salir” Primero que por ahí, que yo tengo derecho, como él. (E.A.6)

Así, informar mediante folletos o carteles sobre cómo se manifiesta una situación de maltrato traería aparejado, al menos, tres beneficios inmediatos:

- Ayudaría a la mujer a interrogarse y a cuestionarse sobre si misma y sobre la situación que está viviendo.

Por qué estas deprimida, cómo vives con tu pareja, cómo te trata, tú crees que es normal que te trate de esa manera. O sea, cosas así. Para que se de cuenta y piense, “Uy, pues es que a mí me trata así de mal, entonces yo soy una mujer maltratada” Yo no tengo por qué recibir palabrotas, palabras feas, o de desprecio o de menosprecio por esta persona, que eso también es un maltrato psicológico. No tengo por qué permitir que me empujen, que me agarren, que me manipulen, que... no puedo permitir eso. Todo eso son mensajes que en pocas palabras se pueden resumir.

A mí me hubiera llegado pues frases como de que tengo que mirar más, pensar más en mi persona, por ejemplo, pensar en cómo es mi vida, por qué me siento sola. Preguntarnos primeramente el por qué, por qué te sientes sola, por qué te sientes deprimida, por qué no tienes ganas de salir a la calle, relacionarte con la gente, no tener ganas de contarle a una persona “qué mal me siento, ¿por qué?” Porque es que te sientes tan anulada que es que no hay tiempo para pensar en eso. Entonces, en los mensajes, por ejemplo, eso, que mire la mujer en su interior y que vea, que use, cómo se siente a nivel emocional, a nivel de pareja, a nivel de salud, a nivel de hijas, de convivencia, laboral, sociolaboral, todo, todo, un poquito de todo, escuetamente, pero un poquito de todo. (E.A.3)





Sí, sí, sí. A cuestionar primeramente, ya te digo, tu vida, el por qué de cómo va tu vida, con tu pareja, con tus hijos, tu manera de vivir, por qué no te relacionas con los demás. Es que todo eso va involucrado, todo va en conjunto, es un conjunto, no se. (E.A.3)

Que ponga que las mujeres somos personas humanas, que tenemos derecho a trabajar, a salir, a tener amistades y... o sea (...) Y que no... O sea, que los hombres no tienen por qué gritarnos, insultarnos, pegarnos, que nos somos un muñeco donde hay que pegar y hay que desahogarse, que somos personas humanas. (E.A.6)

Claro, es que, de entrada, por ejemplo, las de mi generación yo creo que ya no tienen solución porque tendría que ser romper los esquemas educacionales que hemos tenido a lo largo de quince o veinte años de una educación que es que... Y, entonces, lo tenemos aquí ya metido y es muy difícil arrancar eso. Quizá para las que vienen detrás sí que es importante, o sea, ponerlas o hacer esquemas de situaciones que te parecen que son del todo normales pero que no son normales, que dentro de ellas llevan el mensaje subliminal de decir: oye, que te estoy diciendo tonta. Que es que te estoy llamando boba. Que es que estoy menoscabando tu imagen. Que es que estoy... Y eso a veces... Bueno, porque, bueno, a lo mejor tú tienes la suficiente formación, conciencia, inteligencia... como para tú detectarlo. Pero hay muchas que quizá no lo están detectando. Entonces, están haciendo algo que ellas creen que es normal. Y a lo mejor están, pues, eso, ahí... pues como yo me he visto muchas veces, pues, con un niño aquí, apoyado en la cadera, dándole la vuelta a la sartén y con un señor gritándome como un energúmeno detrás y encima diciendo: "ay, díos mío, es que soy una inepta. Es que soy una inútil. Es que no soy capaz de tener la casa limpia y de mantenerla... Cuando... Pues no señor, o sea, es que tú no tienes... Que, realmente, recibiésemos el mensaje de decir: ¿pero, bueno, por qué tengo yo que estar haciendo esto? ¿pero quién me ha dicho a mí que lo tengo que hacer yo? ¿pero por qué no podemos hacerlo exactamente igual? ¿y por qué tengo que ser yo la que tengo que recibir los gritos? Pues no señor. O sea, para nada. Entonces, un poco eso sería ¿sabes? O sea, informar claramente. Pero una información precisa y clara, sin divagaciones. Más que tal y tal. Decir: "oye, mira..." Un esquet. Una situación de decir: "no tienes por qué aguantarla. Y esta

situación es vejatoria y además de traumática de malos tratos". Y punto y ya está. Y que lo vieran igual hombres que mujeres. Porque hay muchos hombres que a lo mejor al ver eso se sienten identificados y dicen: "¡jollín!" ¿Entiendes? (E.A.12)

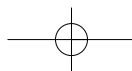
- Ayudaría a desestructurar la fuerte asociación apuntada entre maltrato y violencia física fuerte.

Porque hay personas que también, mujeres que no se sienten maltratadas porque piensan que tienen que llegar a apuñalar, a ser apuñaladas, a ser golpeadas con fuertes moratones. No sólo se basa en el maltrato de ese tipo, también se basa en el otro maltrato, no solo en ese. Por eso hay mujeres maltratadas que no se consideran maltratadas, porque piensan que todo lo que sale por la tele... tiene que llegar a ser apuñalada, golpeada, medio matada, yo qué se, cosas así. Yo pensaba eso, y lo que veía en la tele pensaba, pues nada que horror qué fuerte, que qué hombres más crueles, qué maltratadores. Ya te digo, el tema de que salgan noticias con tanta violencia por parte del hombre a la mujer está como tapando un poco, no tapando, no es la palabra... (E.A.3)

Muy bien. Y tienen que poner más propaganda de cómo es un maltrato psicológico y no solamente físico porque es más duro el psicológico, que pierdes toda tu autoestima y toda tu gente y en folletitos, en propagandas, en revistas, en periódicos... porque cada vez es más. O sea, más y más. Y no es que sea más sino es que ahora ya pues sale a la luz, que antes no salía a la luz y entonces, pues... Pero tiene que salir más todavía. (E.A.1)

SI, QUE A LO MEJOR MAS SALE EL FÍSICO ¿NO?

Sale el físico, pero es que el psicológico es que es peor. O sea... es... Pero, claro, empiezo por el psicológico y yo no sabía lo que era un maltrato psicológico hasta que no he salido de este trance porque yo para mí era físico solamente. O sea, yo salí porque era físico y luego ya hablando con las psicólogas y con mis compañeras digo: "¡coño!, y eso también me lo ha hecho. Y a mí también me ha violado, y a mí...!". O sea... pero que no lo sabes que te ha violado hasta que no sales de la relación, hasta que no entras en un sitio... (E.A.1)





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Porque a lo mejor tenemos el concepto ese, ah, no me ha apuñalado. Debe ser eso, de lo que yo muchas veces he criticado, no, es que me da poco. No, no te da poco, te da una vez y ya está. (E.A.2)

- Reduciría la vergüenza, y haría más fácil y probable la confianza al médico, por cuanto reforzaría la seguridad de recibir una respuesta positiva desde el apoyo y la comprensión. Tales carteles o folletos, con indiferencia del valor que en sí mismos puedan tener –de información y concienciación a la mujer-, aparecen de hecho como **la puerta de entrada** al sistema, como la condición de posibilidad para que la mujer se decida a entrar en confianza con el personal sanitario. Ni que decir tiene, por tanto, que es clave que el propio personal sanitario esté concienciado, preparado y formado para asumir y dar una canalización a semejantes demandas.

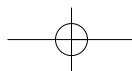
Claro, para las mujeres. Que cuando lean ese cartel, diga, oye, pues "(...) por informarme, lo que está poniendo aquí, me informo..." O que le pregunte mismamente al médico, "Mire este cartel que pone aquí, dónde puedo ir a informarme", si no puedo llamar, o lo que sea. Y el médico, al contarle ya la cosa, el médico le dirá, "Pues vete a los servicios sociales, vete aquí, vete allí" Como me pasó a mí cuando ya hablé, cuando por fin me abrió los ojos y hablé. Que me lo hubiesen dicho antes de la chica. Yo pienso eso, que todas las mujeres que han pasado, o que están pasando por lo mismo que yo, que necesitan verlo, verlo con los ojos y no sentir ese miedo, y ver que valen(E.A.6)

En la misma dirección, se percibe como imprescindible que en esos carteles o folletos se expliciten los teléfonos de ayuda a los que pueden acudir, así como la información sobre el respaldo (económico, estratégico, legal y psicológico) que la sociedad a través de distintas instituciones ofrece a la mujer maltratada. Semejante información no

tiene sólo el beneficio inmediato de saber a dónde acudir en un momento dado, también opera como elemento simbólico de refuerzo de eventuales decisiones: si la sociedad pone medios es que porque, implícitamente, legitima la decisión y la actuación de la mujer.

No se. Vamos, pero más que nada que hay gente que te puede ayudar, o sea, que no estás sola ahí, más que nada, porque claro, te encuentras sola, es que te encuentras sola. Pues que te digan que no estás sola, que ellos te pueden ayudar. Es lo que yo pienso que te podrías... echar para adelante, que pudieras dar el paso. Más que nada, que no estás sola. Es que si estás sola es como que dices que... ¿si yo sola a dónde voy a llegar? O sea, que te digan que no estás sola, que tienes una ayuda y que tienes algo ahí. Yo pienso que es lo que más te ayudaría a dar el paso.

Sí, que me hubiera gustado que me hubieran dicho, pues puedes hacer esto o puedes hacer lo otro, y luego ya coger yo lo que... por lo menos que te informen, que hay algún servicio que te puede ayudar. Yo, claro, no tenía apoyo de mis padres, no tenía apoyo de nadie, y te encuentras como diciendo... Pues hombre, a mí me hubiera gustado que me hubieran dado algún sitio a donde ir, porque tampoco me dijeron que había casas de acogida ni nada, porque yo pensaba que las casas en España eran para mujeres con hijos y que tuvieran... porque a mí no me han dicho nada de casas de acogida ni nada, yo es que no sabía nada, yo pensaba, claro, yo algunas veces he visto, en la televisión (...) en la casa de acogida con sus hijos o no se qué. Porque tienen sus hijos, porque no van a estar en la calle. A mí no me han dicho nada, yo estoy, yo me tuve que buscar la vida por donde pude. Y como pude. Que es carísima (...), y como pude, y con el sueldo miserable (...), y si puedes comer comes, y si no puedes comer, pues no comes, es así. Y es así, es que no hay más. Y luego, claro, (...) buscar ayudas, porque luego también hay ayudadas (...), si estás trabajando no puedes, pero no saben, realmente tu situación no la saben. El tema de ayudas pues más por, que (...) que sepan tu problema y te pueden decir, oye, pues te podemos ayudar de esta forma o de aquella. Yo ahora mismo si como o no como lo se yo, no lo sabe nadie. Y si tengo para comprarme el abono de





transporte todos los meses también lo se yo. Que yo cobre seiscientos euros míseros, y tengo que pagar doscientos de piso, doscientos de donde estoy yo ahora, la comida.(E.A.2)

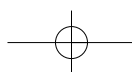
Yo no sabía que existían tantas cosas, que no lo sabía. Que también vas a buscar abogado para lo del tema de la denuncia, porque si no la denuncia se queda ahí y ya está (...) el papel. Y yo no sabía que había abogados, porque preguntas, abogados, y todos... o sea, el de oficio no te puede ayudar, porque en ese tema no es experto, si quieres cogerte uno tienes que pagarlo, claro, como no hay dinero no puedes pagar uno, pues te quedas tan tranquila tal como estás. Es que no sabes que hay abogados, y preguntas y no sabes que hay abogados. Porque de oficio de ese tema no hay. Porque no sabes, y te quedas pues, como no tengo dinero. Además, que fui sola, porque tampoco tienes con quién ir, y claro, pues si ves una puerta abierta, pues mejor que una cerrada, ¿no? Y ahí nada más que te miran y ya está, yo lo vería bien que hicieran eso Sí, porque ayudarían bastante mas. (E.A.2)

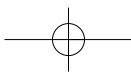
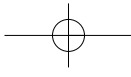
La información sobre **la protección** a disposición de la mujer maltratada es,

en cualquier caso, imprescindible para que ésta pueda decidirse a salir de esa situación, pues sin protección y amparo el miedo a la violencia del hombre suele inhibir la decisión de ruptura.

El miedo a que te pueda pasar algo a ti o a tu familia, porque, quieras que no, mi familia me hecho lo que me ha hecho... él porque se lleva bien con mi familia, pero hay otra gente que dice, pues voy a volver con ella, porque hay algunos que sí que lo hacen. Y los hombres maltratadores, si saben que tú eres fuerte, o que donde más te va a doler es tu familia, o tus hijos, van a ir a por tu familia o a por tus hijos, van a jugar, van a hacer el juego, donde más te duele. (E.A.2)

Y que ponga eso, que no tengan miedo a informarse, porque tenemos todos derecho. Que muchas mujeres piensan eso, que si denuncia y tal el marido la va a matar. Claro, sí. Ponen la denuncia y ellas piensan que cuando llegue la denuncia su marido la va a coger y ya, adiós, que de ahí no sale. Que se informe cómo puede hacerlo, que antes que llegue la denuncia tenga un sitio a donde ir. (E.A.7)







SEGUNDA PARTE: EL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES

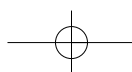
6. INTRODUCCIÓN.

Aún cuando en la Primera Parte hayamos introducido puntualmente en determinados temas puntos de vista de distintos profesionales sanitarios acerca de la violencia de género contra las mujeres, es obligado que abordemos directamente la cuestión desde ese lado, desde el lado de los profesionales sanitarios que, en acto o en potencia, se enfrentan cotidianamente a situaciones enojosas de este tipo y ante las cuales deben de observar necesariamente actitudes y pautas de actuación.

El objeto de esta Segunda Parte es, por tanto, el abordaje del modo en el que los profesionales sanitarios se enfrentan a estas situaciones. Naturalmente, dado que estamos ante un estudio cualitativo, el tema se enfoca desde el **discurso de la acción** de los profesionales, desde lo que éstos **nos dicen que hacen** y desde la representa-

ción y la justificación que tienen de **por qué lo hacen de esa u otra manera**. Se trata, por tanto, de responder de preguntas del tipo de las siguientes, cuyas respuestas son fundamentales de cara a nuestro objeto:

- a) ¿Tienen los profesionales sanitarios predisposición a sospechar y a reconocer situaciones de violencia de pareja?
- b) ¿En qué medida se sienten comprometidos como tales profesionales sanitarios en la actuación en esas situaciones sospechadas o evidenciadas?
- c) ¿Qué actuaciones creen que son las que les incumben?
- d) ¿En qué medida se sienten capacitados para realizar tales actuaciones?
- e) Etc.





En resumen, nuestro trabajo es el de evidenciar el campo actitudinal que se moviliza en los profesionales sanitarios frente al tema. De hecho, ya sabemos algo de lo que en realidad sucede; las entrevistas con mujeres nos han puesto en parte sobre la pista de que posiblemente la respuesta del profesional sea en muchos casos inexistente y en otros muchos inadecuada. En el presente capítulo nos toca investigar el por qué de todo ello, a partir de identificación y de la comprensión de lo que los propios profesionales nos dicen.

7. POSICIONAMIENTO SOCIAL ANTE EL TEMA.

Como es relativamente evidente, el profesional sanitario se acerca ante este tema y genera sus primeras actitudes **antes** que como tal profesional sanitario, como ciudadano o ciudadana. La violencia de género no es inicialmente un problema médico, sino un problema social; y es relativamente natural que el posicionamiento previo ante el problema social condicione el posicionamiento secundario frente al problema médico que pueda evidenciarse.

En el presente epígrafe analizaremos cómo se construye y qué elementos intervienen en ese posicionamiento “ciudadano” hacia el problema social.

7.1 Introducción.

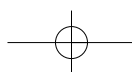
7.1.1 Visibilidad social de la violencia de pareja.

En los últimos tiempos, como se sabe, la violencia de género ha ido entrando en escena con gran fuerza como “problema social”. Cada vez está más presente en los medios de comunicación, sea como suceso trágico reiteradamente repetido, sea como tema de la agenda política o social de marcada urgencia y actualidad.

Sin lugar a dudas, por lo tanto, la violencia de pareja es un tema ante el cual, en las circunstancias actuales, es obligado sensibilizarse o, en cualquier caso, adoptar algún tipo de actitud.

Cierto es que estamos ante un problema que, podría decirse, ha existido siempre. Pero es claro que la percepción del tema ha ido cambiando insensiblemente –gracias, evidentemente, a sucesivas campañas de corte e iniciativa feministas- en varias direcciones:

- Se ha puesto de manifiesto una **elevada incidencia** desde un punto de vista cuantitativo. De percibirse como una situación aparentemente infrecuente, pasa a ser, gracias a las estadísticas y a su difusión, una situación relativamente habitual y, desde luego, mucho más visible. La apariencia, que confirman incluso varias estadísticas, es de que se trata de un fenómeno en crecimiento; aunque resulte difícil determinar si ese crecimiento es real, o simplemente derivado de la mayor sensibilización personal y social ante el tema.





Quizá es un tema, que es muy candente, que está a la orden del día, que lo tenemos en la tele. Hay estadísticas. Todo el mundo habla de la de casos que hay y que están in crescendo” (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pero quiero decir que a mí me ha llamado la atención que casi todos los días en el telediario hay una mujer muerta por malos tratos... Pero, realmente, en España no existe una estructura de apoyo de urgencias, de primaria, de... de psicol..., vamos, de apoyo psicológico, familiar, económico... No existe. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Yo creo que es un tema que... yo creo que es un tema que ahora ha saltado demasiado a los medios de comunicación y nada más. (R.G. 6 Enfermería)

Yo no se, porque ahora la información que tienes sobre todo esto es muy grande y todos los días en la televisión están (...) Y entonces, a lo mejor hace quince, veinte, treinta años ¿qué incidencia había? Yo no lo se. (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

- También podría decirse que **ha aumentado espectacularmente la percepción de gravedad del problema**. La muerte como resultado final de la violencia de pareja se ha conseguido hacer mucho más evidente, gracias al tratamiento informativo que los sucesos de esta índole están teniendo actualmente en la esfera periodística. Se podría decir, por tanto, que el problema **se ha dramatizado** de forma acusada.

- Pero se ha comunicado también, prácticamente como obligación moral, **cierta intolerancia social** hacia el tema. Un problema que antaño era tratado prácticamente como un problema privado, a resolver, por tanto, por sus protagonistas en el interior de

la pareja o de la familia más o menos extensa, pasa a ser indiscutiblemente un **problema público**, frente al cual parece obligada la necesidad de un cierto **compromiso** por parte del ciudadano y por parte de las instituciones públicas.

No, si yo creo que ahí también influye el tema de la percepción social del problema ¿no? O sea, yo creo que ahí hay que... tiene que intervenir obligatoriamente lo que ha sido la tolerancia de la sociedad en general con estos asuntos, dentro de sociedades en los que todavía animan a que se haga ¿no? (R.G.10 Salud Mental)

O sea, ha habido una etapa en la que nadie, profesionalmente, quería denunciar o teníamos mucho miedo a denunciar ¿vale? Eso yo creo que ha sido la tónica en toda la historia, de aquí para atrás.

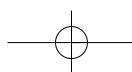
Porque creías que era una cosa de dos (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Pero, bueno, yo creo que no... no es la edad pero que eso podemos pasarlo a todas las edades ¿no? Que... te decían: “claro, yo lo oigo ¿y qué hago? Le digo a él que no. Yo no me puedo meter a decirle que no ¿no?”. Es como... “Eso lo tienen que solucionar ellos”. Y creo que mucho de esta permanencia es de considerarlo que es de la esfera íntima ¿no? y que ahí no se puede intervenir, que eso es cosa de... pareja y así eso es perpetuar ¿no? (R.G.7 Matronas)

7.1.2 La sensibilización ante el tema.

Conviene reflexionar acerca de lo que “obligan” a los ciudadanos este tipo de cuestiones⁸⁴. Podría decirse que el mínimo de exigencia al respecto es la de la “sensibilización”. Es lo que nos dicen reiteradamente todos los profesionales sanitarios consultados: “*ahora estamos*

⁸⁴ No entramos, por el momento, a discutir las obligaciones de las instituciones; aunque hay que aceptar que ambas obligaciones están de algún modo relacionadas.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

sensibilizados”, cosa que antes, al parecer, no sucedía.

Y no se, yo supongo que en algún momento todos en el sistema sanitario tendremos claro cómo actuar en esas situaciones, y me parece que por lo menos en cuanto a sensibilización sí que se ha avanzado, la gente está más sensibilizada en ese tema, antes era un tema más tabú, más oculto, no se hablaba de ello. (R.G. 6 Enfermería)

Lo más importante de todo esto es que por lo menos estamos sensibilizados con el problema, lo estamos sacando más a la luz. Pero, por lo menos... (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

La “sensibilización” es, creemos, una forma relativamente nueva de compromiso social. Tiene mucho que ver, aparentemente, con la **visión**, con el hacer visibles cuestiones o problemáticas otrora invisibles o –sería más adecuado el término en este caso- “invisibilizadas”. Hay otras muchas problemáticas, aparte la violencia de pareja, que entran en un registro similar: la violencia infantil –íntimamente relacionada con aquella-, las violencias asociadas a la homofobia o a la xenofobia, etc.

Yo creo que sí hay un cambio importante ¿no? Ahora se habla, ahora se ve ¿no? (R.G.7 Matronas)

La metáfora aplicada comúnmente a la homosexualidad de “*salir del armario*” puede darnos una cierta clave a la ho-

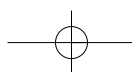
ra de abordar el tema general: lo que no se veía, lo que estaba oculto y recluido en la privacidad debe cobrar un nuevo estatuto, un estatuto público.

Entonces, por un lado, yo creo que eso es importante y que está empezando a surtir efecto ¿no? el que la gente lo identifique y no lo tolere, “yo no tengo...” y que diga: “yo no tengo por qué pasar por eso” ¿no? Porque antes decía: “no me queda otra” ¿no? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Se entiende que la invisibilidad previa implica –visto el tema del lado de la víctima- una suerte de sufrimiento que, en cierto modo, se soslaya o se reduce en ese tránsito recomendado hacia lo público; tránsito que, como se sabe, no está exento de un grado elevado de **riesgo personal**⁸⁵.

- Siguiendo con la metáfora de “salir del armario”, aparece rápidamente a colación el concepto de **identidad**. Salir del armario supone adquirir una **identidad pública** correspondiente en algún sentido con la propia y previa **identidad privada**. El sufrimiento del que se habla es más que físico, tiene que ver con una falta de correspondencia entre la identidad pública y la privada. La tan reiterada **recuperación de la autoestima** parece relacionada con todo ello. La autoestima está del lado de la con-

⁸⁵ En el caso del maltrato, como se sabe, consideramos fundamentalmente otro tipo de sufrimiento, el derivado de la misma agresión, que puede no estar presente en otras de las situaciones que se han propuesto como elemento de comparación. El homosexual, por ejemplo, puede vivir puntualmente determinadas agresiones, pero lo esencial de su sufrimiento tiene que ver con la exclusión misma a la que se siente sometido, que es a la vez externa (reprobación social) e interna (miedo a la reprobación social y culpa asociada). Tales exclusiones son las que se tendrían que superar saliendo del armario; salir del armario, por tanto, implica una doble acción “**valiente**”: una acción frente a los otros, frente al prejuicio, y una acción frente a uno mismo, frente a la culpa. Pero en el maltrato que nos ocupa, aparte del sufrimiento atribuible a la agresión misma, se presenta también otro tipo de sufrimiento de una naturaleza similar al del homosexual, que no siempre se tiene en consideración, pero que es fundamental para entender la carga de violencia con la que se vive. Como se ha visto en la primera parte del informe, la mujer maltratada está, como si dijéramos, **en una cárcel** que la impide salir del círculo; una cárcel que también es a la vez exterior e interior. **En el exterior** están los prejuicios, en forma de mandatos femeninos, efectivamente reiterados por los otros (la mayoría de las veces por los propios familiares, pero también por los amigos, los conocidos y la propia cultura en la que vive), que imponen a la mujer hacer todo lo que esté en su mano para no poner en crisis su matrimonio; **en el interior** está la culpa, que anula la posibilidad misma de pensar y actuar desde y por ella misma, **desde y por su propia necesidad**, la de vivir fuera del infierno que le ha tocado. Y lo realmente terrible del maltrato es ese sufrimiento, el no tener prácticamente otra salida (social y moral) que el seguir aguantando.





secución de la imagen pública, de una afirmación de valor frente a sí mismo y frente a los otros.

“Se está haciendo mucho a nivel de los medios de comunicación de concienciar a la gente. Antes se callaban y ahora ya por lo menos lo cuentan.” (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Tienen poca autoestima. Yo veo que tienen muy poca autoestima en general. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Es un problema de asistente social, de psicólogo, de psiquiatra, las mujeres suelen ser mujeres deprimidas, de baja autoestima. (R.G.11 Residentes Urgencias)

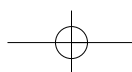
Es que hay una pérdida de autoestima... y tienen una inseguridad tremenda, miedos a relacionarse... a un montón de cosas. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

- Todo parece reducirse, en cualquier caso, a una amonestación al sujeto-víctima: es él el que debe de salir de una suerte de pozo: debe recuperar una autoestima que se supone perdida, debe decir lo que le sucedía y que en cierto modo precisaba o necesitaba esconder. Ya hemos visto en la primera parte del estudio cómo la mujer se veía impelida a salir, más allá de por una simple reacción de autodefensa, como una necesidad de recuperar un valor personal y social negado y anulado. Una necesidad, por tanto, de “sentirse persona”.
- Aunque todos entendamos intuitivamente lo que significa sentirse o no sentirse persona, es obvio que estamos ante un término que, visto desde un prisma intelectual, resulta difuso, y del cual tenemos una débil conciencia

de su historicidad. Al igual que existen otras historias, es obvio que existe también una historia de la conciencia moral, y el término de “persona” creemos que ilustra especialmente la actualidad de esa conciencia moral.

- Ciertamente, la mujer maltratada está puesta en la tesitura moral de acceder al estatuto de persona, estatuto negado (por el maltratador) en la situación marital previa. La supervivencia a la que aspira la mujer es, antes que una supervivencia física, una supervivencia moral; de ahí la importancia que concedemos a la violencia psicológica. Lo que el maltratador **hace** con la mujer, incluso cuando no pega, es algo cuya naturaleza es de un tipo similar a lo que el homófobo hace con el homosexual, o a lo que el racista hace con el extranjero, o a lo que el padre maltratador hace con su hijo. Lo que repugna del acto es que alguien se arroge el derecho de colocar a otro alguien en una suerte de esclavitud por considerarlo como inferior debido a su especial configuración constitucional, psicológica, cultural, etc. Se trata de una violencia que alguien se arroga desde un derecho -que parece que emana únicamente de la constatación y el convencimiento de considerarse **más fuerte**- que puede tener un sinnúmero de justificaciones añadidas, pero que nunca son suficientes para explicar la agresividad ejercida sobre la persona vulnerable.
- Lo que la sociedad transmite como exigencia⁸⁶ al maltratado o a la maltra-

⁸⁶ No hablamos en este caso de exigencia en un sentido moral: en este caso la exigencia es la actitud hacia la víctima consecuente al diagnóstico de una situación moralmente inaceptable. Le exigimos, por ejemplo, al extranjero que no de deje amilanar por el racista porque consideramos que el sostener el propio valor como persona es, de cara a la propia supervivencia, un valor de superior rango que la propia seguridad física. Este dilema entre supervivencia moral y supervivencia física estará permanentemente presente en las actuaciones a realizar sobre la mujer maltratada, como se verá.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

tada es actuar desde el convencimiento íntimo de que la agresión es injustificable, que tiene todo el derecho a intentar evitarla y que tiene toda la legitimidad de pedir ayuda para conseguirlo. No otra cosa es la exigencia de “salir del armario”, la puesta en evidencia de que se es persona y que se tiene todo el derecho a que esa cualidad, inherente a la humanidad, le sea reconocida y que pueda llegar a ser ejercida.

Queda claro, por tanto, que la aludida sensibilización genera un mandato que se debe de transmitir a la mujer maltratada, y que de alguna forma se está ya transmitiendo: que salga del armario, que rompa la relación, que no soporte por más tiempo esa situación. Parecería como si la sensibilización, la especial toma de conciencia moderna ante este tipo de temas, se agotara en exigir al que sufre una acción valiente⁸⁷. Ya iremos viendo el cómo ese mandato puede conllevar prácticamente una tremenda injusticia, y una práctica sobre-victimización⁸⁸.

Pero va cambiando el tema. Ahora hay muchas mujeres que (...) se han separado. Y a lo mejor han tomado esa decisión y te dicen, no, si mis hijos ya me lo venían diciendo hace muchos años, sus propios hijos. Quiero decir, que ya va cambiando un poco la actitud tímidamente, de no aguantar toda la vida. (R.G. Triangular A.P.)

Es verdad. Es que luego además la violencia está normalizada a todos los niveles. Entonces ¿cómo pretendemos que repente a unas mujeres que tienen una educación de sumisión se les encienda una bombilla y de repente acepten todo lo que sale en la

tele? Si todo el mundo sabemos que lo que sale en la tele es mentira. (R.G.7 Matronas)

De hecho yo muchas de las mujeres que veo ahora con este problema son gente mayor, sesenta, sesenta y cinco años, setenta incluso años. De quiero decir, que ese problema viene, o sea, que ese problema ha existido y seguramente mucho más, y ahora es cuanto se atreven, por lo que sea a contarlo. O sea, hace unos años ni siquiera se les hubiera ocurrido. Lo tienen tan asumido como que (...) (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

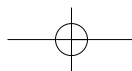
Es, por tanto, legítimo preguntarse: ¿En qué atañe a **los otros**, al resto de ciudadanos, todo esto, si es que algo les atañe? ¿Basta con recordar a la mujer maltratada, en el momento en que se la identifica, el mandato, su deber de no aguantar?

Cierta obligación se impone al respecto de la visibilidad. De alguna forma todos somos responsables de que el maltrato se haga visible. El deber de detectar, de no ocultar, de difundir, de denunciar en el momento en que se sabe que una situación de este tipo se puede llegar a estar produciendo. La sensibilización supone la **no indiferencia**, una suerte de sentimiento compartido de escándalo.

También podría decirse que existe cierta exigencia de **ponerse en el lugar de la víctima**. Un cierto grado de **empatía** hacia el sufrimiento ajeno parece obligado y una voluntad de defensa de ésta frente al agresor. La empatía supone en algún sentido la comprensión de la problemática; pero no una comprensión desde fuera, sino desde dentro.

⁸⁷ “Valiente” procede de “valor”; una acción valiente es una acción para conseguir, o para recuperar un valor.

⁸⁸ Efectivamente, por encima de la antigua culpa (por no haber sabido hacer una familia feliz) se coloca la nueva culpa, por no atreverse a romper (para convertirse en persona). Hay que darse cuenta –y sospechamos que poca gente se da cuenta– del precipicio que percibe la maltratada bajo sus pies cuando considera la posibilidad de atender a este nuevo mandato social: salir de casa, como se suele decir, con lo puesto.





Supone algo así como sentir y sufrir el sentimiento y el sufrimiento del otro.

La empatía cuesta poco. Más allá de la empatía está el **compromiso**. Quizá a este nivel sólo se llegue en nuestra sociedad, muy poco dada a la movilización social, desde una posición profesional. Ciertas profesiones —y las profesiones médicas se intenta que estén entre ellas— obligan a asumir una postura de compromiso. La profesionalización de los compromisos es todo un síntoma de nuestra sociedad.

El problema de malos tratos no se considera un problema de salud (...). Es un tema de mujeres, y de servicios sociales, y algo de abogados. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

7.1.3 Niveles de implicación frente al tema.

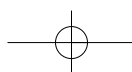
Conviene que expliquemos un poco más las diferencias, ciertamente sutiles, entre escándalo, empatía y compromiso, porque es de suma trascendencia para abordar la cuestión desde la perspectiva de los profesionales.

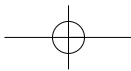
- **El escándalo** es el sentimiento que “se ve obligado a tener” quien ve o intuye la situación. Es un sentimiento que, considerado separadamente de otros, se agota en uno mismo, y que tiene que ver con la posición moral en que acepta colocarse. Alguien puede estar escandalizado por una situación y no hacer nada al respecto. Se admitirá que esta es la posición moral

más común en nuestra sociedad, no sólo frente a la violencia de género, sino ante cualquier otro tipo de violencia: todos estamos escandalizados por muchas cosas, pero por muy diversas razones no consideramos que sea de nuestra responsabilidad incidir de algún modo en la solución de ninguna de ellas. De hecho, creemos que cuando nuestros profesionales sanitarios-ciudadanos nos dicen que están sensibilizados con la situación de violencia de pareja que nos asalta están diciendo sólo eso, que están escandalizados, que no es sino otra forma de decir que ellos no están en ese lado, que en su concepción moral no cabe ni admitir ni ejercer una violencia semejante. El escándalo sirve para desmarcarse y para, en cierta manera, **desculpabilizarse**.

El simple escándalo puede, efectivamente, tener un efecto más perverso que el aludido de operar como sustituto (imaginario) de la acción⁸⁹. Nos referimos a lo que pueda tener de efecto de invisibilización de la propia responsabilidad en que ocurran semejantes cosas. Aludimos al efecto indirecto de **buena conciencia** que se produce ante la manifestación de escándalo, ya que, como dice el cristianismo, siempre es más fácil ver la paja en el ojo ajeno que la viga en el propio. Sólo en un contexto semejante es posible entender la paradoja de una sociedad cada vez más escandalizada con la violencia de género, pero que a su vez genera cada vez más violencia de género.

⁸⁹ Cuando uno manifiesta escándalo ante algo parecería como si hiciera algo en contra de ese algo.





- **La empatía** implica, efectivamente, un paso más, ya que es difícil desentenderse de un asunto que escandaliza y que se experimenta, como se dice, en carne propia. El ponerse en el lugar de la víctima siempre es más posible si uno puede verse potencialmente en una situación similar; la empatía tiene algo, sin lugar a dudas, de **defensa propia**, aunque pueda, desde otro punto de vista, tener asignado también un cariz altruista.

No es extraño, por tanto, que la empatía se genere con más facilidad si el interlocutor es también, a su vez, mujer. Por mucho que la constatación no deje de ser una obviedad, no resultan ser tan obvias las consecuencias inmediatas que de ello se derivan. Ser mujer y sentirse potencialmente víctima del hombre, al menos en el seno de la relación de pareja, parecen ser cuestiones íntimamente unidas.

Es muy típica, como se sabe, esta “solidaridad” femenina, que ha marcado tradicionalmente la separación práctica de los sexos. Una sociedad femenina aparte, concebida, al menos desde las emociones, como “defensiva”, como una forma de contrarrestar la excesiva “vulnerabilidad” femenina frente al hombre.

No hace falta, efectivamente, que se dé el sentimiento más racional del escándalo para que se produzca empatía con la víctima. La mujer maltratada busca naturalmente a otra mujer para hacerla confidente de su infortunio, porque el ser mujer parece un prerrequisito necesario para la com-

prensión. La empatía sin escándalo, en cualquier caso, se agota en la mera escucha y se resuelve en impotencia. Hace falta que se den ambas para que se genere una movilización positiva hacia la víctima.

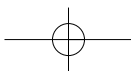
- **El compromiso** posiblemente podría definirse como la presencia conjunta de ambas actitudes, la del escándalo y la de la empatía. En nuestro modelo, en cualquier caso, introducimos un elemento más para hablar de compromiso, la ubicación en un lugar profesional que, en cierto modo, exige la actuación en tanto que obligación profesional.

7.2 El escándalo.

El profesional sanitario está obviamente, hablando en términos generales, escandalizado ante el tema. En tanto que ciudadano, la violencia de pareja debe de preocuparle por sí misma, en principio de la misma forma que debe de preocuparle a cualquier otro ciudadano normal. Cabría decir que el profesional sanitario está ya en el aludido **primer nivel de implicación**: es consciente del tema, lo considera y le escandaliza.

No. Yo lo que creo es que sí hay sensibilidad con respecto al tema. Y otra cosa es que se pueda abordar o no se quiera abordar. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

No creemos que quepa establecer distinciones al respecto entre un tipo de sanitarios y otros. El escándalo hacia la violencia de género es de esas actitudes que prácticamente se le suponen a **un profesional**, en tanto que representante de una élite cultural. Ser actual-





mente profesional “obliga”, entre otras cosas, a un cierto **posicionamiento moral** frente a determinados temas. Ser sensible, escandalizarse, por ejemplo, ante la xenofobia, la homofobia o ante la discriminación hacia las mujeres forma parte del “patrimonio moral” de cualquier profesional actual, con independencia de su “ideología”⁹⁰. Está claro que el tema de la violencia de género está ya totalmente incluido en ese grupo privilegiado de temas hacia los cuales le es obligado al profesional manifestar sensibilidad y escándalo.

7.3 La empatía.

No puede decirse, sin embargo, que el colectivo de profesionales sanitarios esté globalmente en el siguiente nivel de implicación. No puede decirse –a partir de lo que se observa en las discusiones de grupo– que se dé fácilmente una vinculación empática con el tema o con la víctima⁹¹. Se trata de una cuestión que, desde un punto de vista vital, resulta para muchos relativamente irrelevante. No se suele admitir una experiencia profesional directa significativa con víctimas del maltrato; pero tampoco parece claro que la mínima experiencia que se tiene haya movilizado de forma generalizada la actitud de la empatía.

En primer lugar también tendríamos que tener una concienciación ¿no? de lo que es (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

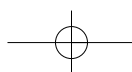
Para mí es importante que si una mujer llega maltratada, encuentre a un profesional donde llegue, a la red donde llegue, sea la red sanitaria, la de servicios sociales o donde sea. Que tenga unas buenas orejas, que tenga una relación empática con esa persona, que le pueda acompañar en el momento que esté, que sea el momento para irse o no irse, pero acompañarla en ese trayecto, y por supuesto intentar llevarla hacia un apoyo psicológico (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

En urgencias, sí es verdad, yo estoy de acuerdo contigo que en urgencias es algo puntual, y lo que no sirve... porque yo también he trabajado en urgencias y te lo derivan, hala, como un pegote, y búscate la vida tú, ¿me entiendes? Pero en primaria sí que lo hay. Y hay médicos, lo mismo que estoy diciendo que hay algunos médicos que no tienen esa motivación, ni quieren y te lo derivan así, también hay alguno, como decía Olga, que sí se esperan esos tres minutos, que puede ser algo, vamos, crucial para esa mujer. (R.G.8 Trabajadores sociales)

H.- Yo creo que sabemos creyendo que lo sabemos todo sobre el maltrato, por lo que oímos en la tele, en los periódicos, y yo creo que seguimos sin saber muy poco o yo, por lo menos, sin generalizar, de lo que es el verdadero fondo del maltrato. O sea, el daño que produce ¿no? Nos los imaginamos. Pero... a veces no entendemos determinadas cosas. Como puede haber denunciado y seguir con él, por ejemplo, que es la típica pregunta. Yo cuando hice el curso del maltrato yo les dije a mis amigos: vamos a sentarnos un rato a charla de esto. Y, primera pregunta: “¿por qué siguen con ellos?” La primera pregunta “¿Por qué vuelven a pesar de que le denuncian?” Pues yo creo que esos mecanismos básicos

⁹⁰ La ideología, como se sabe, es un término de menor uso, debido posiblemente en parte al fenómeno que estamos intentando describir. Si antaño determinados posicionamientos morales ante temas claves marcaban diferencias a menudo insalvables entre sujetos prácticamente constituidos por educación en un lugar u otro del dilema moral (normalmente, ser de izquierdas o de derechas); ahora se observan más comúnmente posicionamientos morales unánimes en el lugar de las élites, quedando la objeción moral como posibilidad únicamente en clases sociales más bajas (resultando explicada, por tanto, la objeción como una manifestación de déficit cultural). No queremos decir, obviamente, que las ideologías hayan desaparecido, o que se esté reactualizando algún tipo de despotismo ilustrado. Las ideologías realmente empiezan a manifestarse en niveles más elevados de implicación (en lo que llamamos “empatía” y “compromiso”). Hay en nuestra sociedad una suerte de “mínimo común moral”, centrado en lo que hemos denominado como “escándalo” ante determinados temas, obligado para prácticamente cualquier ciudadano, siendo sólo disculpable la objeción moral desde la falta de cultura o educación. Los profesionales, en tanto que representantes de la élite cultural y con independencia de su ideología, no sólo deben de pensar y comportarse de acuerdo a ese mínimo común moral, sino también censurar las desviaciones que otros puedan manifestar. Lo que decimos tiene mucho que ver con lo que se alude con el término de “lo políticamente correcto”: hay ciertos mínimos en el discurso moral que no cabe transgredir.

⁹¹ Y menos aún esa asociación entre escándalo y empatía que definimos como compromiso





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

de empatizar con otra persona yo creo que eso no lo tenemos ni idea. Y seguimos diciendo que es el ambiente, que... que pobrecitas, que han vivido eso, que la genética... Lo que se nos ocurra. Pero, realmente... de ponernos ahí en la piel de... Yo, excepto un curso que hice en el Instituto de la Mujer... Es donde más he aprendido sobre... (...) "patología del maltrato..." te sensibiliza de verdad y... joer, pues, entiendo que esta persona siga ahí con esa persona o... Yo no tengo todo tan claro como... "¡no, que te vayas...!". Porque esa es la frase que utiliza muchísima gente y los profesionales médicos también. (R.G. 5 Pediatras)

Me sorprendía porque yo creo que tenía una buena relación con ellas ¿no? Y ahora en el intervalo que yo..., o sea, que estoy de matrona, o sea... bastantes... no digo bastantes pero alguna mujer sí que llega y dice que es maltratada, pero de una forma así, natural, casual... Con lo cual yo creo que desde el punto de vista de la sociedad las mujeres sí hablan ya más claramente de que se sienten maltratadas. Pero, sin embargo, yo creo que los profesionales no hemos evolucionado nada. Nada. Es un problema que nos encontramos frente a él porque ya las mujeres ya nos lo empiezan a decir. Entonces... Pero nosotros aún, o por nuestra formación, o por... también teníamos que ver si los profesionales somos a su vez, seguro que hemos ido maltratadas. O sea... quiero decir, si es un tema social. O sea... Bueno, habrá un porcentaje ahí que estamos en la rueda ¿no? Pero es curioso como desde las consultas podemos dar pautas de que... "tú denuncia... o haz..., no sé qué, no sé cuántos..." Pero nuestra mentalidad no ha cambiado. Estamos ya... yo creo... llenas, yo creo, llenas absolutamente de prejuicios. O sea, de mitos... Yo en el centro de salud cuando se habla este tema, pues, la mayoría de los profesionales comentamos que no entendemos como la mujer no es capaz de irse. (R.G.7 Matronas)

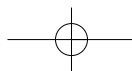
O sea, es algo... y pone a los profesionales en punta. Nos pone nerviosos. Y decimos: "es que yo a esta mujer ya le he dicho...". Sí, bueno, bueno, vamos a ver, quién soy yo para decir, quién soy yo para... Y a veces me sorprende eso de ver que socialmente las mujeres ya empiezan a hablar y decir que se sienten maltratadas y, sin embargo, en los profesionales no ha habido ningún cambio. (R.G.7 Matronas)

Es obvio –aunque de ello no deba deducirse una regla– que **las profesionales mujeres** tienen más probabilidad de acceder a la adhesión empática con la víctima del maltrato. Cierta solidaridad de género, a la que aludimos anteriormente, suele actuar de forma positiva en el caso de las mujeres sanitarias.

En el caso de éstas hemos identificado, con relación a la empatía, tres actitudes típicas, que convendría poner de manifiesto:

- a) La propensión simple a entrar en confianza, sin mayores pretensiones. Servir de desahogo a la víctima mediante el ofrecimiento de la comprensión empática femenina.
- b) El escándalo asociado a la empatía, que implica, además de ofrecer y favorecer la confianza, el proponer a la mujer que se rebele de algún modo frente a la situación, tomando las acciones pertinentes (denuncia, separación).
- c) El escándalo sin aproximación empática. Estas profesionales no favorecerían la confianza, previsiblemente por desagrado a la actitud (sumisa) de la víctima. La admonición a la denuncia y a la separación se realizaría en este caso sin una comprensión clara de las razones que mueven a la mujer a mantenerse en la situación.

En el caso de los hombres no se ha observado lo que podría ser previsible, una posición claramente comprensiva o empática con el agresor; desde el es-





cándalo es imposible justificar al hombre que violenta, física o psíquicamente, a una mujer.

No obstante sí que se detecta como síntoma en los hombres -y en algunas mujeres- la actitud, aparentemente neutra, que podríamos denominar como *“presunción de inocencia del maltratador”*. No condenarle sin más sin oír su versión; actitud que introduce, subrepticamente, la duda acerca de la veracidad de las manifestaciones de la mujer.

“Tienes que conseguir las otras versiones. Y a lo mejor consigues que vaya la hija, que te va a corroborar la versión de la madre, pero yo a veces digo: “bueno... no sé, a lo mejor no es ésta toda la verdad”. Y entonces es mucha dificultad porque el presunto malo de la película no va y no consigues que vaya, igual que no va para tomarse la tensión, no sólo por eso”. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

“Pero también para confirmarlo ¿sabes? que lo que te cuenta la señora sea verdad”. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Yo me quedo con ganas de intervenir ahí en el sentido de que a él le conozco mucho, y (...) preguntarle, pero bueno... Pero ella me lo ha prohibido: por favor, que no se entere, por favor no le diga nada, por favor, por favor, que si se entera que yo le he contado eso. ¿Yo de qué manera...? Si a mí me gustaría tirar un poco del hilo, buscar un momento, alguna cosa... (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

Quiere ello decir que el hombre se pone con relativa facilidad en el lugar del maltratador **por si éste pudiese ser una víctima y no un verdugo**. Se desarrolla, por tanto, también un tipo de solidaridad intra-masculina, que no implica comprensión ni justificación del

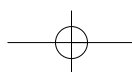
maltrato a la mujer, pero que introduce la duda en su palabra, la duda de que no sea ella en realidad la auténtica maltratada.

No es difícil deducir de ello la existencia de una verdadera dificultad de partida para entrar en una relación empática con la mujer. Ciertamente, no dudamos que lo que se sospecha pueda tener su fundamento con más o menos frecuencia en la práctica, de lo que dudamos es de que pueda tener una aproximación empática quien parece tener más propensión a ponerse antes en el lugar del verdugo⁹² que en el de la víctima. Es difícil escuchar francamente a alguien cuya presunción de inocencia está, a la vista de los datos, todavía en entredicho.

En este ponerse en el lugar del verdugo no es necesario, de todas formas, negar la condición de víctima de la mujer. La tendencia más general actualmente, dada la fuerte sensibilización social hacia el tema, es centrar la atención en lo que de víctima pudiera tener también el maltratador. La demanda actual, a todas luces desproporcionada, de servicios para el maltratador, pone de manifiesto la deficiente sensibilidad que hacia el sufrimiento de la mujer que se produce en muchos sectores y una paradójica sobre-sensibilización hacia el “sufrimiento” del maltratador.

Y ahí va... la reeducación... Entonces, yo planteo que a lo mejor igual que, hombre, parece un poco fuerte que saquen un spot en televisión diciendo: “si eres maltratador ponte en contacto con tu psicólogo o con tu médico” ¿no? Pero a lo mejor en

⁹² Un verdugo que puede ser una posible víctima.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

los centros de salud, en los hospitales, igual que hay carteles hacia el alcohólico o hacia una mujer maltratada, pues, algún tipo de reclamo para que él se vea ahí reflejado y..., pues, no sé, si tienes problemas de relación... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Hay otros síntomas de no adhesión empática hacia la mujer típicamente masculinos. De hecho, inevitablemente, el tema de la violencia de género contra las mujeres actualiza cuestiones y complejos asociados previamente a la forma de abordar el fenómeno cultural del feminismo por parte del hombre y de muchas mujeres. Es un problema⁹³ de cara a la adhesión empática que el lenguaje y los presupuestos explicativos del fenómeno de la violencia de género partan usualmente de orientaciones feministas en las cuales la identidad masculina aparece puesta de algún modo en cuestión. El feminismo, como se sabe, no tiene una clara refutación masculina⁹⁴, pero es muy difícil para el hombre identificarse a sí mismo como feminista. El feminismo lo coloca fuera de juego, como un término tachado, negado, anulado en su naturaleza. Si el feminismo es cosa de mujeres, es natural que la violencia contra las mujeres también lo sea, si ésta no tiene otra matriz de explicación que la posición de género.

“Sí, sí, sobre todo eso: a que los malos tratos es una cosa de mujeres, de servicios sociales y que no es un problema de género...”

O de histéricas que andan por ahí”. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

La preferencia por otros modelos comprensivos del fenómeno de la violencia de género es claramente patente en los grupos, así como la actitud defensiva que implícitamente se manifiesta. Afirmar, por ejemplo, que también existe violencia de género **contra los hombres** supone una forma de equilibrar la balanza, aunque haya que admitir que son muchos más los casos de mujeres que de hombres maltratados. Considerar la violencia de género como una forma secundaria de otras violencias generales del sistema contra los individuos es también otra forma de tratar el tema desde una perspectiva **no de género**, es decir, no comprometedora de la identidad masculina.

“Si estamos hablando del maltrato, estamos hablando de los problemas (...), eso le da ansiedad... angustia... (...) de estrés... Llamémoslo como queramos, en la mujer, en el hombre... en todo el mundo. Pero eso no... no es el maltrato o puede ser un maltrato generalizado, porque todos estamos maltratados” (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

“Pero de eso es de lo que hay que... Yo pienso que es de lo que hay que hablar de qué manera nosotros como médicos podemos hacer algo para modificar esa forma de vida que tenemos y que conduce a un maltrato psicológico entre parejas...” (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

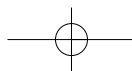
Sí, hay muchos. Muchos maltratados. Es verdad, no se conocen y los hay.

Yo en mi consulta yo veo mucho maltrato.

Mucho hombre maltratado por la esposa (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

⁹³ Problema, en cualquier caso, inevitable.

⁹⁴ Nos referimos, lógicamente, a un discurso parcial alternativo. Las defensas masculinas frente al feminismo no se articulan en un discurso racional, sino en una serie de imprecaciones típicas cuyo valor de verdad se reduce a la connivencia entre varones.





Si no fuese vital para los objetivos generales de la acción que nos ocupa el integrar a los hombres en la tarea, estas objeciones tendrían poco valor. Al fin y al cabo, los problemas de identidad de género de los hombres son cuestiones de débil trascendencia en relación al problema que nos ocupa. No obstante, estamos ante un tema en el que hay que conseguir una respuesta mayoritaria para conseguir alguna eficacia; y hay muchos hombres sanitarios y también muchas mujeres sanitarias que no comulgan con postulados feministas.

Hay, por tanto, una dificultad evidente, considerando el colectivo como globalidad, para, llegado el caso, **ponerse en el lugar de la víctima**. Ya veremos, cuando tratemos más directamente el tema de la formación, cómo el trabajo en esa dirección de generar empatía hacia la víctima es fundamental. Lo que se ha detectado, en cualquier caso, es una barrera previa, débilmente consciente, pero cuyos efectos son devastadores de cara a conseguir la adhesión generalizada a las acciones.

7.4 Empatía y comprensión de la naturaleza del fenómeno.

Como se ve, el que exista más o menos empatía hacia la víctima trasluce en realidad **modelos distintos de comprensión del fenómeno** de la violencia de género contra las mujeres. La adhesión a uno u otro modelo no es, al menos inicialmente, meramente racio-

nal o, en cualquier caso, plenamente consciente, dado que está íntimamente asociada con la adscripción sexual previa y con la conformación previa de la identidad de género.

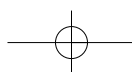
7.4.1 El modelo del desequilibrio natural.

La postura **más tradicional** hacia el fenómeno de la violencia parte implícitamente de la consideración de los sexos como **radicalmente distintos**, enfrentados por esa razón a un, también, radical desencuentro. La violencia, como manifestación extrema de un conflicto permanente, tendría, en el contexto de ese desencuentro, un cierto carácter **natural**.

Natural es, por tanto, que haya desavenencias y, como consecuencia, conflicto en la pareja. Hay un juego de dos poderes, con fines y metas distintos, que pugnan por realizarse **el uno a costa del otro**. Una pareja estable sólo cabría concebirla si uno de los dos términos deviene anulado en su naturaleza, **domado**, a fin de cuentas, por el otro.

Poco importa que asignemos o no a las diferencias de género un carácter natural o "biológico". Aunque es muy frecuente esa naturalización, el modelo podría pervivir perfectamente desde explicaciones culturalistas⁹⁵; lo realmente característico es el desencuentro, la construcción de las identi-

⁹⁵ Lo cultural puede tener tanta densidad como lo natural.





dades desde el conflicto de intereses y de metas.

En realidad, el modelo funciona, más que desde la diferencia, desde la **contradicción**. Lo que uno quiere frustra al otro; representa, en el campo de las aspiraciones, su **antítesis**. ¿Cómo es posible semejante desencuentro? Claramente porque las identidades de género se construyen la una desde la negación de la otra. De este modo, es natural que ambas se conviertan en mutuamente incomprensibles⁹⁶.

Desde esta concepción, sólo cabe cierto encuentro y reducción del conflicto en la pareja **desde la subordinación** de una de las partes, normalmente la femenina⁹⁷. Alguien tiene que transigir en relación a sus metas de género si realmente quieren establecer una vida en común. Pero antes o a pesar de la subordinación, caben un sinnúmero de tácticas y de estratagemas para que cada cual se lleve, como se suele decir, el agua a su molino, que forman parte de la educación sentimental de cada sexo para con el otro, y que son de todos conocidas⁹⁸. La otra cara del aparente equilibrio es la mentira, la ocultación, el simulacro⁹⁹.

Pero hay mujeres que son muy razonables, entonces se callan. No es porque no quieran enfrentarse al marido, pueden enfrentarse perfectamente, pero

dice, pues más vale callarse en momentos determinados antes de llegar a una situación límite. Entonces, pues ahí está. Entonces yo creo que en ese sentido la mujer puede evitar muchos problemas a través de esa actitud (R.G. 9 Ginecólogos)

Nos interesa reflejar cómo se configuran en este modelo **las solidaridades de género**. Prácticamente por definición, todo representante de un sexo es solidario frente al resto de representantes de ese mismo sexo en las cuestiones que afectan a la relación con el sexo contrario. Las mujeres son solidarias “en cuestiones relacionadas con los hombres” con otras mujeres; a la inversa, los hombres son solidarios con otros hombres “en cuestiones relacionadas con las mujeres”¹⁰⁰.

Pues bien, dado que los conflictos de pareja se tienden a interpretar en clave de **conflictos de intereses de género**, y dado que existe una red de solidaridades intra-sexo al respecto, es relativamente natural que la violencia de género se aborde desde las actitudes previstas en dicho modelo previo. Las mujeres se solidarizarán con la mujer maltratada, denostando el modo de ser masculino que las hace sufrir tanto; y los hombres mirarán para otro lado, dado que el tema afecta al enemigo y a las tácticas que utiliza (nadie acepta fácilmente echarse piedras sobre su propio tejado), y dado que para ellos la

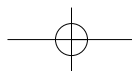
⁹⁶ “Los hombres nunca entenderán a las mujeres”; “Las mujeres nunca entenderán a los hombres”; máximas tradicionales que consolidan el desencuentro entre los sexos.

⁹⁷ Es muy típica en la conformación tradicional de las identidades de género la obsesión por determinar “quién manda en la casa”. Como se sabe, lo normativo es que mande el hombre, lo cual no quiere decir que la mujer no adquiera determinada capacidad de influencia “en sus asuntos”; cada cual manda en lo suyo, pero en lo conjunto, en lo que compete a ambos, debería de mandar el hombre. No siempre es así, pero el hombre que no manifiesta mandar es un “calzonazos”, un varón sujeto al desprestigio, a la desvalorización social.

⁹⁸ Como ejemplo, se nos ocurre la estrofa de una conocida canción popular: “*María Cristina me quiere gobernar, y yo le sigo la corriente, porque no quiero que diga la gente, María Cristina me quiere gobernar*”. Estrofa muy ilustrativa, tanto de la táctica del hombre de aparentar “seguir la corriente” de la mujer, como de la fuerte presión social contraria a la “domesticación” desde el otro sexo.

⁹⁹ Y también, secularmente, la propia violencia, impuesta con el sentido de “poner al otro en su sitio”.

¹⁰⁰ No consideramos, como es obvio, el tema de las relaciones de seducción.





sensibilidad femenina resulta, como se dijo, incomprensible¹⁰¹.

Desde el modelo, por tanto, vemos que una situación de maltrato de pareja contra una mujer va a implicar reacciones empáticas muy distintas según que el testigo o el confidente sea hombre o mujer:

- a) **En las mujeres**, por un mecanismo de identificación de género, se va a producir fácilmente una elevada vinculación empática. Efectivamente, aquí se presenta un riesgo de **sobre-dramatización** de la situación y de **sobre-victimización** de la mujer. El riesgo de catalogar como maltrato situaciones conflictivas de pareja que posiblemente no lo sean es muy elevado ante semejante identificación afectiva. Y hay que admitir que la entrada en escena de la violencia psicológica da pábulo a que cualquier actitud masculina no coincidente con el deseo femenino sea interpretada como violenta.
- b) **En los hombres**, por el mecanismo de identificación inverso, lo que tenderá a producirse es una escasa vinculación empática, que les impedirá hacerse cargo del sufrimiento de la mujer. Los riesgos espontáneos en este caso son la **trivialización** de la situación y la **culpabilización** de la mujer. Lo que en las mujeres puede darse por exceso, en los hombres puede darse por de-

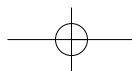
fecto; y es obvio que en ambos casos se impone una especial actitud de **vigilancia** de los efectos de los prejuicios ideológicos de género previos¹⁰².

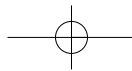
Para completar el modelo tradicional, y para cerrarlo en su coherencia, hay que introducir un nuevo elemento, el de la **indisolubilidad del vínculo**. No estamos hablando, obviamente, del precepto cristiano o del legal, pero sí de un mandato tácito mucho más potente que obliga a **hacer todo lo posible** por evitar que el vínculo marital se rompa. Ya vimos en la primera parte del estudio la extraordinaria fuerza de ese mandato, que hundía insensiblemente a la mujer maltratada en el pozo de la violencia, y que instaba al hombre a la violencia extrema, e incluso al asesinato para no perder a su pareja; los dos se destrozaban la vida (la suya y la del otro) por no aceptar que cada uno podía perfectamente marcharse por su cuenta.

De hecho, sin la presencia de un mandato de insolubilidad tan potente sería imposible entender cómo podría tener la más mínima continuidad una institución formada por un hombre y una mujer con identidades tan profundamente contradictorias. Algún sentido tendría que tener la subordinación entre sexos, o, incluso, el engaño entre sexos si no hubiera que mantener algo medianamente compartido. Prácticamente lo más esencial que se compar-

¹⁰¹ Puede estar el hombre, efectivamente, escandalizado ante determinados actos de violencia extrema, no obstante, el desconocimiento de la psicología femenina y el sentimiento de ridículo asociado a ponerse en algún momento en el lugar de la mujer impiden que se genere la más mínima vinculación empática.

¹⁰² Hay pocos temas en los que, como en la violencia de género, se de con tanta fuerza el riesgo de la proyección personal. Hablamos de riesgo no sólo en el sentido de que se pueda dar una visión distorsionada, también aludimos al riesgo que las recomendaciones asociadas a esa visión distorsionada del problema puedan provocar en las decisiones finales de la mujer.





te en este matrimonio tradicional es el mandato de no romper, que es el que en última instancia permite que los conflictos puedan tener casi siempre algún tipo de solución¹⁰³.

- El mandato de indisolubilidad hunde sus raíces en una consideración de valor, inherente a la construcción de las identidades de género. Quien es abandonado o abandonada pierde el valor social que el otro sexo le confiere. Piénsese en la eficacia simbólica de “los cuernos”, de la visibilidad pública de la infidelidad, en la concepción más tradicional de la pareja. En el maltrato mismo, como ya vimos, la acusación de infidelidad se convierte en un elemento agresivo clave en la estrategia del maltratador. El acuerdo tácito de no ser infiel es, diríamos, el contenido del mandato de indisolubilidad; de ahí que la infidelidad se convierta en la razón más admitida tradicionalmente para romper el vínculo marital.

El prescriptor¹⁰⁴ tradicional, sea hombre o mujer, ante una situación de maltrato, se colocará instintivamente siempre en la posición de **velar por la indisolubilidad del matrimonio**. Es decir, todas sus recomendaciones irán en la dirección de atemperar el conflicto, proponiendo vías o tácticas de reconciliación. Ante todo, lo que hay que salvar es el

vínculo, que puede aparecer colocado de facto incluso por encima de la propia salud o de la seguridad de la mujer¹⁰⁵.

Entonces, cuando encuentro casos así yo intento que las cosas se entiendan de una manera dentro de, de pacificar los ánimos y no enfrentarse (R.G. 9. Ginecólogos)

La mujer, en la medida en que es normalmente la paciente¹⁰⁶, es instada a hacer todo lo que esté en su mano para recuperar la armonía, con lo cual indirectamente es culpabilizada del conflicto que sufre. Y ello no mejora si estamos ante una prescriptora o ante un prescriptor. Aquella puede comprender mejor a la mujer, pero no deja de trasmitirle que no tiene otra salida que la resignación.

Desearíamos tener una manera un poco más eficaz de resolver esas situaciones y con mayor apoyo. Eso está claro ¿no? Pero, bueno, que yo creo que... podemos hacer eso... No podemos hacer otra cosa nada más que contener y contener un poquito. (R.G.2 Médicos A.P. Hombres)

7.4.2 El modelo del equilibrio personal.

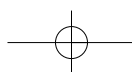
Insensiblemente, estamos pasando de un modelo en que explícitamente se asumía el conflicto a un modelo en que, cabría decir, **se oculta el conflicto**. La armonía, consecuente con la asunción por ambas partes de un **pacto asumido libremente** sería la situación normal y normativa. Un pacto que,

¹⁰³ Ciertamente, por debajo del mandato de indisolubilidad suele haber intereses materiales compartidos que se verían afectados, al menos en parte, en la separación; también debemos tener claro que la paternidad y la maternidad implican un interés compartido, lo que representa que los hijos se críen en una familia. Creemos, en cualquier caso, que el mandato de indisolubilidad es de distinta naturaleza, puesto que tiene un cariz moral que el interés no manifiesta.

¹⁰⁴ Llamaremos “prescriptor” a partir de ahora al mediador que, profesional o no, se ve en la tesitura de tener que intervenir de algún modo en un tema de violencia de género. Hablamos, por tanto, de la posición en la que se encuentra el profesional sanitario cuando recibe un caso, pero que sería generalizable a la que se encontraría cualquier otro profesional o persona instados en un momento dado a hacer algo o a recomendar algo a la mujer maltratada.

¹⁰⁵ Puede ser, efectivamente, que el prescriptor no sea consciente de que actúa efectivamente dando prioridad a la estabilidad del vínculo sobre otras cuestiones. En la investigación, en cualquier caso, es fácil observar el miedo irracional que produce la posibilidad de equivocarse, de tener un papel activo en una separación sin un diagnóstico claro, que incluya la versión también de la otra parte. Decimos miedo **irracional** porque no entendemos por qué una separación tenga que requerir también un consenso.

¹⁰⁶ El hombre podría ser también objeto de intervención, pero no suele prestarse a ello.





además, cualquiera de las dos partes puede romper en un momento dado si la situación no le satisface, si no se es "feliz" con la otra persona.

Estamos, aunque no lo parezca, ante la visión actualmente dominante. Poco importa que semejante visión tenga pocos visos de realidad; no está nada claro que la felicidad sea el estado afectivo más frecuente en las parejas. Aún así, parece que la felicidad también tiene cierto cariz normativo: hay que "creerse" feliz y hay que "parecer" feliz.

Parecería como si la armonía hubiese sido instaurada por decreto; pero hay que aceptar que es un decreto que se ha instaurado sobre una configuración de las identidades de género heredada de la situación anterior. ¿Cómo decretar la armonía entre sujetos que buscan en esencia cosas distintas y contradictorias?

Creemos que las parejas modernas se constituyen mediante el pacto tácito de negar los conflictos que se instalan en ellas. La pauta de relación no es tanto la subordinación, como la **transigencia**¹⁰⁷. Se transige, se consiente al otro, para conseguir que las diferencias no hagan explotar la relación. Cada uno se guarda su verdad, pero se transige en parte con la verdad de otro, para atemperar cualquier posible conflicto.

¿Qué introduce el maltrato en este modelo de relación? Claramente, lo que percibe el prescriptor más moderno es una relación anómala en la cual uno de los elementos (normalmente el hom-

bre) no transige, es decir, deja a la otra parte (normalmente la mujer), en la posición de transigir absolutamente. Semejante posición, como se dijo en otro momento, es incompatible con la concepción moderna de persona.

Lo que ve el prescriptor moderno, que ya es más indiferente que sea hombre o mujer, es una **situación patológica**, una anomalía resultante de algún tipo de alteración psicológica o de efecto en el comportamiento de un contexto mórbido, sea en el hombre, sea en la mujer. Alguien o algo se ha tenido que **desequilibrar**.

Bueno, pero hay que preguntarnos ¿consideramos enfermo al maltratador?

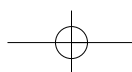
Pues sí, claro que es un enfermo (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Tú le estás haciendo daño a la persona que convives... con la persona que es a la que más quieres y, sin embargo, le haces daño. Pues, es una contradicción, con lo cual tiene que haber algo patológico en el tema. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

En la línea ésta de poner educadores o gente, pues, a lo mejor podría ser una solución. En la baja autoestima. El por qué se tiene esa baja autoestima en las mujeres que a lo mejor es proclive o que favorece a estar con parejas o con personas que pueden ser maltratadores en potencia, porque le dan un poquito de afecto en un momento determinado y eso a lo mejor pesa más que lo otro. Entonces, yo creo que todo eso son factores que habrá que ver cuál es el origen para tratarlo y poner los recursos ¿no? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Es que una familia así no puede estar bien, no. O sea, esa familia está enferma, están todos los miembros de la familia, por lo menos los que conviven en la casa. Esa familia está enferma. Está el padre, está (...), está la madre, por supuesto, y está la hija que vive en casa. Por mucho que se ponga una venda. (R.G. Triangular A.P.)

¹⁰⁷ D.R.A.E. **Transigir**: "Consentir en parte con lo que no se cree justo, razonable o verdadero, a fin de acabar con una diferencia".





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Ya, pero si estamos hablando del tema del maltrato... enfrentamientos y discusiones hay en todas las parejas, porque en una sociedad como ésta es muy frecuente discutir. Entonces, claro, el diferenciar lo que son las discusiones a lo que va a llevar a un maltrato, a que la pegue, eso ya no creo que sea tan fácil, porque hay muchísima gente que discute y no todo el mundo llega a pegar ni mucho menos. Yo pienso que el que pega ya es una situación patológica (R.G. 9 Ginecólogos).

Como la indisolubilidad de la pareja ya no es un mandato, lo que cuesta trabajo entender es por qué esta pareja no se separa si a ambos les resulta tan difícil vivir juntos sin agredirse. Tanto la mujer como el hombre deben de tener algún tipo de culpa, o poseer algún tipo de enfermedad. La previsible "solución" está, por tanto, menos en la disolución del vínculo que en **la cura** de la situación patológica que produce la anomalía. Estamos, efectivamente, ante una **psicologización** del maltrato, que dejaría toda posibilidad de resolución en las manos de algún profesional competente de la psicología o de la psiquiatría.

Me sorprendía porque yo creo que tenía una buena relación con ellas ¿no? Y ahora en el intervalo que yo..., o sea, que estoy de matrona, o sea... bastantes... no digo bastantes pero alguna mujer sí que llega y dice que es maltratada, pero de una forma así, natural, casual... Con lo cual yo creo que desde el punto de vista de la sociedad las mujeres sí hablan ya más claramente de que se sienten maltratadas. Pero, sin embargo, yo creo que los profesionales no hemos evolucionado nada. Nada. Es un problema que nos encontramos frente a él porque ya las mujeres ya nos lo empiezan a decir. Entonces... Pero nosotros aún, o por nuestra formación, o por... también teníamos que ver si los profesionales somos a su vez, seguro que hemos ido maltratadas. O sea... quiero decir, si es un tema social. O sea... Bueno, habrá un porcentaje ahí que estamos en la rueda

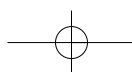
¿no? Pero es curioso como desde las consultas podemos dar pautas de que... "tú denuncia... o haz..., no sé qué, no sé cuántos..." Pero nuestra mentalidad no ha cambiado. Estamos ya... yo creo... llenas, yo creo, llenas absolutamente de prejuicios. O sea, de mitos... Yo en el centro de salud cuando se habla este tema, pues, la mayoría de los profesionales comentamos que no entendemos como la mujer no es capaz de irse. (R.G.7 Matronas)

Se observan otras formas de convertir el maltrato en anomalía, aparte de la aludida de la psicologización, que conviene evidenciar, porque también son muy frecuentes, y están a la orden del día en este tema.

- a) La primera se podría denominar como "**culturización**", e implicaría asignar a determinadas culturas "menos avanzadas" la predisposición a maltratar a las mujeres en el seno de la pareja. Es muy típico, como ya se apuntó en la primera parte del informe, asignar a los inmigrantes económicos (los gitanos estarían también en el mismo grupo) cierta "predisposición cultural" al maltrato, que parecerían confirmar ciertas experiencias o ciertos estudios¹⁰⁸.

Se da igual en los ricos que en los pobres. No, pero... Pero perdóname, hay una cosa clara, en gente joven, y perdóname, en gente joven, por ejemplo, no se ve, digamos, en, en, digamos, bueno, pues, en parejas con cierto nivel cultural y si se ve en parejas... o sea, en parejas con nivel cultural bajo o bien, se está viendo cada vez más, en inmigrantes, que es lo que más se ve. Es decir, en parejas de inmigrantes lo que más. Es decir, porque, bueno, vienen con una cultura, en principio, más baja que la nuestra. Pero que cada vez, es a lo que yo me refiero, cuando tú hablabas de las edades, porque lo que sí se ve, quizá está más oculto y más tapado en pa-

¹⁰⁸ En la primera parte del estudio ya se criticó esta "explicación cultural" de la aparente mayor presencia de sucesos de este tipo en poblaciones inmigrantes. Se sugirió que la propia situación de inmigración, en la cual la mujer es especialmente vulnerable frente a su pareja, podría ser una explicación mucho más convincente, a la par de más respetuosa con otras culturas.





cientes de más edad que en pacientes españolas. O sea, quiero decir, en parejas españolas jóvenes que se ve cada vez menos, salvo en nivel cultural bajo y ya en otro grupo muy grande, que es inmigrantes. Yo por lo menos es lo que estoy observando. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

... hasta el lunes, pues... pues es que es normal que es que ahí en su país también se hace.

En esos países eso es normal.

Entonces, como se hace lo aceptan aquí como una cosa más... (R.G. 6 Enfermería)

No te piden ayuda. Ellas lo ven, incluso hay colectivos donde es un hecho ya... Pues, bueno, que es una forma de vida ¿no? donde el marido agrede a la mujer. Por ejemplo, en el colectivo gitano nosotros vemos un montón y... Y, bueno, cuando a la mujer se le golpea y tal, pues, no... parece que es una cosa como que es normal, que eso tiene que suceder así. Pero, claro, si el niño... si en el niño repercute el problema entonces la madre ya sí que te pide algo de... de ayuda. Entonces, esa es un poco la situación que yo he vivido... (R.G. 5 Pediatras)

Estoy hablando de la inmigración, claro, pero esa inmigración que es la... la mayoría de los problemas yo los veo allí. (R.G.7 Matronas)

La cultura occidental, la moderna, la nuestra, estaría, por tanto, libre de culpa. El sustituto de la "normalidad" de la aproximación psicológica sería en este caso el progreso o la modernidad. Como de lo que se trata, según parece, es de eliminar cualquier atisbo mala conciencia, tanto da que el maltratador sea un enfermo o un atrasado culturalmente, lo que está en juego es que quien habla, quien se enfrenta al tema esté libre de toda sospecha.

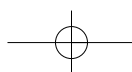
b) La segunda implicaría a las **generaciones más mayores**. El razonamiento intelectual es el mismo que el anterior: dado que los mayores están educados en una cultura anterior, más atrasada, es natural que tengan cierta mayor predisposición a entrar en relaciones de maltrato.

También en este caso los datos o la experiencia parecen confirmar la interpretación. Últimamente, como se sabe, están empezando a causar alarma la aparición de casos de maltrato en parejas mayores. Como en el caso anterior, hay más razones para explicar el fenómeno desde la vulnerabilidad de víctima –cada vez más acusada, como se sabe, en la modernidad, debido a la reinterpretación de los deberes de los hijos y al abandono práctico resultante- que desde aquella otra, más inmediata, elegida posiblemente porque es la que menos nos compromete.

c) La tercera aludiría a las **clases bajas**, e implicaría una estructura de razonamiento similar a la de las dos anteriores: las clases bajas tienen, prácticamente por definición, una cultura menos avanzada, o menos refinada; sería, por tanto, natural que permaneciera en ellas la pauta tradicional de relacionarse la pareja desde el conflicto¹⁰⁹.

Y cuando hay problemas añadidos: económicos, de cualquier tipo, o sociales, pues, ya saltan chispas. Cuando hay comodidades y cada uno hace su vida y se rozan poco, pues, se disimula más. Hay menos

¹⁰⁹ Nos ahorramos en este caso el esfuerzo de refutar la tesis, porque el argumento es el mismo que en los casos anteriores. Habría, en cualquier caso, que apuntar lo que ya es casi una evidencia para la mayoría de los expertos en el tema, el maltrato es un fenómeno de la modernidad o, por lo menos, que se extiende y se agudiza en la modernidad. Toda explicación desde el "atraso cultural" es inconsistente con ello.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

problemas. Pienso yo ¿eh? Pero yo, sobre todo, sobre todo, sobre todo, veo problemas de educación. (R.G.7 Matronas)

d) La **marginalización** del maltrato representa una especie de cruce entre las explicaciones culturales y las psicológicas. En la marginalidad, efectivamente, se une la pertenencia a las clases bajas con la adopción de determinados comportamientos desviados (alcoholismo, drogadicción, criminalidad, etc.). Personas, por tanto, violentas tanto por cultura como por desarreglo psicológico; todo un cóctel explosivo, que parecería que por sí mismo explicaría, sin necesidad de mayores argumentos, que en ciertas parejas se produzcan esas situaciones tan escandalosas.

El aludido cóctel psicológico-cultural podría también aplicarse al maltrato en mayores, al que se produce en grupos étnicos o en las clases bajas, dado que siempre es posible asociar a situaciones típicas en tales grupos (soledad del mayor, desarraigo del inmigrante, penuria económica de las clases bajas, etc.) desarreglos psicológicos.

Se configuraría así como un espacio de intervención, a medias entre lo psicológico, lo cultural y lo social, que nos acerca mucho a la especialización profesional denominada "*trabajo social*". Ya se verá más tarde cómo hay una tendencia bastante espontánea a considerar a los trabajadores sociales como los profesionales idóneos para tratar este tipo de casos; aquí queda de algún modo reflejada la vía mental que

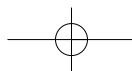
termina por hacer "natural" una derivación que, indudablemente, parte de una interpretación errónea del fenómeno provocada indirectamente por un modo ideológico previo de concebir las relaciones de pareja "normales".

Lo más curioso de esta forma de abordar el maltrato es la dificultad resultante para comprenderlo; colocado del lado de la anormalidad, se anula la posibilidad de comprensión y, por tanto, la posible vinculación empática con la víctima. Es más, podría decirse que tiende a darse, como ya se apuntó en otro momento, cierta **empatía negativa**, más aguda posiblemente en el caso de la prescriptora que en el del prescriptor.

Es muy complicado explicar por qué puede llegar a producirse esta, relativamente constatada, empatía negativa de ciertas prescriptoras con la mujer maltratada. Hemos de imaginar, para entenderlo, un tipo de mujer que podría tener los siguientes rasgos: un alto nivel cultural, insertada en un medio profesional tradicionalmente masculino, con cierta "posición", o prestigio dentro de él, que compatibiliza lo mejor que puede su vida profesional con su vida familiar. Como se ve, no es un tipo raro, sino posiblemente el más frecuente para una mujer de clase media-alta actual.

Este tipo de mujer se encuentra en su propia situación vital ante dos tipos de exigencias:

- a) En el medio laboral, se ve impelida a "demostrar" que su condición de mujer no es obstáculo en modo al-





guno para su rendimiento y para su promoción.

- b) En su medio familiar se ve impelida, por el contrario, a “demostrar” o “demostrarse” que su dedicación laboral no imposibilita su dedicación familiar, la consecución de sus “objetivos” tradicionalmente femeninos (llevar la casa, cuidar a los hijos, mantener la pareja, etc.)

Tratamos, como se ve, el conocido tema de la doble jornada; pero queremos hacer notar algo que quizá no se haya puesto tantas veces de manifiesto, la evidencia de que este tipo de mujer se ve forzada a compatibilizar dos mandatos otrora incompatibles, el de ser como mujer y de ser como hombre¹¹⁰. Esa no renuncia implícita a ninguna de las dos condiciones implica no solamente un evidente sobreesfuerzo, sino también una **sobre-responsabilización**. Necesariamente, esta mujer tiene que desarrollar cierta actitud de omnipotencia, de que realmente **puede con todo** y de que **puede equilibrarlo todo**¹¹¹.

Ciertamente, ello no quiere decir que pueda con la tarea, que los conflictos no terminen por desbordarla por todos los flancos. Pero, lógicamente, para enfrentar dicha tarea hay que creerse que se puede con ella, y, además, de que es posible el equilibrio y la compatibilidad. Esa idea expuesta anteriormente de que el equilibrio es **la norma** en la pareja tiene que ver con la posición de la mujer moderna de **querer hacerlo posible**, y con la tarea, prácticamente

asumida, de echarse sobre sus espaldas el peso y la responsabilidad de semejante equilibrio.

Este tipo de mujer difícilmente puede desarrollar una fácil empatía con otra mujer, como la maltratada, que prácticamente demuestra cierta inconsistencia en su propio proyecto vital, que es lo que, en última instancia, refleja el maltrato. Menos que insensibilidad hacia el sufrimiento particular de la maltratada, de lo que huye esta mujer es de las consecuencias que llevaría asociadas la identificación empática.

Simplemente, el maltrato es un tema que puede llegar a incomodar a la mujer moderna que piensa que tiene toda su vida profesional y personal completamente ajustada y equilibrada. Cuando se quiere creer en semejante cosa, es relativamente normal huir de lo que pueda desestabilizar, desorganizar el artificio.

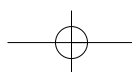
Yo es que en todas estas cosas creo que el tema de la violencia genera en los profesionales, en el entorno, nos genera una situación especial de malestar... porque nos mueve. (R.G.7 Matronas)

O sea, nos está moviendo algo y es que es algo..., es como decía ella, es que no quiero casi ni tocar...ni verlo ¿no? Porque hay algo muy profundo que te está preocupando a su vez a ti ¿no? (R.G.7 Matronas)

Incluso, la mujer maltratada puede aparecer, a los ojos de esta mujer moderna, como un contra-modelo, que daría una imagen negativa de la feminidad. Es fácil ver en ella el tipo pretendidamente superado de mujer tra-

¹¹⁰ Ni que decir tiene que eso se corresponde a su vez con una compatibilización, también muy complicada, de tiempos, de dedicaciones, de contextos, etc.

¹¹¹ Aunque nuestro análisis difiera en varios de los puntos con el que realizó F. Conde y C. Gabriel (Las concepciones de Salud de las mujeres. Informe 2000. Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 89. Consejería de Sanidad de la C.M. 2003), es obligado hacer notar que los que denominaban en dicho texto “Modelo femenino de equilibrio personal” ha inspirado en gran parte este desarrollo.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

dicional, débil, incapaz, dependiente del hombre, masoquista en sus relaciones con él e imposibilitada para tomar decisiones. Por eso, entre otras cosas, la insistencia de la maltratada por permanecer con el agresor le resulta tan irritante.

Es lo que comentábamos, alguna vez que lo hemos comentado. A nosotros, evidentemente, nos pegarían una vez, porque la primera te la pegaban seguro, y si te matan, pues te matan directamente, pero evidentemente la segunda no nos la daban, claro. Es que, pero ya pertenecemos realmente a otro entorno, tenemos otra educación, o salidas, una independencia económica, y bueno, pues quizá... tienes una independencia de vida, entonces... (R.G.11 Residentes Urgencias)

7.4.3 El modelo de la desigualdad.

Aceptar que las relaciones de pareja son relaciones **estructuralmente desiguales**, desigualdad que cristaliza en la configuración de las identidades de género, es la apuesta básica del feminismo contemporáneo. La interpretación del maltrato hacia las mujeres desde esta clave introduce, como es obvio, otra forma de relacionarse racional y afectivamente con el tema del maltrato y otra forma de vincularse empáticamente con la víctima.

Por un lado es el nivel social general, que me parece que, que... que estamos lejísimos de una cultura de igualdad... y que es una cosa...

(...)

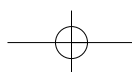
Una cuestión de que, de que el modelo de machismo, el modelo de varón que lleva los pantalones, que si hay que dar una torta se da y no sé qué... Pues aquí se sigue toda y creo que se hace muy poco por cambiar culturalmente ese modelo. Y me parece que ésa es una cuestión, pues que hay que tra-

bajar en otros los sitios: en las escuelas... haciendo educación por la igualdad... y una serie de cosas; porque parece que los colegios en vez de ser de niños y niñas sean mixtos y ya está todo arreglado. Y yo creo... yo creo que no es así. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Lo que pasa que yo creo (...) no es el momento (...) sigue siendo mucho más mayoritaria la violencia contra las mujeres, y en ese sentido (...), o sea, a nivel parece casual, o no me parece que solamente se justifique por la diferencia física, o de la genética, el que de una manera tan importante, históricamente en nuestro modelo cultural se haya dado mucha más violencia del hombre a la mujer que viceversa. Yo creo que tiene una connotación claramente cultural, claramente social. Yo creo que tiene que ver porque históricamente los roles sexuales se han situado en una asimetría de poder político, económico, laboral, de decisiones, en todos los ámbitos de la vida, ¿no? Yo creo que eso naturalmente está en la base de muchas situaciones, o de casi todas las situaciones de maltrato. Porque si no yo creo que cuando se da de alguna manera tan todavía masiva, o mayoritaria la agresión masculina sobre el sexo femenino, pues yo me cuesta trabajo que solamente se pueda justificar desde la diferencia genética, porque además es muy discutible. Sino que tiene que haber algún otro componente por ahí debajo que esté justificando esta situación, y que claramente tiene que ver con un modelo social y cultural muy diferenciado (R.G. 8 Trabajadores sociales)

No creemos que sea posible, como en los otros casos, relacionar claramente esta posición con un modelo ideológico establecido de pareja. Probablemente sería más adecuado afirmar que el enfoque actúa en la pareja actual como instancia crítica, como **desvelamiento y denuncia** de situaciones de desigualdad a pesar de la aparente armonía. Si implicase algún modelo ideológico de pareja, posiblemente sería un modelo utópico o, en cualquier caso, en proyecto o en construcción.

Hablamos en el epígrafe anterior, al respecto el modelo de pareja dominan-





te, de **la transacción** como mecanismo de regulación de los conflictos entre la parte femenina y la masculina, entre sujetos con metas esencialmente diferentes y hasta contradictorias. Recuérdese la definición anterior de transigir:

“Consentir en parte con lo que no se cree justo, razonable o verdadero, a fin de acabar con una diferencia”. La clave está en ese “consentimiento parcial”, que prácticamente se da en toda pareja moderna: el hombre consiente en parte, por ejemplo, en realizar tareas tradicionalmente femeninas; la mujer puede, por ejemplo, consentir en parte con que el hombre tenga un cierto desahogo extrafamiliar en un tiempo de ocio propio... Cada pareja establece por propia cuenta sus transacciones por mor del equilibrio; pero está claro que si hay que estar constantemente transigiendo es porque hay un desequilibrio de partida, que tiene que ver con que ambos términos de la relación conciben como *“justo, razonable o verdadero”* cosas distintas y contradictorias.

La transacción se realiza **en los medios**, nunca en los fines. El hombre, por ejemplo, hará pocas o muchas labores domésticas, pero nunca serán **“sus labores”**, por utilizar el expresivo término antaño tan utilizado para nombrar la actividad femenina en el hogar. Con respecto a esas labores, la mujer siempre será quien las asuma como “su” tarea¹¹² y, por tanto, quien las interiorice globalmente como parte de su proyecto personal. Es

obvio que lo que se le exige a la mujer en el ámbito tradicionalmente masculino, en el ámbito productivo¹¹³, no es exactamente lo mismo: su lugar no es el de ayudar a que otros hagan tareas, sino el de hacerlas con todas sus consecuencias, es decir, integrándolas en su subjetividad como un proyecto vital.

El desequilibrio, a pesar de la actividad transaccional, es obvio: **siempre hay un término que sale perdiendo**, no sólo en la medida en que deviene constituido desde un doble proyecto personal (masculino y femenino), sino también en la medida en que debe asumir como propio e intransferible un proyecto vital desvalorizado por la otra parte¹¹⁴. El aparente equilibrio lo que trasluce es la situación tradicional de dominación.

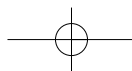
- En efecto, el equilibrio no se establece entre iguales, sino entre desiguales; no se establece entre sujetos que comparten las mismas metas, sino entre sujetos que comparten metas distintas. Y la situación de dominación cabe deducirla de **la cualidad** de esas metas. Las metas “femeninas” son –han sido siempre– inferiores y subordinadas a las de la otra parte, a las de la masculina; de ahí que sean “esencialmente” incompatibles¹¹⁵.
- El que la mujer moderna se integre decididamente en el mundo tradicional del trabajo masculino **fuera de casa** sólo de forma aparente iguala las cosas. Mientras el equilibrio real

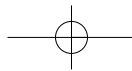
¹¹² Lo raro, lo infrecuente es, como se sabe, encontrar hombres que asuman las tareas domésticas como propias y que se impliquen con ellas, por tanto, de la forma consecuente, es decir, organizándolas, planificándolas, optimizándolas.

¹¹³ Utilizamos la diferencia terminológica clásica entre “lo productivo” y “lo reproductivo”.

¹¹⁴ Puesto que la otra parte no conviene en compartirlo con todas las consecuencias.

¹¹⁵ Sólo pueden compatibilizarse en el modo, por medio de la transacción.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

no pueda experimentarse **también en el ámbito de lo privado**, no cabe hablar de igualdad. Ni la mujer tendrá igualdad de oportunidades en lo público (puesto que tiene una doble tarea que cumplir) ni, desde luego, perderá su carácter subordinado en lo privado (puesto que su "obligación" se concentra en responsabilizarse de las labores de cuidado).

Bueno, yo me callo, pero que yo creo que (...) un poco a la tipología de maltrato más de pareja, o más sobre mujer, o más en el núcleo familiar, o más tal, que yo creo que es un tipo de maltrato, pero que a mí me preocupa muchísimo la situación emocional de la mujer de hoy, que en este momento yo creo que estamos en una situación muy de riesgo, aunque no tengamos un marido que nos esté pegando, o una pareja que nos esté pegando, me estoy refiriendo pues a que yo cada vez tengo (...) en la consulta, una parte de la zona que llevo, es un barrio muy joven, de parejas jóvenes, casi todas las mujeres más o menos están incorporadas al mercado laboral, con el (...) de inestabilidad que nos caracteriza, pero más o menos incorporadas, es decir, que estamos (...) de otro perfil a lo mejor, que en algunos casos se da además la agresión de la pareja, pero que no necesariamente es todo, por suerte, pero sí que estamos viendo en consultas sanitarias un montón de malestar de tipo psicosocial, con un montón de estrés, con una sensación de llegar a todo, con una sobrecarga a nivel... aguantando presiones laborales importantes (...) laboral, con hacerse cargo de los hijos con no siempre la suficiente colaboración de la pareja, con una, un sistema público que no te garantiza una guardería para tu hijo, que además te cae el abuelo, el padre o la madre, que está en una situación de dependencia y (...) Yo creo que nos estamos encontrando a muchas mujeres que yo no se si el maltrato es de pareja, institucional, laboral, social... (R.G. 8 Trabajadores sociales)

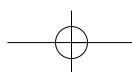
Efectivamente, pero, lo que ella dice, yo reconozco

que la mujer saca a la sociedad adelante, cuida a los mayores, atiende a los niños, trabaja, paga hipoteca... pero llegará un momento que hará un crac. Y cada día nos vamos a encontrar más... aparte de la incorporación de la mujer, las parejas, el aumento de separaciones, de familias monoparentales, que no se, tendrán que hacer algo, no se muy bien el qué, pero habrá que hacer alguna forma... (R.G. 8 Trabajadores sociales)

La violencia de género actual obtiene su explicación o, por lo menos, su comprensión más inmediata desde esta perspectiva como manifestación extrema de un conflicto de género irresuelto que se escenifica en el ámbito oculto de lo privado.

Yo te voy a apuntar otro tema, que a lo mejor no estáis de acuerdo, pero para mí el maltrato de la mujer empieza en algo mucho más ínfimo, menos aparatoso, pero del día a día, y es la sobrecarga del trabajo, de las cargas familiares que tiene la mujer y que no tiene el hombre. Eso es un tema fundamental y es un maltrato encubierto. No le llamamos maltrato ni en la televisión ni nada, pero a mí me han llegado chicas jóvenes de nivel universitario verdaderamente angustiadas y decir... Porque yo les digo, bueno, no vas a tener el segundo niño, porque ya la edad pues ya va avanzando y tal. Y ya desbordarse y decir, era una chica que era universitaria y me decía, yo tengo un trabajo de éstos de muchas horas repartidas en el día, entonces llegaba a las ocho a casa, con un niño de dos años, y el marido estaba sentado, viendo la televisión, esperando a que ella viniera para atender el niño y hacer las tareas de la casa. Yo no se qué (...) pero desde luego para mí eso es... Y eso es el pan nuestro de cada día, eso es lo normal. (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

Desde esta perspectiva, el prescriptor no puede integrar la violencia de género como una **excepción a la regla**, a la regla del equilibrio. Más bien, sería para él la manifestación, si se quiere, más extrema de la regla, pero que, en cual-





quier caso, vendría a confirmarla, no por exclusión, sino por inclusión. La violencia de pareja, por tanto, sería una manifestación extrema de una violencia cotidiana que se da de forma constitutiva y estructural en las relaciones de pareja modernas.

La empatía hacia la víctima en este caso introduce elementos más complejos. Ya no podemos hablar —como en la explicación tradicional— de solidaridad o insolidaridad “primarias”¹¹⁶. Hay ya un proceso secundario, puesto que implica el haber o no haber aceptado previamente el análisis relativo a la situación estructural o habitual previa de dominación del hombre sobre la mujer. La solidaridad implicaría una subsunción de lo particular en lo general¹¹⁷, una identificación con la víctima desde la propia experiencia¹¹⁸, el análisis conjunto de ambas situaciones y un sentimiento concomitante trasferido de agravio común¹¹⁹. La empatía en este caso traduciría más claramente el **sentimiento de injusticia** que la situación previa manifiesta; no se trata sólo de hacerse cargo del dolor de alguien, sino también de experimentarlo y juzgarlo como injusto, como algo que no se puede permitir en el registro de los más elementales derechos humanos¹²⁰.

La relación empática con la víctima desde esta perspectiva implica, por tanto, una toma de conciencia **previa** de que

la situación habitual o estructural de la mujer en nuestra sociedad, al menos en el ámbito de la relación de pareja, es injusta y discriminatoria. Se suele denominar a semejante análisis “perspectiva de género”. Para “empatizar” de esta forma hay que tener perspectiva de género y llegar al convencimiento de que la violencia de pareja debe de comprenderse e integrarse desde semejante perspectiva.

Es bastante obvio, por lo demás, que mucha gente ni posee ni comparte semejante perspectiva de género. En nuestro análisis, esa perspectiva implica la problematización de las relaciones habituales de pareja y el desvelamiento de las relaciones de poder entre sexos. La ideología dominante al respecto, como se ha dicho, se concentra y apunta sobre la idea difusa de “equilibrio entre sexos”; y es muy difícil, como se sabe, luchar contra la forma dominante de ver las cosas, máxime cuando —como es el caso— semejante puesta en cuestión “obliga” necesariamente a corregir cuestiones que afectan claramente a la esfera de la propia vida privada personal. A las claras, muchos hombres y muchas mujeres preferirán no aceptar la carga de verdad que semejante adopción de una perspectiva de género comporta por no introducir elementos cognitivos, emocionales y morales que desequilibren su propio y particular equilibrio de pareja, sea porque se cuestiona

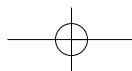
¹¹⁶ Que, como se vio, estaban directamente relacionadas con el sexo de referencia de quien hablaba.

¹¹⁷ El caso es una manifestación (aguda) de...

¹¹⁸ De haberse visto implicadas o implicados en situaciones de violencia asimilables. Es obvio que esta identificación es más fácil que se produzca en una mujer que en un hombre; no obstante, cualquier experiencia previa de discriminación es asimilable a cualquier otra.

¹¹⁹ Es, efectivamente, difícil mostrar empatía hacia cualquier víctima si uno no puede experimentar en carne propia el sentimiento, en este caso, de injusticia.

¹²⁰ Obsérvese la diferencia entre esta forma de “empatizar” y la que se deriva de la antes aludida “patologización” de la violencia. La empatía con una mujer que se considera de algún modo enferma es necesariamente débil; convertir en enferma a una mujer que está sufriendo una situación de violencia es, en el fondo, una forma de evadir la responsabilidad que se derivaría de evidenciar la situación como producto de una injusticia, puesto que en ese caso lo prioritario sería defenderla antes que recomendar que acuda a algún psicólogo.





una forma particular de ser agresor o porque se cuestiona una forma particular de ser víctima.

Es claro, en cualquier caso, que todas estas reacciones defensivas sirven de muy poco a la víctima, y que sirven muy poco para que se movilice la actitud de la empatía necesaria para que esta sociedad empiece realmente a movilizarse decididamente frente un problema tan escandaloso. Si pretendemos que los profesionales sanitarios se movilicen como prescriptores frente a la violencia de pareja deberemos necesariamente de “formarles” en la comprensión del fenómeno desde una perspectiva de género. Semejante formación es en realidad una “concienciación”, porque lo que está en juego no es tanto adquirir nuevos conocimientos cuanto desmontar una forma habitual de ver las cosas y adquirir una nueva forma de percibir las.

Es cierto que este proceso de concienciación es más fácil que lo realice una mujer que un hombre. Si lo que está en juego es una pérdida de privilegios, es normal que quien los posee se resista a un proceso que necesariamente le llevaría a perderlos. Pero tampoco deberíamos creer que con la mujer tengamos el camino completamente expedito. La **empatía primaria tradicional**, por ejemplo, ofrece la apariencia de concienciación, cuando en realidad a lo único que lleva es a reafirmar y apuntalar la identidad tradicional femenina¹²¹. También habría que trabajar la **empatía negativa** que vimos que se instala-

ba con mucha facilidad en la mujer profesional.

7.5 El compromiso personal.

En sentido estricto, el compromiso personal¹²² sólo se evidencia tras el tipo de empatía secundario inherente a la comprensión del fenómeno desde el modelo de la desigualdad. La comprensión desde los otros dos modelos (modelo del desequilibrio y modelo del equilibrio personal) difícilmente va a provocar un auténtico compromiso, es decir, una movilización **en tanto que persona** en favor de la víctima.

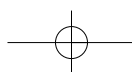
7.5.1 La inacción como resultado del modelo del desequilibrio.

La empatía primaria a lo que lleva directamente es a un tipo de acción que podríamos denominar como “confidencia”. Facilitar que la mujer se desahogue, que descargue su angustia sobre el/la prescriptor/a.

Realmente, habría que hablar de **la prescriptora**. ¿Cómo un hombre puede verse a sí mismo entrando en confidencias con una mujer sobre cuestiones “femeninas”? Desde la óptica tradicional sería todo un sinsentido, porque el hombre no podría entender nada y, por tanto, hacer nada, aparte de que se vería a sí mismo en una situación ridícula e incómoda.

¹²¹ Concebida como un modo de ser distinto al del hombre y, por tanto, capaz de desarrollarse al margen de él.

¹²² Del compromiso profesional hablaremos en el epígrafe siguiente. Entendemos por “compromiso personal” la actitud que implica el llegar a asumir la responsabilidad de hacer algo personalmente para ayudar a la víctima.





Pues como es un tema que en el fondo es de mujeres, en el fondo es un tema de machismo...

Ahí, ahí, ahí...

En el fondo es un tema social, es cultural... Y tiene implicaciones con todas las áreas, y quién da el primer paso... Pues, yo creo que en fondo queremos verlo importante pero no queremos hacer los medios para que realmente se resuelva el tema. (R.G. 6 Enfermería)

Ya hablamos en la primera parte del estudio cómo la mujer maltratada llega un momento en que busca la confianza, y que esa demanda de confianza es toda una oportunidad para la detección precoz del maltrato. Vemos aquí un motivo claro de invisibilización: el hombre desde su imagen tradicional de hombre **elude la confianza** y, por tanto, la posibilidad de actuar sobre el caso. El mensaje implícito es “búscate a una mujer para desahogarte”. La demanda de la mujer queda, como consecuencia, frustrada. Pero eso no es quizá lo más grave; lo más grave es que, indirectamente, la experiencia de sufrimiento queda desvalorizada como “cosa de mujeres”, como dolor relativamente trivial¹²³.

Y hay que aceptar que esta trivialización del sufrimiento femenino está íntimamente vinculada a la forma en que es percibida e interpretada en la práctica cotidiana la violencia de pareja. A consecuencia de ello, el sufrimiento expresado

por la mujer en la confianza no se antoja inicialmente como un indicador válido e incuestionable de que hay violencia: la mujer siempre sufre en la pareja, ¿por qué alarmarse por algo que el tópico convierte en común y generalizado y que, en el fondo, no tiene otra explicación que un modo de ser femenino especialmente proclive al dramatismo?¹²⁴

Ciertamente, el sanitario hombre puede soportar, por educación, la confianza de la mujer, pero lo realmente dramático es que en su cabeza pueda no existir la más mínima propensión a identificar **una causa objetiva** en la queja femenina. Puede escuchar sólo palabras que para él tienen poco sentido. Desde luego, a no ser que haya un indicador claro en el cuerpo de la mujer de una lesión física, no habrá razón para la alarma. La posibilidad de identificar la violencia psicológica es desde esta perspectiva **imposible**; la violencia psicológica se disuelve e indiferencia en la banalidad del sufrimiento femenino¹²⁵.

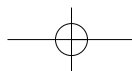
Es muy difícil implicarte. Hombre, salvo en la agresión clara y patente... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Puede ser, también, que el sanitario hombre se sienta afectado por el dolor de la mujer, aún cuando realmente no dé crédito a sus palabras. El dolor, al fin y al cabo, aunque sea imaginario, siempre duele, y es de humanos ser sensible al dolor de cualquier otro ser

¹²³ La trivialización del dolor femenino es una constante cultural que, como se sabe, incluso afecta a su abordaje tradicional en el ámbito médico o en el psicológico (véase, por ejemplo, el concepto de histeria en el psicoanálisis).

¹²⁴ Podría ser cierta la presunción de que la mujer sufre mucho en la pareja. Habría, en cualquier caso, que considerar la hipótesis de que la violencia hacia la mujer en la pareja puede ser mucho más frecuente de lo que parece, o de lo que se está dispuesto a aceptar. Lo que dificulta la consideración de esta hipótesis es el prejuicio de que la palabra de la mujer no expresa nada, especialmente cuando esa palabra se manifiesta en modo de queja hacia el hombre.

¹²⁵ Insistimos en comunicar que la investigación tiene especial interés en buscar elementos que ayuden a implementar medidas de prevención. Quizá la parezca al lector que dejamos muy en un segundo plano el tema de la violencia física, y esta es precisamente la razón. Mientras sólo veamos como problema la agresión física difícilmente podremos actuar eficazmente en el terreno de la prevención, que es quizá el terreno en el cual el sistema sanitario pueda tener un mayor protagonismo.





humano, aunque sea mujer. Medicalizar el caso es, en esa tesitura, natural: tratar directamente el síntoma que, como hemos visto, no es síntoma de nada. Recetar, por ejemplo, un ansiolítico es una forma natural de desembarazarse del incómodo caso de la mujer que decide entrar en confidencia con el hombre.

Es cierto que se da en la mujer mayor propensión a entrar en confidencia con otras mujeres. Es más fácil que la sanitaria se encuentre con casos de este tipo, mayor frecuencia en cierto modo valida el análisis realizado: contarle a un hombre determinadas cosas puede ser, efectivamente, una pérdida de tiempo.

La prescriptora tradicional, efectivamente, escuchará a la mujer y se hará cargo de su sufrimiento. No obstante, no parece que se derive de ello en muchos de los casos ninguna acción aparte de la de facilitar y abundar en la confidencia. Se han observado en la investigación varios casos en los que se produce una cronificación de la confidencia entre mujeres. La mujer maltratada acude durante años periódicamente a la consulta para quejarse, y la prescriptora asume la situación como algo que ayuda a la mujer a soportar su drama; no se dan, sin embargo, pasos en ninguna dirección. La confidencia se enquistada.

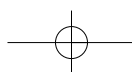
Puede ser, es cierto, que ese enquistamiento se produzca por voluntad de la propia mujer maltratada, imposibilitada, por las razones que hemos desgranado en la primera parte del informe, para dar ningún paso. Pero puede ser también que la propia respuesta de la

prescriptora tradicional favorezca ese enquistamiento, en la medida en que no se hayan propuesto soluciones. Hablar mal de los hombres sólo es **imaginariamente** una respuesta; no es suficiente con que la mujer maltratada se sienta comprendida por otra mujer que, de algún modo, comparte una misma sensibilidad. El típico discurso femenino derrotista de “los hombres son así”, “qué me vas a decir a mí que yo no sepa”, etc., no está hecho para cambiar las cosas, sino para apuntalarlas en la ficción de una “distinta sensibilidad” como si de otra naturaleza humana se tratara. Además, las acciones violentas del maltratador aparecerán en este contexto siempre de algún modo disculpadas, en tanto que manifestaciones típicas de la insensible sensibilidad masculina.

7.5.2 La evasión como resultado del modelo del equilibrio personal.

Desde el modelo del equilibrio personal hemos visto que es bastante difícil que se genere algún tipo de empatía hacia la víctima, precisamente porque el maltrato se convierte en algo imposible de comprender desde la propia experiencia. El maltrato es una anomalía provocada por condicionantes especiales (un desarreglo psicológico, una conducta desviada, unas circunstancias difíciles...)

De la no comprensión del fenómeno desde la propia experiencia se deriva el hecho de **no saber qué hacer con el caso**. La consecuencia más inmediata de cara a la acción sería, enten-





diendo que la cosa puede ir a mayores, **derivar el caso**, es decir, trasladarlo a un profesional competente en esas cuestiones. Será un psicólogo o un psiquiatra, si se entiende que media un problema psicológico de él o de ella; será un trabajador social, si se entiende que media una problemática social.

Claro, y lo que sea. Entonces, sí es verdad que a lo mejor... Quiero decir, no enfocándolo así pero si tú tienes un mediador familiar o un recurso asistencial que te permita llevar a la pareja, pues, a partir de ahí se puede hacer un trabajo. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Lo que hace falta son los psicólogos. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Yo no sé si es ésa es la solución, pero yo... bueno, no sé, que a lo mejor ahí, bajo confidencialidad, estas persona podría contactar con alguien de servicios sociales de la zona y que viese su caso, que hablase y que vieses salidas... "oye, tú tienes familiares o no tienes familiares..." ¿cuál es el problema? ¿tú lo dejarías...? "Sí, tengo uno en Huelva pero tendría que buscar un trabajo allí" ¡Yo qué sé! Es decir, alguien no que diga a comisaría y a casa con la denuncia para esperar al siguiente. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Bueno, quizá sería la asistente social, que lo hiciesen de otro modo o que hiciesen más o que lo canalizasen. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

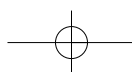
Ya no de asuntos sociales, porque, probablemente, una mujer que llega en esas condiciones, pues, necesita un psicólogo, una enfermera que la atienda y ya no sólo un médico que le vaya a coser la herida. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Y más que un apoyo un psicológico y un apoyo psiquiátrico, pues, necesita un apoyo social. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Me parece a mí. Y luego a mí me parece, con los profesionales con los que yo trabajo, que hay como una mezcla de susto, porque el maltrato asusta mucho. Es una palabra como muy fuerte y también bastante estereotipo. Es decir, se da que en medicina, por ejemplo, tienen a los dos... al matrimonio y entonces eso ocasiona mucho conflicto, "esta señora me está contando que ahora mismo está siendo maltratada y yo desde hace mucho tiempo conozco a su marido y a mí no me lo parece". Entonces, uno como... que entra en un... como a poder establecer juicios de valor. Es lo que a mí me parece. Entonces, mucho susto, por una parte, que es lo que a mí me llega cuando los profesionales me derivan alguna situación de malos tratos, y también mucho..., un poco, es lo que decía a María José, muchos estereotipos ¿no? de no creer, de cuestionar... De algunas veces forzar también a que tal vez la denuncia puede ser algo como muy protector pero aparte a lo mejor no es lo que la persona quiere. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Pues yo creo que el psicólogo sería importante. El psicólogo y el psiquiatra. Pero creo que sería importante por la cantidad de demanda de cosas físicas que tampoco tienen, porque cuando te hablan mucho de dolores de cabeza, de... "no será que me sube la tensión" Y te empeñas en hacer el trabajo, en estudiarla y todo... Y no. O sea, la tensión sube por un tema emocional cuando tú estás en una situación así. Entonces, a lo mejor lo que tú no puedes hacer sí lo puede hacer otro profesional y yo creo que en atención primaria un escalón sería ése, siempre y cuando hubiera una unidad de salud mental preparada para eso. Porque, claro, si la mandas a una unidad donde el psiquiatra sólo se dedica a patologías tipo pues no... (R.G. 6 Enfermería)

Ya se insinuaron en la primera parte del informe los riesgos de este, aparentemente pulcro e intachable, comportamiento: la mujer que intenta entrar en confianza con el profesional resulta que es inmediatamente despachada a otro lugar, un lugar que, desde luego, es todo menos neutro: el psiquiatra o el psicólogo connotan desarreglo mental; el





trabajador social connota marginalidad. Lo normal será, por tanto, que la mujer se pierda en esa derivación bien porque no era esa la respuesta que esperaba para su confianza, bien porque no acepta verse a sí misma como cliente de ese tipo de profesionales, bien porque en el tiempo que media entre las dos consultas ya se ha diluido el impulso que originó el deseo de desahogarse y cobre para ella más potencia la vergüenza y el miedo a las consecuencias del acto de hacer pública su situación¹²⁶.

El derivarles a la asistencia social y seguramente el 50% se pierde en el camino porque no llegan a citarles nunca. El otro 25% no les convence porque tienen menos trato que conmigo. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

En efecto, lo que se diluye en todo el proceso de derivación es la propensión misma a realizar semejante acto de valentía, porque no otra cosa que un gesto valiente es el decirse a realizar la confianza. Puede ser, efectivamente –y no creemos que semejante actitud sea excepcional-, que se arrepienta de su propio impulso y que no vuelva a sentirse tentada a realizarlo en mucho tiempo. Habremos, por tanto, perdido la posibilidad de prevenir, pérdida cuya razón originaria es la negativa a querer entender¹²⁷ lo que le estaba pasando a la mujer.

Ciertamente, aquí ya empieza a haber conciencia clara de gravedad y de riesgo, aún cuando lo que comunique la

mujer sólo sean “presuntas” agresiones psicológicas. La alarma y el escándalo están ahí, pero lo que falla es el factor de identificación, que se traduce en la práctica en presunción de incompetencia para abordar el caso.

Pero puede ser que no se dé efectivamente esa derivación, y que el propio sanitario decida que es competente para “tratar” el caso¹²⁸. Pero esto no tiene por qué mejorar las cosas, a pesar de las apariencias, puesto que si el prescriptor sigue viendo en el caso algún tipo de patología psíquica, sea de la mujer, sea del hombre, su acción consecuente va a estar en la misma lógica que la implicada en la derivación; la mujer sentirá que no ha recibido la respuesta que esperaba y posiblemente termine, a la postre, por dejar de actuar en esa dirección.

En estos casos, efectivamente, hay una intención y una **acción de “diagnóstico”**. El prescriptor decide “investigar” lo que realmente está sucediendo en esa pareja; es decir, intenta buscar las causas de una situación que no puede dejar de percibir como anómala, y tiende a aplicar frente a ella un esquema de búsqueda similar al que aplicaría en el caso de considerar una enfermedad. Ciertamente, decide que tiene frente a **sí algo así como una enfermedad**¹²⁹; de posible origen o manifestación psíquicos, pero al fin y al cabo una enfermedad¹³⁰.

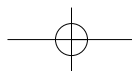
¹²⁶ Si se recuerda, algo que saca totalmente de sus casillas al agresor es que la mujer haga público lo que le sucede con él en privado. No sólo es el problema que se deriva para su imagen pública, sino lo que significa en sí misma de acción de rebeldía contra él, rebeldía muy cercana simbólicamente a la tan temida y siempre sospechada infidelidad.

¹²⁷ Desde el punto de vista del puro, simple y trivial entendimiento humano.

¹²⁸ Cada vez más, como se sabe, los sanitarios, en especial, los médicos se van sintiendo competentes para “tratar” patologías psíquicas leves. En la lógica de este modelo es relativamente fácil que una situación de violencia de pareja se interprete en clave de patología psíquica leve.

¹²⁹ En la derivación, como vimos, también se aplicaba esta suposición, aunque no hubiese intención de diagnóstico preciso; el caso no aparecía diagnosticado pero sí tildado implícitamente de problema psicológico; al fin y al cabo, ¿por qué si no se le mandaba a la mujer al psiquiatra?

¹³⁰ Creemos que no hace falta tener una profesión médica para efectuar esta conversión: está prevista en el modelo del equilibrio personal, como se ha dicho, la sospecha de alteración psíquica y, por tanto, de enfermedad.





Pero, seguramente, en un porcentaje muy alto de... de mujeres con trastornos de personalidad, con problemas de adicciones... hay historia de abusos y de violencia infantil en la familia pero mucho más alto de lo que parece. Más alto de lo que parece. (R.G.10 Salud Mental)

Adviértase lo que tiene semejante esquema de pensamiento de desimplicación y de deshumanización de la relación. Alguien, una mujer, viene pidiendo ayuda, aunque la ayuda que demande sea sólo que la escuchen y la comprendan, y deviene colocada en paciente a la espera de recibir un diagnóstico.

Nótese la violencia que supone el cambio del contexto de relación esperado: una relación humana de confianza es convertida en una relación terapéutica. Si la mujer entra en el juego, inevitablemente va a entrar del lado de la culpa: va a sentirse de algún modo **responsable** de lo que le pasa, de su propio sufrimiento, y va a esperar que el sanitario le diga qué es lo **que ha hecho mal**. Y esto será así incluso si el diagnóstico del médico conlleva la recomendación de la separación. Se puede ser responsable hasta de no haber sabido separarse a tiempo.

Yo, más que nada, lo que veo es que en principio si no hay voluntad de la otra parte de dejarse ayudar, de... de ni siquiera acudir a la consulta, pues, no creas que podemos hacer mucho, excepto de darle unos consejos a la pobre sufridora, entre comillas, y decirle: "pues, mire, usted, opte entre esta serie de caminos, que se le pueden plantear, opte por el mejor, por el más cómodo o por el más práctico o usted piense en los pros y contras, qué va a ser de su hijo, qué va a ser de usted si se va,

si se queda sola..." (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

La necesidad de un diagnóstico es, en cualquier caso, el síntoma que más nos interesa. La mujer pide ayuda y se le devuelve una investigación. Y si no una investigación, que la mayoría de las veces no se hará porque resulta materialmente imposible, sí la respuesta de que es necesaria esa investigación para actuar. Es decir, se le devuelve **que su palabra no vale**, que no es suficiente, que hay que escarbar más en búsqueda de las causas. Extraña respuesta para una petición de ayuda.

Claro, quiero decir, y cuando alguna vez se queda solo e intento... (...) y dices: "Es imposible. No me lo creo". Y si junto a los dos a ver qué pasa aquí...

Yo también... a mí también me ha pasado un par de veces.

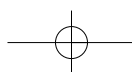
Claro.

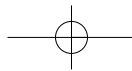
Un matrimonio de estos que...

Te tienes que... te tienes que quedar un poco frío.

... tienes a los dos de paciente y uno dice: "pues es que no sé qué... pues es que no sé cuánto... porque me dice, porque me hace". Y el otro te dice: "si esta mujer está loca. Si es que me quiere envenenar..." Y entonces llega un momento... y dices: "oiga, mire, que..." Y no te puedes tampoco... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

No, es que... Vamos, yo las mujeres que conozco maltratadas, físicamente, porque psicológicamente creo que tengo, que conozco un montón. Un montón. Lo que pasa es que... claro, es tan sutil el término, ¿no? tan... y tampoco puedes confrontar al otro con ella para... (R.G. 4 Triangular A.P.)





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

La necesidad de diagnóstico surge, entre otras cosas, porque existe un verdadero horror a la posibilidad de intervenir mal, a no ser justos, especialmente con la otra parte, con la parte masculina. Está claro: si se hace, sin más, caso a la mujer resulta que se condena al hombre sin pruebas. ¿Interviene un principio de precaución ante la posibilidad a que la mujer esté utilizando al sanitario? Puede ser que la situación se dé en algún caso, pero hace falta ser rebuscado para instalar esa sospecha en el momento en que una mujer rompe a llorar en la consulta y se queja de que su marido la insulta o la pega¹³¹.

Entonces ¿tú qué puedes hacer? Decirle: "yo creo que deberías tomar una decisión, pero yo no soy quién para decirte "márchate, abandona a tu marido, llévate a tu hijo, lleva a tu hijo. Digo: "yo, me gustaría, que a tu marido... lo conozco un poco por encima, que viniese aquí y poder hablar entre los tres" y decir: "a ver, esta situación no se puede soportar. No es sostenible. Llegáis a un acuerdo ¿vais a cambiar o...?" Y ya la decisión tiene no tiene que ser tuya. ¿Qué más vas a hacer? El tío no aparece por tu consulta... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Ahora cuando te lo planteas te das cuenta de que a veces sí que es verdad que toleramos mucho, se tolera mucho ¿no? Pero también de los... de los esquizofrénicos con sus padres, de no sé qué, no sé cuántos... Porque también es verdad que nosotros necesitamos a la familia para poder tratar a los pacientes, aún así rompemos la familia. Estamos siempre permanentemente "esto no lo podemos tocar..." "y si lo tocamos..." "y si denuncia..." "y si pierde..." o la pareja cuando se rompe el apoyo fundamental que supone la pareja y nosotros también estamos ahí en una situación a veces difícil de resolver ¿no? (R.G.10 Salud Mental)

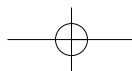
Tenemos un dato que se nos repite con el caso anterior: la palabra de la mujer es, prácticamente por definición, **dudosa**. Antes era inconsistente, trivial, ahora es, con una elevada probabilidad, mentirosa. Poco importa que esa presunción venga de otra relacionada con su presunta salud mental; las elaboraciones posteriores no nos hacen sino velar lo que realmente se pone en juego, que es una **duda metódica de la veracidad del discurso femenino**. Si se duda del discurso femenino, entonces el masculino posee, por contraposición, mayor valor de verdad¹³².

Yo una mujer... Yo creo que siguen vendiendo mucho más... No hablo (...) pero, evidentemente, ahora cualquier cosa, una mujer que denuncia cualquier caso, como el mobing, que está ahora de moda, el acoso en el trabajo, pues ahora vas y cualquier trabajador: "jo, es que mi jefe me presiona más últimamente". Mobing. Denuncia... y, despido todos los días. Todas las mañanas. Pues, la mujer, lo que denuncia... vende y sale en los periódicos. Y ningún tío va a denunciar que la mujer, a un tío así de grande, le ha pegado un puñetazo porque ha mirado o ha dicho algo o le ha pillado con... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

No, y que tampoco sabemos si a lo mejor tú dices una cosa así y a lo mejor, justo, eso que tú has dicho ha inclinado la balanza a ese lado y resulta que lo que interesaba es que se inclinara al otro. A lo mejor lo que tú digas hace que esa persona tome una decisión que a lo mejor no tomaba. Entonces ¿es mejor o es peor? ¡yo que sé! Hombre, evidentemente, lo que no puede soportar es que le estén zumbando. Eso no. Pero que a lo mejor ha sido muy puntual y a lo mejor ha habido primero un maltrato psicológico increíble y el otro ha llegado encabronado y le ha hecho... ¡yo qué sé! No sé. Pues lo que tú decías... porque pueden pasar de todas las cosas. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

¹³¹ Semejante instalación de un principio de precaución puede tener algún sentido en el ámbito judicial; al fin y al cabo, las decisiones que se desprenden de la intervención de los tribunales tienen una elevada trascendencia práctica (aún así, creemos que ese ámbito también cabe ejercer una crítica similar a la excesiva incorporación de ese principio de precaución). Pero no parece razonable que una simple confidencia tenga que activar tamaños recelos. Puede operar al respecto, efectivamente, el pudor tradicional a cualquier intervención que pueda como causa de disolución del cuasi "sagrado" vínculo marital.

¹³² Es una queja reiterada de la mujer maltratada el que se crea (la propia familia, los amigos, los representantes de la autoridad) siempre más a su pareja que a ella misma.





H.- Y te lo puedes creer, claro. Pero, claro, llega un momento en que tú ya no sabes qué creerte ¿no? (R.G. 6 Enfermería)

H.- Si... si... dónde está la verdad... la verdad de ella o la verdad de él ¿no? (R.G. 6 Enfermería)

En primaria, desde luego, 1yo por lo que veo, y hay varios casos que sí que estamos detectando y que se trabaja con ellos, los médicos de primaria no saben manejar la situación de malos tratos. No lo saben. Cuando llega una mujer a consulta. Bueno, se quedan así, es... como diciendo: "vale, tú haz esto o haz lo otro..." Pero muchas veces lo que quiere la mujer maltratada es que la escuchen y que la crean, porque es que parece ser que nadie la cree. Entonces, cuando va, por ejemplo, a la consulta y le dice: "mire, es que mi marido..." "Bueno, bueno..." Es que... quizá a lo mejor ya ha tenido mala experiencia, pues que ha ido a lo mejor a hacer una denuncia o cualquier otro tema y no la entienden. Y como no la entienden tiene que... enseguida tiene que ser un profesional, pues, que realmente la escuche. Si lo que quieren es eso, es que la escuchen, que la comprendan y que la apoyen. Porque siente miedo. Porque muchas veces la excusa es: "es que... no sé cómo ha cambiado. Si es muy buena persona pero es que, claro, como está enfermo..." Y cuando tú le dices: "mira, no está enfermo..." Bueno, pues, un poco como que se descolocan ¿no? Entonces, yo lo veo, desde mi trabajo, desde primaria, que no saben manejar la situación. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Diagnosticar e investigar implicaría idealmente, por tanto, el **conocer la versión de la parte masculina de la pareja**. Casos se advierten en la investigación (tanto entresacados de los testimonios de las mujeres maltratadas como de los de los mismos sanitarios) en los que tal investigación se realiza de hecho, a pesar del grave riesgo para la mujer que semejante acción comporta. Y tras esa

investigación puede ser también muy habitual que el hombre devenga exculpado y la mujer, por tanto, culpabilizada del lado del desequilibrio psíquico.

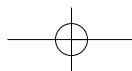
- Incluso, en los casos en que el sanitario conocía previamente al hombre, se advierte que la incredulidad que se instala con suma facilidad tras desvelar la mujer la situación. La reacción instintiva es **a no dar crédito** a lo que esa mujer está diciendo de un hombre aparentemente tan educado e intachable.

Porque, incluso, la semana pasado ha venido una señora que tiene 72 años y me plantea que se va a separar de su marido, de que no le soporta. Porque su marido ha perdido no sé cuántos millones en el juego y sigue bebiendo... y usted ve al marido en la consulta y es un señor. Es que es un señor de arriba abajo. Es que yo... Claro, me dice eso la señora y digo: "pues, será cierto, pero es que no me lo puedo creer..." (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

- En efecto, como ya se ha dicho en algún otro lado, el maltratador casi siempre aparece públicamente¹³³ como una gran persona. El dato puede decirnos algo de la personalidad habitual de los maltratadores, pero también nos dice algo del crédito que la sociedad da a la palabra y a la intención del hombre y el descrédito que se instala en la palabra y en la intención de la mujer. De la mujer siempre cabe sospechar una intención tortuosa, una mentira calculada o, incluso, en la apreciación más benigna, el desorden mental y la pérdida del sentido de realidad¹³⁴.

¹³³ A cualquiera menos a su pareja, y también muchas veces también a su pareja.

¹³⁴ En los estereotipos culturales de las "personalidades", de los modos de ser del hombre y de la mujer están desde siempre presentes estos elementos. El hombre, aunque bruto e insensible, es normalmente franco, dice las cosas como son; la mujer, sin embargo, a la par que sensible y delicada, cuando habla oculta siempre una segunda intención, no es fácil saber realmente lo que se trae entre manos. Como se sabe, el grado de verdad de los tópicos culturales es más que dudoso; no obstante, hay que admitir que operan en nuestras cabezas y que, en la medida en que ofrecen una fácil explicación a las cosas, inhiben del arduo trabajo de intentar entenderlas por nuestra propia cuenta; por este camino terminan por convertirse muchas veces en reales. Más que para utilizarlos como explicación, los tópicos culturales deberían de explicarse en sí mismos y sus consecuencias en la elaboración de nuestra visión del mundo. Por ejemplo, habría que explicar por qué el hombre tiene que ser, por definición, bruto e insensible, y por qué esta atribución nos sirve en muchos casos para "disculpar" que algún hombre decida utilizar la violencia para resolver sus conflictos.





En este contexto, lo que obtiene más probabilidad es que el diagnóstico final se decante **en contra** de la mujer. Mientras no aparezca identificada una lesión física, que impidiera instalar la sospecha de engaño¹³⁵, es muy poco probable¹³⁶ que la palabra de la mujer sea creída y su situación personal diagnosticada como de auténtico riesgo para su integridad psíquica o física¹³⁷.

Lo normal es, por tanto, que a la mujer se la coloque del lado de la enfermedad; es decir, que, como resultado de su confianza, el sanitario termine con la impresión de que es ella, en todo o en parte, la responsable de la situación que denuncia.

- Hemos aludido a una investigación que supondría un intento de contrastar versiones¹³⁸, pero lo más normal es que la investigación, de haberla, se resuelva únicamente desde el testimonio de la mujer: no suele haber tiempo ni deseo para otra cosa, pero tampoco suele haber oportunidad para semejante contraste¹³⁹. El diagnóstico, por tanto, se realiza más normalmente a partir del propio testimonio de la mujer, y hay que admitir que el prejuicio opera aquí con todavía mayor fuerza: el no creerse del todo lo que la mujer está contando, el intuir

que en el relato hay exageraciones, ocultaciones, imaginaciones, etc., deben ser reacciones habituales y normales¹⁴⁰. La impresión diagnóstica, por tanto, se coloca con mucha facilidad del lado de algún tipo de desarreglo “mental” en la mujer.

Lo de salir con las amigas, lo de ir a balnearios, por ejemplo. Yo tengo una maltratada que mando (...) a un balneario, y está mucho mejor (...) ¿Entiendes? Pero quiero decir... (R.G. Triangular A.P.)

Que es lo que dices tú, montar pequeños objetivos, (...) con sus amigas, que además puede decirle a su marido que es para que le baje el azúcar, ¿me entiendes? Pero muchas mujeres que viven encerradas en su casa, y eso favorece mucho el maltrato, y el abuso por parte del marido. Es cambiar el concepto un poco. Que evidentemente, como te digo, ahora con la gente más joven va cambiando, pero sigue habiendo maltrato con la gente joven. Yo he hecho más informes de gente de menos de cuarenta años que (...) (R.G. Triangular A.P.)

- Hablamos de desarreglo mental, porque puede ser lo más común, pero tampoco hay que desechar los casos en que se constata algún problema social “circunstancial”; por ejemplo, el alcoholismo de uno u otro, las dificultades económicas, las situaciones de paro, los desfases o conflictos culturales, etc. Pero la instalación de lo circunstancial a lo que suele llevar es a la derivación, y estamos estudiando los casos en los cuales el profesional deci-

¹³⁵ Ciertamente, aún en ese caso podría instalarse la sospecha de que la mujer pudiera haberse autolesionado, o la de utilizar una lesión fortuita en contra su pareja. No obstante, dado el grado de alarma social instalado sobre el tema, es más difícil que la suspicacia llegue a esos extremos.

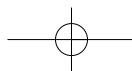
¹³⁶ Siempre hablando desde el modelo que proponemos que, en cualquier caso, como dijimos, es posiblemente el dominante.

¹³⁷ Y como auténtico maltrato de pareja. De lo que estamos hablando es del proceso que cursa en la invisibilización de la violencia de género en la sociedad en general y en la consulta en particular.

¹³⁸ En algunos casos son los hijos los que se utilizan al respecto.

¹³⁹ No siempre el médico puede saber quién es el marido; no siempre el marido aparece con asiduidad en la consulta.

¹⁴⁰ Entiéndase que no queremos en ningún momento atribuir al profesional **mala fe** en sus conclusiones. Queremos dar cuenta de mecanismos psicológicos y cognoscitivos **normales** en una cultura, en los cuales, por tanto, puede verse implicado cualquiera, sin darse a penas cuenta. El evidenciarlos y el denunciar su carácter imaginario es obligado para que se instalen las precauciones necesarias.





de hacer algo más allá del desembarazarse del tema. No obstante, quisiéramos apuntar el dato de que lo circunstancial no suele ser nunca “suficiente” desde la óptica del diagnóstico; tiene que haber **algo más** en la esfera de lo psíquico, un algo más nos lleva al mismo lugar, a la patologización de la mujer. Por ejemplo, si el marido es alcohólico y arma numeritos de vez en cuando a su mujer, habría que determinar por qué es alcohólico y si la mujer pudiera tener alguna responsabilidad en ello, o determinar por qué soporta convivir con alguien con ese problema (¿será masoquista?), etc.¹⁴¹.

Nuevamente nos encontramos, por tanto, con la propensión a medicalizar. Si algo hay, por activa o por pasiva, de desarreglo psicológico en la mujer, es relativamente “natural” tratar tal desarreglo con psicofármacos.

- El psicofármaco tendría la virtud de actuar “equilibrando” a la mujer; si ésta recobra su equilibrio, su dominio de sí misma, estará en mejores condiciones para equilibrar su pareja, que es al fin y al cabo lo que se pretende desde este modelo, que toda la relación se reconduzca hacia lo natural, que es el equilibrio.

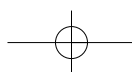
¿Qué hacemos los médicos (...) para tenerlas relativamente estables? Pues la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos. Quiero decir, que en un momento dado a mí me es más fácil largar un Lexatín que no escuchar media hora. (R.G. Triangular A.P.)

Pero ten en cuenta que los ansiolíticos es el segundo grupo que más se prescribe en España y en el mundo occidental después de (...) Pues es por toda esta problemática. En un momento dado tú a una mujer que la ves angustiada y tal, le pones tus anti-depresivos, sus ansiolíticos. (...) pues estoy más tranquila y tal. Y en el fondo es lo que te pide, dormir y... Pero vamos (...) (R.G. Triangular A.P.)

Entiéndase que no estamos afirmando exactamente que se traten problemas de violencia de pareja con psicofármacos; lo que estamos afirmando es que las más de las veces tales situaciones de violencia **no se ven** o no se interpretan en clave de violencia de pareja, sino como desavenencias conyugales que habría que reconducir a la situación normal del equilibrio. Lo que no se ve, efectivamente, es la **violencia psicológica**, que aparece usualmente medicalizada y desposeída en su consideración del riesgo que indudablemente posee.

En mi experiencia no se explora el maltrato psíquico en salud mental. O sea que es que parece una contradicción en sus propios términos ¿eh? Y no se explora. Entonces te lo encuentras porque llega el momento, como tú dices, pues, al hacer la entrevista, no sé qué... (R.G.10 Salud Mental)

¹⁴¹ No quisiéramos escamotear esfuerzos para hacer ver con qué facilidad la mujer termina por convertirse en culpable de cualquier problema de relación que se instala en el ámbito de la pareja. Y, efectivamente, desde esta perspectiva, la violencia de pareja es un problema de relación. Se nos viene a la mente el dicho, aparentemente tan profundo, de que cuando una pareja tiene un problema, lo más normal es que tengan la culpa los dos. Aplicando semejante dicho, es prácticamente automático que sospechemos que la mujer **algo habrá hecho** para que se dé la situación que pone en evidencia. Se dirá que el hombre tampoco queda bien parado, pero, como no es él quién denuncia, no se enfrentará al oprobio de verse culpabilizado por la situación que sufre. Realmente, es todo un abuso el introducir la violencia de pareja en el capítulo de las desavenencias conyugales y el buscar fórmulas de “solución” coherentes con esta cultura del equilibrio de pareja que estamos tratando en sus consecuencias. Lo que “dice” el dicho es que el equilibrio es la forma natural de relación, y que si no hay equilibrio es porque hay dos culpables, no solo uno. Si se dice que hay dos culpables es porque no puede concebirse en ese medio una relación de dominación, que es lo que pone de manifiesto precisamente la violencia en la pareja. Si hay violencia hay dominación, y el querer “explicar” la violencia como desavenencia es, automáticamente, una inversión de lo real: la víctima aparece como verdugo, y eso no tiene el más mínimo sentido. Valga lo dicho para ridiculizar definitivamente la propuesta, bastante habitual, de utilizar la terapia conjunta de pareja para solucionar este tipo de “problemas” de violencia. La violencia no es un problema conyugal, es una situación de abuso de una persona sobre otra, y que tiene, por tanto, como todo acto de abuso, **un solo culpable claro**.





*... y no cuentan esas historias... Cuentan otras...
"Pues sí, pobre de mí, no sé qué, no sé cuántos..."
Y las inflas a pastillas... y consumen ansiolíticos por
un tubo y... y terminan psiquiatrizadas. Y, entonces,
no se ha explorado... hasta que te lo encuentras, y
últimamente te lo encuentras más porque la gente
está más concienciada y ya llega contando algo
más. Pero desde salud mental no se explora la vio-
lencia psíquica, pero es que todavía más... en ur-
gencias tampoco se explora. (R.G.10 Salud Mental)*

7.5.3 Compromiso personal vs. compromiso político.

La acción que supone un compromiso es aquella que se moviliza en la dirección de actuar a favor de la víctima y en contra de una situación injusta. El sentimiento de empatía primario no es, como se ha visto, eficaz para generar una acción de esa naturaleza. La empatía debe de producirse en el contexto de un sentimiento previo de **iniquidad**.

Es una cosa muy gorda ¿qué está haciendo la justicia con el tema de las lesiones? Porque, claro, yo, desde luego, personalmente y profesionalmente pienso que toda la situación hay que denunciarla, aunque sea inclusive tu vecina que le estás oyendo que le está pegando. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Percibir la situación y la acción del maltratador como inicuas no es, como se ve, nada fácil. Pero, una vez que se instala el sentimiento de iniquidad, es inevitable que se genere un compromiso con la víctima, un compromiso que lleva necesariamente a un tipo de acción consecuentemente "comprometida".

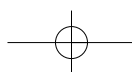
El compromiso con la víctima se instala frecuentemente en el seno de otro compromiso previo que cabría calificar,

indudablemente, como "político". Lo más frecuente en el público prescriptor del que hablamos es estar comprometido previamente en la lucha por la equidad entre los sexos para, a la postre, individualizar ese compromiso en la mujer que acude a la consulta en búsqueda de confianza. Como se dijo anteriormente, la forma particular de ver el mundo en el marco de una "perspectiva de género" es consustancial para ver y, por tanto, para prever y prevenir las situaciones de maltrato.

No es difícil sospechar que la acción de diagnóstico puede estar fácilmente influenciada en este caso por un **prejuicio**, resultado de una forma (parcial) de ver el mundo. El feminismo suele manifestar, como se sabe, este inconveniente en nuestra sociedad, en la medida en que muchas veces aparenta actuar como explicación forzada y (políticamente) interesada. Las defensas culturales frente a feminismo¹⁴² actuarían, en consecuencia, como se apuntó en otro momento, invalidando el tipo de análisis que con más facilidad llevaría a abordar el tema del maltrato desde el punto de vista de la prevención.

- Hay que aceptar el hecho de que, en las actuales circunstancias de agravamiento del problema de la violencia de género, la interpretación feminista del fenómeno va camino de convertirse en dominante, por lo menos en aquellos casos en que la violencia se hace directamente evidente (violencia física); es decir, cada vez es más difícil encontrar otra explica-

¹⁴² Que, como se sabe, suelen ser más masculinas que femeninas.





ción al caso distinta de la que presume una situación previa de abuso ejercida por y desde la condición sexual en la cual la mujer es directamente la víctima.

- En cierto modo, por tanto, la violencia de género actual viene a confirmar y validar al propio feminismo. Pero no es éste el fenómeno que nos toca estudiar, sino el que tiene su resultado en un cambio en las actitudes dominantes hacia las víctimas del maltrato. En el discurso de los sanitarios y sanitarias se observa, de forma cada vez más acusada¹⁴³, la revisión crítica de prejuicios provenientes de otros modelos de interpretación del fenómeno¹⁴⁴ y su sustitución (en la discusión de los grupos) por prejuicios provenientes de la revisión crítica desde una perspectiva de género¹⁴⁵. Es decir, **ha habido un aprendizaje**¹⁴⁶, y ese aprendizaje parece seguir la dirección más razonable de una interpretación del fenómeno como efecto de (o previsto en) los patrones culturales de género¹⁴⁷.

El carácter de prejuicio de la propia interpretación desde el género debe ser, en cualquier caso, tomado por nosotros también en consideración. Por el prejuicio feminista¹⁴⁸ es relativamente fácil que interpretemos el caso rápidamente, sin una evaluación meditada, como una manifestación clara de discriminación sexual. Un diagnóstico apresurado que, obviamente, **debe de tener sus riesgos**.

Entonces que entramos ahí un poco... No sé, yo ahí yo tengo muchas dudas también con el tema del maltrato ¿no? Yo sí que distingo situaciones de maltrato, en la que hay una situación de indefensión brutal y situaciones de mucha dificultad de pareja. Yo ahí las diferencio rápidamente, de forma clara. Y estamos llamando maltrato a situaciones de pareja, como nos podemos encontrar todos y cada uno de nosotros, pero que según quien te lo escuche lo plantea como un tema de pareja o lo plantea como un tema de maltrato. Y eso, bueno, pues, no sé hasta qué punto también verlo ¿no? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Diagnóstico apresurado y conclusión apresurada. El compromiso nos lleva posiblemente en muchos de los casos a correr más de lo necesario en la di-

¹⁴³ En una investigación como la presente, que se ha desarrollado en sus distintas fases desde 2002, pueden observarse determinados cambios en la forma de abordar el tema por parte de los sanitarios; y uno de los cambios que más llaman la atención es precisamente el que se apunta.

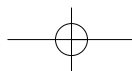
¹⁴⁴ Los prejuicios que han sido analizados hasta ahora.

¹⁴⁵ Por ejemplo, en los grupos de discusión (que no son sino un reflejo de las discusiones profesionales habituales; de ahí su eficacia como técnica) la aparición de opiniones tradicionales del tipo "los hombres son por naturaleza agresivos" o "la mujer debe de procurar atemperar el conflicto" ya son prácticamente imposibles, están totalmente fuera de lo, cabría decir, políticamente correcto. Pero también empiezan a ser discutidas explicaciones más "avanzadas" del discurso dominante, como, por ejemplo, la de que "las mujeres maltratadas son masoquistas", o la de que "el maltratador es un enfermo"; también pierden crédito las afirmaciones "defensivas" masculinas del tipo "el fenómeno está sobrevalorado"; "también hay muchos hombres maltratados", etc. Al menos al nivel de la manifestación explícita y pública, hay en los actuales momentos mucho "pudor" a abordar el tema desde referentes distintos a los que marca el discurso feminista. Habría que dilucidar, en cualquier caso, si esa presión hacia la manifestación "políticamente correcta" se traduce siempre y en todos los casos en la acción consecuente de compromiso con la víctima. Como veremos más tarde, no creemos que ambas cosas aparezcan en la práctica necesariamente unidas; pero para poder entender esto tendremos que avanzar el análisis en la dirección del compromiso profesional, avance que se producirá en el epígrafe posterior.

¹⁴⁶ El proceso de aprendizaje no parece estar todavía cerrado.

¹⁴⁷ Parece evidente que parte de ese aprendizaje está relacionado con cursos de formación recientemente implementados desde la Consejería.

¹⁴⁸ El término "prejuicio" no aparece en este texto con ninguna intención peyorativa; el término es utilizado en su sentido literal de juicio previo a la situación considerada.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

rección de forzar la acción que parecería ser la ideal, que la mujer abandona la situación inicua, es decir, **que se separese**.

Yo creo que nos encontramos con un problema... por lo menos, yo siento muchísima impotencia, porque cuando consigues que te cuenten, que cuesta muchísimo, que una persona reconozca que su pareja le ha maltratado, aunque sea evidente, yo creo que a veces como que te lo quieren contar, pero como que quieren que tú lo adivines, no contártelo directamente, porque tienen miedo a que su marido se entere que lo han contado, o porque les da vergüenza, o por lo que sean. Pero una vez que consigues que te lo digan yo me siento muy impotente, porque es que no puedes hacer nada. Además les sugieres, denuncia; la denuncia les horroriza, vamos. ¿Y qué vas a hacer? Pues nada, pues volver a casa. Como tienen muy asumido que su vida es así y que les van a seguir pegando... (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

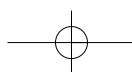
Nótese que por esta vía también estamos, de algún modo, defraudando a la mujer. La mujer que entra con el prescriptor en confianza posiblemente sólo esté esperando, en la primera aproximación, empatía; si le devolvemos otra cosa como, por ejemplo, la recomendación de que se separe, posiblemente estaremos generando una disonancia que frustre el intercambio comunicativo.

... Maltrata... Abusada... No tiene un abuso físico pero sí verbal. Que ésa es otra cosa también... tremenda ¿no? O sea como la mujer no identifica que la humillación de que "eres una mierda" "no vales para nada" "tu trabajo no sirve" "¿tú de qué vas?"... Ese tipo de cosas no las identifica como eso. Viene con una autoestima por los suelos. Viene: "estoy deprimida" y además "¿de qué yo me quejo sino tengo motivos para quejarme?" Y, claro, como viene con eso, a mí me vienen a la consulta, pues... hay que

tener mucho cuidado porque tú rápidamente, claro, identificas que es un maltrato y, rápidamente, a mí me entra una vena de rebelión, y digo: "¡Pero si es que es un maltrato!" Y si lo dices te encuentras con que la persona se va y no vuelve. O sea que a esa paciente la pierdes ¿no? (R.G. 10 Salud Mental)

Si a ella le lleva maltratando toda la vida y yo ahora, pues, tengo que atenderla ¿y dónde va a ir? Claro, muchas veces también son cosas que te chirrían ¿no? Que dices... Que hay situaciones... pero hay muchas veces que son mujeres que durante mucho tiempo nadie les ha escuchado, nadie sabe qué es lo que le pasa y muchas veces el médico de familia sabe perfectamente lo que está pasando ¿no? Pero nadie tampoco se ha implicado. Entonces, en ese proceso en el que entiendan... O sea, entiendan o vea en su relación qué es lo que me está pasando ¿no? Que ya toman su decisión. Porque tampoco les puedes decir: "Sepárate" o "oye, denuncia..." "Pues porque no. Eso es nuestro trabajo, creo yo. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Yo creo que... a lo mejor nos tenemos que meter casi todos en el mismo saco, no solamente... y me refiero al personal sanitario y me refiero a los trabajadores sociales ¿no? Un poco como que yo actúo para... ¿no? O sea, mi actuación es para... que denuncie y termine esta historia. Es decir que denuncie y se separe. Eso es como un poco el objetivo final. En el momento en que eso no se produce, que la mayoría de las veces no se produce o no se produce al primer intento o no se produce con la premura que nosotros quisiéramos, pues, automáticamente, pasamos a la retaguardia y decimos: "oye, si ella no quiere denunciar..." Como que... ahí yo creo, o sea, tenemos, yo creo, ahí un mal concepto y es que quizá nuestra sensación es: yo estoy o el tipo de ayuda que yo puedo ofrecer a esta mujer es asentarla en la formación, en la orientación y en la motivación para que denuncie y se separe y se instale en otro lugar, sino tiene otra alternativa. Y, probablemente, eso sea un error. O sea, yo creo que, precisamente, cuando no denuncia y no se separa es cuando está más que justificada mi intervención ¿No sé si me explico? (R.G. 8 Trabajadores sociales)





Ciertamente, debemos de tomar totalmente en serio el peligro de que nuestro compromiso pueda llevarnos a realizar acciones que anulen o pretendan anular la potestad de la víctima para efectuar **ella misma** su propio diagnóstico y sus propias conclusiones. El problema al que aludimos tiene que ver con la sobredeterminación del compromiso político (feminista) sobre el compromiso personal. Políticamente nos gustaría cambiar un estado de cosas, y desde ahí ejercemos un discurso público en contra de la injusticia, en contra de la iniquidad. No obstante, deberíamos de darnos cuenta de que la confianza de la mujer nos coloca ante la necesidad de un compromiso personal, de ayudar directamente a una persona, no de hacer **proselitismo**¹⁴⁹.

Pero le das un apoyo para que tome una decisión. Le das un apoyo para que tome una decisión. (R.G.10 Salud Mental)

Pero, además ¿qué sería resolver? Que su marido es un maltratador... Es que es... lo que tú dices, lo tiene que resolver ella, en el sentido que sea, que puede ser irse o quedarse. (R.G.10 Salud Mental)

Y luego para mí, perdóname, es que, es que me pilla en un momento de crisis total con este asunto. Es decir, yo durante mucho tiempo he estado..., he sido de las que el mensaje que daba a mis compañeros sanitarios es "Hay que denunciar. Si no denunciemos estamos siendo cómplices de esta situación"

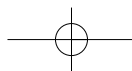
que es gravísima, porque esto es un delito" Yo era un poco en esta línea. Independientemente de que la mujer se resista hay que decirle que es nuestra obligación, y que nosotros no podemos consentir saber que se está dando esta situación, que es un delito y que tal. Esa ha sido un poco mi bandera durante mis años de trabajo. Tengo que reconocer que en el último año o año y pico ando muy en crisis con este mensaje, eh, quizá por los casos que me han llegado ¿no? Yo, últimamente, me han llegado casos en los que te dice la mujer "Pero yo no quiero denunciar" Y no puedo denunciar, ni puedo... (R.G. 8 Trabajadores sociales)

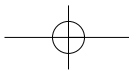
En efecto, la acción que más inmediatamente sugiere al prescriptor o a la prescriptora que se enfrentan al caso desde el modelo de la desigualdad es una acción proselitista, hay que integrar a la mujer en la causa, hay que convertirla en un prosélito. Ya aludimos a esta cuestión anteriormente utilizando el símil de salir del armario. Esa exigencia de salir del armario puede ser políticamente consecuente, pero en el plano privado puede conllevar un elevado riesgo.

Es un riesgo, en primer lugar, **diagnosticar apresuradamente** una situación como de violencia de pareja cuando pudiese no serlo¹⁵⁰. Es claro que las consecuencias al respecto de un diagnóstico equivocado pueden ser impredecibles; y no estamos hablando en este caso de esa especie de pudor moral contra la solubilidad del matrimonio. No hablamos de una

¹⁴⁹ Un buen símil que puede ayudar a entender mejor lo que se quiere decir, podría venir de la actividad de líder sindical frente al trabajador. El primero puede, en un momento dado, considerar perfectamente legítimo y comprometido instar al segundo a que se ponga en huelga. No obstante, si no considera los riesgos de que el trabajador pierda por ello su empleo estará haciéndole un flaco favor. Siempre hay una distancia entre la acción políticamente comprometida y la prácticamente correcta. El sembrar el terreno de mártires de la causa ayuda poco a la causa, porque al fin y al cabo los seres humanos siempre son más importantes que las ideas. La pregunta de si, ante determinadas acciones, no estaremos instando a la mujer a convertirse en mártir es perfectamente legítima y pertinente en el actual estado de cosas.

¹⁵⁰ Ciertamente, ello implicaría, entre otras cosas, que **nosotros** tuviéramos por nuestra cuenta una definición inapelable de lo que es y de lo que no es violencia de género. Además, desde este modelo de la desigualdad, prácticamente por definición, cualquier situación de pareja conllevaría algún grado de violencia: siempre encontraríamos, por tanto, violencia y sería evidentemente absurdo que intentáramos forzar la separación en todos los casos. Nuestro diagnóstico debería de considerar cuándo esa violencia tiene **carácter sistemático, progresivo e irreversible**; y hay que admitir que no es nada fácil evaluar todo ello en cada caso concreto.





cuestión moral, sino de una cuestión práctica: el proceso de ruptura de una pareja va a enfrentar a la mujer a una situación incierta cuyas consecuencias para su integridad personal y las de sus hijos no podremos nunca predecir con seguridad.

Establecer una vigilancia frente al siempre posible diagnóstico apresurado no supone en este caso dudar como principio en la palabra de la mujer. No se trata de sospechar una intención ilegítima, sino dudar de nuestra propia legitimidad para establecer juicios infalibles. Establecer un **diagnóstico de sospecha** es lo más adecuado, no sólo por honestidad intelectual y política, sino también porque la indeterminación favorece la instalación de un proceso de acción mucho más flexible y adaptable al caso¹⁵¹.

... tenía que existir como un parte de lesiones sin lesiones. O sea, algo previo...

Un tipo de comunicación.

... porque en el momento en que hay lesiones ya no... sino algo previo que tú intuyes y que tú dices...

Una comunicación de sospecha... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Un diagnóstico de sospecha introduce algo tan necesario en estos casos como la instalación de un **seguimiento**.

Hay que seguir el caso para confirmar el diagnóstico, para confirmar su gravedad y para considerar el posible tratamiento. Pero ese seguimiento tiene también un valor para la mujer, que debe efectuar a su vez, por su propia cuenta, el diagnóstico de su propia situación y la conclusión de lo que debe o no debe de hacer en consecuencia.

Caben, por tanto, dos actitudes:

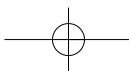
- la de quien, apresuradamente, emite un diagnóstico e intenta que la mujer adopte una actitud de intransigencia con el hombre¹⁵²;
- o la de quien se da un tiempo a sí mismo y a la mujer para comprender y evaluar la situación y para decidir y consensuar las acciones oportunas.

Sería algo así como la diferencia entre el proselitismo y la concienciación. Aún en el caso en que nosotros tengamos perfectamente claro que el caso es violencia de pareja y que lo más conveniente es que se produzca la separación, si la mujer no consigue llegar a semejante conclusión no llegaremos a ningún lugar razonable.

Lo más normal, según se desprende del discurso de los investigados, es que, si nos apresuramos a intentar convencer la mujer de que debe sepa-

¹⁵¹ Creemos que es necesario, también por disciplina intelectual, establecer una distinción entre discriminación y violencia en el seno de la pareja. Como se dijo, es relativamente fácil, si se parte de una perspectiva de género, encontrar en la mayoría de las parejas comportamientos de discriminación del hombre hacia la mujer, y toda discriminación tiene, prácticamente por definición, un componente violento. No obstante, hay que aceptar que todas esas situaciones no son violencia de pareja o, por lo menos, no merecen el tipo de intervención que se derivaría de un diagnóstico claro de violencia de pareja. Aunque sea un tema que deban de resolver los expertos, posiblemente, el indicador más claro de violencia sería la percepción por parte de la propia mujer de riesgo su propia integridad personal. Lo más importante es determinar —y creemos que es fácil olvidarlo— **si la mujer está o no en peligro**, y eso no es fácil de determinar en una primera entrevista empática (a no ser que estemos en el caso, que por ahora no hemos tratado, de la denuncia directa de una agresión).

¹⁵² Aunque no sea demasiado políticamente correcta esta afirmación, creemos que es obligado realizarla: cabe el riesgo de que se generen situaciones de violencia de pareja **sobreenvidas**, es decir, provocadas directamente por una prescripción apresurada.





rarse e iniciar las acciones oportunas, ella misma rechaza la evaluación y se coloca a la defensiva. Es muy habitual la queja en los prescriptores de que la mujer **no les hace caso**, una queja que, como veremos, actúa desmovilizando de la posibilidad misma de la intervención. No obstante, el defraudarse por una acción que, a todas luces, es completamente natural resulta absurdo. Si la mujer tuviera instalada claramente una “perspectiva de género” no habría llegado nunca a la situación que ha llegado. Para cobrar conciencia de que necesita separarse debería revisar previamente sus propios prejuicios ideológicos, sus mandatos de género, etc. Una, por tanto, **revisión ideológica**¹⁵³ que nadie puede, a todas luces, realizar en dos días.

Porque, desde luego, si es... la experiencia, yo tenía, allí había, ahora han cambiado un poco de sistema, pero había un centro que cuando iban las mujeres era todo para separarse. Estaba el abogado directamente, al abogado. Es que la mayoría no seguía adelante nada de eso, porque no estaban preparadas todavía para ir. (R.G. Triangular A.P.)

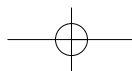
Sería más razonable que el prescriptor se impusiera la labor, mucho más modesta, de instalar a la mujer en un proceso de revisión de su propia experiencia de pareja. La acción inmediata no tiene por qué ser la separación o la denuncia, a no ser que se perciba que el riesgo para la vida es muy elevado, sino el favorecer un **proceso de cambio de percepción ideológica**.

Pero es que yo creo que desde el lugar de salud mental el objetivo sería hacer un proceso de que sean... vayan sintiéndose capaces de aceptar su propia vida, de tomar sus decisiones... y de una serie de cosas. No de resolver por ellas ni... Porque estamos hablando de maltrato psíquico y no es el físico... donde es evidente que necesitan salir. Entonces, como que es un proceso en donde les tienes que ayudar y acompañar. Y yo eso es lo que me planteo, vamos. (R.G.10 Salud Mental)

Pues hay de todo. Yo creo que no muchas rompen la relación, por lo menos en mi experiencia. Pero sí que hay muchas que se sitúan de manera muy diferente en la relación, después de un tiempo de trabajo. Quiero decir, cuando digo “se sitúan de una manera muy diferente”, me refiero pues que quizá hacen un proceso de que la única fuente o su única fuente de satisfacción o insatisfacción sea su pareja y muchas de ellas empiezan todo un proceso donde “bien... estoy... yo soy” Yo creo que primero hay un período, yo por lo menos creo, que durante mucho tiempo, lo que es un poco la toma de decisión ¿no? de “esto es lo que tengo pero qué hago ¿no? con esto. Tiro para adelante... tal...” Algunas mujeres toman la decisión de separarse, yo en mi experiencia, las menos, no. Pero sí una vez que ya has tomado una decisión de que no. “Bueno, pues, vamos a ver...” Es evidente de que esa situación la debe de estar generando un malestar. El tener esta situación te está generando un problema de salud. Bueno, pues, vamos a ver cómo te puedes situar con este problema de la manera más sana posible o que te genere el menor malestar posible ¿no? Y yo creo que ahí muchas de ellas empiezan un proceso en esa línea que yo antes decía. Es decir, de que mi única fuente de satisfacción o insatisfacción sea mi pareja, a que yo tengo muchas más fuentes de satisfacciones en mi vida, con lo cual solamente con ese cambio su situación emocional mejora de manera importantísima ¿no sé si me he explicado? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Yo, por ejemplo, en el centro de salud lo que he trabajado un poco con los profesionales es que en la medida

¹⁵³ No tenemos duda —es importante que ello quede claro, para evitar malentendidos— de que esa revisión ideológica **desde una perspectiva de género** es positivo que se haga. Si algo quedaba meridianamente nítido en las entrevistas realizadas con mujeres (que, como se sabe, estaban ya separadas) es el valor de supervivencia personal (es decir, de cara a enfrentar su situación actual y futura) de la actitud prometeica derivada de semejante revisión. Hay que tener en cuenta que estas mujeres se enfrentan a la situación, totalmente infrecuente en la experiencia de cualquier persona, de tener que **rehacer completamente su vida** en una edad adulta. Sin recursos ideológicos adecuados (nótese que decimos “ideológicos” no “psicológicos”; se distinto, aunque también creamos que los recursos psicológicos son importantes) es durísima una tarea que implica empezar nuevamente desde cero con la evidencia de que lo que se había hecho hasta entonces estaba mal hecho. Es una especie de renacimiento que implica necesariamente **una nueva visión del mundo** que la coloque en una posición activa y no pasiva, y que implique la certeza de no volver a caer otra vez en lo mismo. Lo único que decimos es que esa revisión ideológica **precisa de un tiempo y de unas condiciones** que se deben de poner a disposición de la mujer si efectivamente queremos ayudarla.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

en la que haya situación que nos pueda sonar a malos tratos el no forzar el tema de la denuncia, ni forzar el tema del parte de lesiones, que ya habrá algún momento en el que trabajar eso y mucho más en primaria ¿no? A lo mejor en situaciones de urgencia tienen que plantearse desde otro... porque la agresión está clarísima ¿no? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Ahora ya se está cambiando, se han dado cuenta de que no se les puede directamente ya, según viene ya, cuando no está con necesidad de hablar, o... no es el momento de decirle que tiene que separarse, porque es que ellas no van a dar ese paso. Eso a lo mejor se va a conseguir en el tiempo, eso es muy complicado. Pero a lo mejor ya, cuando tú estás con la persona, eh, le puedes facilitar otras cosas, y tiene que hacer el cambio un poco desde dentro de ella, para que luego se encuentre más fuerte, y pueda hacer cosas después. Pero claro, de primeras no va a ser capaz... sobre todo las que están ya bastante mal (...) (R.G. Triangular A.P.)

Te acompaño ¿no? Que me parece importante ¿no? Esa toma de conciencia ya me parece importante. Ya es un paso extraordinario, bestial para una mujer... Es lo que decimos... (R.G.7 Matronas)

¿Cómo se hace esto? Decir que tenemos la clave, o incluso, decir que hay una clave resultaría muy presuntuoso por nuestra parte. Pero hay ciertas acciones que parecen razonables:

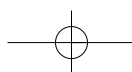
- Es razonable extender en el tiempo la propia confidencia; es decir, dar oportunidades para la que la mujer siga contando en otros momentos y que elabore en esos actos su propia evaluación y su propio diagnóstico. Poner en palabras la propia insatisfacción es el primer paso para actuar sobre ella.

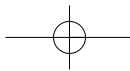
Mientras que el otro tipo de mujer sí que lo tenemos durante muchísimo más tiempo. Quiero decir, la in-

tervención social que yo he llevado a cabo con ellas es muchísimo más prolongada en el tiempo, tiene mucho más que ver con un tratamiento social que con una labor más, más, puramente, de información y de orientación ¿no se si me explico? ¿no? Mi experiencia, un poco, con estas mujeres ha sido tratamientos muy prolongados en el tiempo, muy prolongados, muchas entrevistas ¡muchísimas! Y yo diría que... además casi nunca me han reconocido ni han puesto la palabra malos tratos en la primera entrevista, ni al final de la entrevista, sino a lo mejor en la entrevista 50. Y estoy diciendo un número por decir una tontería. Pero quiero decir, incluso hay algunas mujeres que, prácticamente, he cerrado el caso y muy al final, en las últimas entrevistas, me ha explicitado: "mi marido me ha..., físicamente, agredido" ¿no? Sí que a lo mejor... ha explicado muchísimo en relación a la mala relación, a lo que me relegado, a que me ha limitado mi vida laboral, mi vida profesional, mi... En fin, a un montón de cosas pero yo creo que cuesta mucho, o por lo menos esa es mi experiencia, verbalmente nombrar que te agreden físicamente. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

- La labor del prescriptor es en ese contexto delicada. Su posición no debe de ser la de la prescriptora tradicional, el de la víctima que comparte la confidencia con otra víctima; como dijimos, la complicidad tradicional femenina tiene algo de círculo vicioso que impide dar una salida a una situación de este tipo. Tampoco el prescriptor debe de ponerse, como dijimos, en la situación contraria de quien se propone en la posición de la verdad. El prescriptor debe de ser un vehículo neutro¹⁵⁴ que ayude a la mujer a elaborar **productivamente**, es decir, a avanzar en la identificación y en la comprensión del problema. Alguien, por tanto, que inste a convertir el sentimiento en palabras, que favorezca la expresión y que ayude a la elaboración.

¹⁵⁴ Tan neutro que puede ser él mismo hombre o mujer. Hay que desechar la idea de que la mujer es, por definición, la alternativa más idónea.





Exactamente. En cuanto que... y la escuchas y ve que tiene esa confianza y se crea una relación—vínculo y empiezas, poco a poco, y al final acaban contándote: "mira, es que yo tengo una mala relación, como decía mi compañera, una mala relación" Pero yo creo que desde la mala relación ahí hay como algo que muchas veces no es que la pegue físicamente, sino que igual una grosería, una palabra mal dicha o un tratamiento ¡yo qué sé! vejatorio de cualquier tipo; inclusive, sexual... Porque hay veces que a ellas les cuesta decir que, que, son violadas, porque es verdad ¿no? Entonces, poco a poco te van diciendo... y creando ese vínculo de confianza, bueno, sale... un montón de cosas. (R.G. 8 Trabajadores sociales).

- Cabe considerar varios recursos para que la mujer se instale en ese proceso de autoevaluación. Uno de los más interesantes encontrados en la investigación fue el de la proposición de un libro. El prescriptor, tras la primera entrevista empática, propuso a la mujer que se leyera un libro sobre violencia de género y que después volvieran a verse para comentarlo. Está claro cuál es el efecto positivo de esa recomendación: la mujer se da cuenta, gracias al libro, gracias al conocimiento de una experiencia similar de otras mujeres, que no está sola, que lo que le ocurre a ella le ocurre a otras mujeres, que el problema no es sólo suyo, subjetivo, sino generalizable y objetivo. Todo un proceso de desculpabilización puede instaurarse a partir de esa lectura¹⁵⁵. Pero no es sólo la lectura lo importante, también es importante el intercambio posterior de ideas con el prescriptor; un intercambio que ya no se efectuará sólo

lo sobre los sentimientos en el contexto de la empatía, sino también sobre el marco de las ideas en un contexto de reflexión.

- El prescriptor, efectivamente, debe de plantearse el objetivo de dejar de ser un confidente para llegar a conseguir el rol de **tutor** en un proceso intelectual de reinterpretación de la propia experiencia por parte de la mujer.

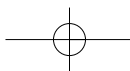
Entonces, yo creo que hay que hacer un trabajo personal. Y yo creo que eso sí que lo estamos haciendo los trabajadores sociales en salud ¿eh? Un trabajo personal de acompañamiento en todo este proceso muy prolongado. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

- En el mismo sentido, también hemos podido constatar la eficacia del **grupo de mujeres**. No hablamos del grupo de mujeres maltratadas, puesto que la mujer debería de tener conciencia de que lo es para que semejante inclusión pudiera tener sentido, y el proceso que proponemos es el anterior, el de la toma e conciencia¹⁵⁶. Hablamos de grupos concebidos y propuestos para analizar colectivamente la propia situación vital familiar o personal, en los cuales la mujer pueda concurrir con otras mujeres que, no necesariamente por la misma razón, puedan tener también interés en realizar un proceso semejante¹⁵⁷. En el ideal, como en el caso del libro, ello no debe de implicar una derivación: el prescriptor no debe nunca de abandonar el caso, pero es bueno que tenga recursos útiles para echar mano de ellos en esa es-

¹⁵⁵ Por mucho que pueda parecer excéntrico, creemos que pudiera ser un buen recurso que el sanitario tuviera accesible en estos casos un libro o un folleto especialmente seleccionados para la ocasión.

¹⁵⁶ No dudamos de la eficacia terapéutica de los grupos de mujeres maltratadas, pero creemos que son adecuados a fases más posteriores del proceso. Una mujer que no tiene conciencia de ser maltratada lo normal es que no acepte entrar en estos grupos; pero aún aceptando no está nada claro que le faciliten un proceso adecuado de concienciación.

¹⁵⁷ Aunque anticipemos un poco, habría que decir que en el marco de la educación para la salud caben muchas oportunidades para realizar grupos de esta naturaleza y para integrar a este tipo de mujeres en ellos. Un grupo de menopausia, por ejemplo, puede ser perfectamente adecuado; no digamos también todos los relacionados con la autoestima o la resolución de conflictos familiares. La técnica es importante en cualquier caso; necesitamos grupos activos y no grupos pasivos.





trategia de para pasar del rol de confidente al rol de tutor.

Y otra cosa que yo quería apuntar, y que me está sorprendiendo porque en los grupos, en primaria, solemos, lógicamente, trabajar con grupos de educación para la salud. Y es curioso que en los grupos, ya sea de crónicos, ya sea para mujeres... para lo que sea, siempre aparece una mujer maltratada. Yo no sé por qué. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

- Proponemos este tipo de grupos porque muchos de nuestros informadores nos han informado de su eficacia para que la mujer maltratada **cobre conciencia de que lo es**. No hablamos, porque no hemos encontrado el caso, de que se utilice en ningún sitio claramente este recurso para proponérselo a la mujer con diagnóstico de sospecha de maltrato. Nuestros informantes suelen hablarnos del tema con sorpresa: en tales grupos suelen emerger con sorprendente regularidad mujeres que se dan cuenta en la dinámica que están maltratadas; nadie se había dado cuenta de ello antes. Habían acudido a tales grupos bien por iniciativa propia, bien por derivación ante la identificación de la presencia de síntomas inespecíficos¹⁵⁸.

Y, entonces, yo, por ejemplo, presentamos dos proyectos en el Ayuntamiento de Algete, uno explícitamente "Mujeres maltratadas" y otro que era "Mujeres con cargas familiares no compartidas" ¿no? Donde ahí, pues, iban mujeres que tenían... fami... mucha familia a su cargo y tal. Y, entonces, realmente, o

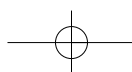
sea, al grupo de mujeres maltratadas, prácticamente, vinieron como cuatro personas o cinco o algo así, y al de cargas familiares no compartidas, después, tras muchas sesiones, taller, habilidades... y todo... salieron... y de las diez personas que tuvimos, las diez personas habían sufrido malos tratos. O sea que, realmente... ¿no? Por eso yo también decía: por un ámbito de intervención sería muy bueno que muchas veces se hiciera este tipo de cosas porque es una forma como de captar de una forma precoz a... ¿no?, pues, a esta población de riesgo y eso. (R.G.10 Salud Mental)

8. LA ASUNCIÓN DE UN COMPROMISO PROFESIONAL.

Con independencia de estos posicionamientos, cabría decir, "sociales" a los que hemos aludido en el capítulo anterior -y que serían válidos para cualquiera que en un momento dado se viera en la situación de tener que actuar como prescriptor ante una mujer maltratada-, al profesional sanitario se le está empezando a imponer, como tal profesional, desde fuera y también desde dentro, una **actitud especial**. Progresivamente se va cobrando conciencia de que el Sistema Sanitario Público como tal tiene una obligación no sólo moral, sino también institucional frente al tema, obligación que se transfiere automáticamente a los profesionales sanitarios.

Esta demanda de especial implicación es acusada desde las instituciones u

¹⁵⁸ En el marco de la educación para la salud es usual tener medianamente identificado el, en realidad, bastante inconcreto "síndrome del ama de casa". Hay muchas mujeres insatisfechas en ese rol tradicional que son prácticamente el "público objetivo" de este tipo de grupos, y que son fácilmente derivadas, por tanto, a ellos. En realidad, lo que se da es una bastante perfecta adecuación entre oferta y demanda: este tipo de mujeres buscan grupos de esta naturaleza y/o aceptan con facilidad integrarse en ellos. La demanda previa es parecida a la de la confidencia: la necesidad imperiosa de transmitir una insatisfacción que se tiene dentro pero que no se sabe muy bien a qué responde. Parece claro que tales grupos son, por tanto, un buen recurso para la detección de situaciones de maltrato; nuestra propuesta, como se ve, más allá, el utilizarlos también como un recurso para instalar y acelerar el proceso de concienciación en casos de maltrato.





organizaciones que trabajan en el ámbito de la violencia¹⁵⁹. Tal demanda (de colaboración y de implicación) tiene al menos dos justificaciones esenciales:

1. El efecto de la violencia llega al profesional sanitario frecuentemente bajo la forma de lesión física. Éste está obligado por ley a **dar parte** de una lesión que se supone producto de una agresión. El necesario auxilio a la víctima impone un modo de actuación del cual ella pueda beneficiarse en su defensa frente al agresor. El sanitario, inevitablemente, por el mero hecho de ejercer como tal, está implicado **como parte de la acción legal asociada** a la denuncia por parte de la víctima.
2. Pero la demanda de colaboración actualmente va mucho **más allá** de la mera asunción de un deber legal. Al sistema sanitario y a sus profesionales se les quiere implicar fundamentalmente en la detección y el abordaje del maltrato más allá de la situación límite en que la agresión se hace manifiesta y o en la que la mujer se plantea denunciar a su agresor.

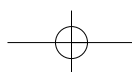
Lo que se está pidiendo al sistema sanitario desde fuera es fundamentalmente una cuestión de visibilidad. De lo que se trata es de hacer visible el maltrato; de, cabría decir, sacarlo del armario. Para sacarlo del armario hay, primeramente, que verlo; y está claro

que el primer problema es de visión: desde el sistema sanitario, se dice frecuentemente en los grupos realizados con representantes de instituciones especializadas en maltrato, no se ve, o –lo que es, evidentemente, peor- no se quiere ver el maltrato.

...sin darse cuenta que vienen de esa manera, y no queriendo preguntar, no queriendo ir a buscar el origen... (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

El sistema sanitario y sus profesionales están objetivamente en una posición privilegiada **para ver**, para detectar las situaciones de maltrato. Recluido en el ámbito privado, el maltrato no tiene prácticamente otra visibilidad pública que la que puede llegar tangencialmente a vecinos o a familiares. No obstante, la víctima e incluso el maltratador pueden acceder con facilidad a los servicios sanitarios en visitas médicas rutinarias o ante secuelas derivadas de la propia situación de maltrato. Dado que hay una sintomatología clínica más o menos precisa que hace sospechar la presencia de maltrato, la posibilidad de que el sistema sanitario se convierta en **un recurso privilegiado de detección** está dada por las circunstancias. No es posible encontrar otro lugar público más idóneo para montar una red de detección y alerta ante las situaciones de maltrato. Está perfectamente justificada desde un punto de vista estratégico esa demanda, efectuada normalmente desde instancias externas al sistema sani-

¹⁵⁹ Debemos de constatar el hecho de que **todavía** no se ha generado -haciendo abstracción de esas instituciones implicadas en el maltrato- una opinión pública que claramente asigne parte de la responsabilidad al sistema sanitario –en tanto que tal, no en tanto que personas- en el actual estado de cosas al respecto de la actuación sobre el tema. Los sistemas policial y judicial son los que obtienen actualmente la máxima visibilidad y, por tanto, los que aparecen más forzados por la opinión pública a realizar acciones consecuentes. Es cuestión de tiempo, creemos, que la mirada empiece a dirigirse también al sistema sanitario, porque no hay la menor duda de que su intervención real **está en el centro de todo el proceso**, tanto si se enfoca el tema desde lo paliativo como si se enfoca desde lo preventivo.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

tario. Hace falta ver si dicho sistema y sus profesionales aceptan como suya esta labor¹⁶⁰.

Es decir, están yendo pues por una depresión, por unas crisis de ansiedad, por otras cosas, es decir, por unas enfermedades que van puntuales, pero que realmente sí está formado el personal sanitario del centro sí que podría detectar. Pero a mí me parece que lo importante es detectar antes. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Yo, por ejemplo, creo que desde primaria yo en mi labor profesional, del día a día, no me encuentro en situaciones de crisis, como tal, como puede ser a lo mejor una situación de hospital. Lo que sí que me encuentro son situaciones de mucho malestar, que la persona viene y no acaba de concretar qué es lo que la pasa y que la demanda es una y luego a lo largo de la entrevista o a lo largo de varias entrevistas puede ser otra. Lo que yo creo que es un espacio súper privilegiado para poder intervenir porque como que es bastante patente. O sea, es un espacio como que uno viene a hacer..., a lo mejor servicios sociales u otro espacio, sino que ahí se va a hablar de uno. Entonces, a mí desde salud me parece que el tema del maltrato puede ser trabajado con cierta comodidad. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Quiero decir, yo creo que hay muchas mujeres que sí que irían a servicios sociales, pero servicios sociales tienen una connotación muy determinada, y hay determinado perfil de personas que sí que acceden a... o sea, yo creo que el sistema de servicios sociales no es un sistema tan generalista como el sistema sanitario. Yo creo que por salud pasa todo el mundo, con lo cual una mujer, entre comillas, muy entre comillas, normalizada, quiero decir, que no haya tenido... bueno, no me gusta esa palabra, pero que no haya tenido ninguna otra vinculación con el sistema público de servicios sociales por ningún otro motivo, yo lo que... le cuesta mucho más identificarse, o acudir a un centro de servicios sociales, a lo mejor ni sabe dónde está ubicado en su territorio, en su terreno, en su centro, y sin embargo esto tiene mucho más que ver con la salud, es mucho más próximo, seguro que ha pasado por la puerta de mi consulta montones de veces... Como que es mucho más fácil. Yo creo que en salud detectamos... incluso los trabajadores sociales

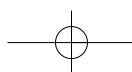
de salud, yo creo que llegan más casos que probablemente... a no se ya el caso ya identificado, que ya hay que tramitar casa de acogida, eso ya llega a servicios sociales. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Desde fuera, desde los grupos realizados con profesionales externos al sistema sanitario, la queja es permanente; sólo en determinados casos puntuales se juzga que haya realmente **interés** claro en los profesionales sanitarios hacia la asunción de esa labor. Pero, de hecho, no se manifiesta ninguna duda acerca de la legitimidad de la propuesta. La patata caliente está del lado del sistema sanitario, y está claro que ya no puede desembarazarse de ella. El discurso es de reproche ante la evidencia de que los comportamientos no se ajustan más que deficientemente a un deber que, en principio, parecería ser incuestionable.

*Sí, y yo... yo pienso, y ya os lo he dicho, que al primer sitio donde las mujeres llegan con malos tratos, llegan con los síntomas, llegan las secuelas del maltrato, es a los médicos de Atención Primaria, a los llamados medicina familiar, **que son de familia y no ejercen**. En este caso ¿eh? preguntando ¿no? Yo creo que **los médicos generales para nosotras son fundamentales y no se implican en este tema**. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)*

Los grupos realizados con profesionales sanitarios vienen a conformarnos en esta impresión. En ningún caso se pone explícitamente en duda que el tema sea ya responsabilidad del sistema sanitario y de los profesionales inscritos en ella. Otra cosa es que se cumpla realmente con esa responsabilidad; pero ello entra ya en el terreno de las justificaciones personales o profesionales, que se analizarán más tarde. Lo impor-

¹⁶⁰ En tanto que tales profesionales sanitarios. Ya hemos visto que en tanto que ciudadanos también puede haber procesos de movilización o de desmovilización que determinan lo que prácticamente se hace.





tante es que la asunción de responsabilidad está ya dada; ningún profesional sanitario podrá ya decir (obviamente, estamos hablando del discurso público, que es el que realmente interesa) que la detección del maltrato no sea un tema de su responsabilidad.

¿Cómo se ha podido producir tan “fácilmente”¹⁶¹ esta asunción de responsabilidad? Creemos que al respecto han podido operar factores extrínsecos y factores intrínsecos al mundo sanitario.

8.1 Factores extrínsecos al ámbito sanitario.

El **factor extrínseco** más evidente es el aludido del posicionamiento público general frente al tema. Ya se dijo que el profesional sanitario, al igual que cualquier otro ciudadano, no puede dejar de tener una postura de escándalo ante las situaciones de violencia de pareja. A un ciudadano normal esta “toma de posición” puede no obligarle a nada, a no ser que se encuentre puntualmente por cercanía (un familiar, un/a amigo/a, un/a vecino/a) con un problema de este tipo que le obligue moralmente a algún tipo de movilización. El profesional sanitario, sin embargo, puede **potencialmente** encontrarse con este tipo de situaciones **con más asiduidad** que cualquier otro ciudadano. Si hace oídos sordos a ellas, si no pone nada de su parte para auxiliar a las víctimas, quedaría –frente a sí mismo y

frente a los otros- en entredicho, desde un punto de vista moral. Y ningún sanitario –como ningún otro ciudadano- gusta de sentirse un **desaprensivo**. Está “obligado” en tanto que ciudadano, más que en tanto que profesional sanitario, a hacer algo, y a sacar la situación de su ámbito originario, el ámbito privado¹⁶².

Es cierto que la mayoría de los profesionales consultados¹⁶³ dicen soler ver nada más que muy excepcionalmente casos de este tipo.

¿En vuestra consulta cuántos casos de maltrato conocidos habéis visto en el tiempo que lleváis? Quitando los periódicos aparte. Casos en vuestra consulta diaria. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Entonces, en un momento dado pues uno, puntualmente el maltrato lo... podemos decir que casi todos lo hemos tenido en algún momento. Es un problema puntual y de alguna... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Bueno, yo, personalmente, a mí me llegan muy pocas... de estas situaciones. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

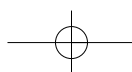
Esos pocos casos, de cualquier forma, le obligan moralmente por el solo hecho de aparecer. Pero la acusación externa de que “*no quieren ver*” está también calando con fuerza.

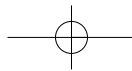
La fuerza de las cifras que circulan públicamente acerca de la incidencia del maltrato doméstico es muy potente de cara a crear en el profesional sanitario una sensación, podríamos decir, de

¹⁶¹ No queremos decir que el trabajo real realizado desde instancias externas o internas no haya sido y siga siendo arduo. Nuestra expresión tiene que ver con las facilidades implícitas en la estructura discursiva. Se puede luchar muy duro contra un muro, y dejarse la vida en ello. En este caso el muro tenía, como se verá, ciertas grietas.

¹⁶² Ese algo que hacer será distinto en unos profesionales y otros en función de los modelos de comprensión del fenómeno analizados en el capítulo anterior. No obstante, **antes** que hacer algo hay que **ver** que ese algo existe; y es el problema de la detección (precoz) el que estamos fundamentalmente analizando en este momento.

¹⁶³ La excepción son los profesionales de urgencias hospitalarias, que es posiblemente el lugar del Sistema en el cual el maltrato obtiene mayor visibilidad. Después estaría, en este ranking de visibilidad, Atención Primaria y después Atención Especializada, en donde se daría aparentemente el menor nivel de visibilidad.





cierta **incomodidad moral**. Las cifras denuncian que son muchos más los casos que debería ver. Por mucho que se sienta incapacitado para ver –porque no está formado, según dice muchas veces, para ello–, queda un resto muy potente de intranquilidad, que se traduce, al menos, en una demanda tímida de saber: “*decidme cómo puedo detectar la existencia de maltrato*”.

Pero cuando te encuentras con un caso que necesitas una derivación. ¡Vamos!, encuentras los canales como sea y en el momento en que lo necesites. El problema es el detectarlo antes de que alguien te diga: “estoy sufriendo malos tratos y me han hecho esto”. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

No es un problema individual, es un problema de las mujeres que como tengo la mitad de un cupo de población asistida pacientes que son mujeres, es un problema que seguramente es amplio, que no hablamos de una minoría, que no hablamos de un caso, es un problema que es posible que afecte, como probable, ya a la mitad de mis pacientes. O sea, que la magnitud es importante. Que la incidencia y prevalencia que vemos, todos los estudios (...) españoles es alta. Y dicen que es sólo como la punta del iceberg, o sea, el 12, casi el 13% de índice de prevalencia. Sólo con eso ya haces un cálculo mental. Pues debo de tener, si la prevalencia es del 12%, pues puedo tener 20 o 25, o 40 o 200 mujeres en el cupo que no veo. Cuando eso lo asimila el médico, y ¿dónde están esas mujeres? Pues no las se ver. ¿Cómo se pueden ver? Pues ¿cómo? Pues dame los datos que yo pueda. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

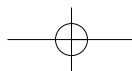
Cuando el médico va sabiendo todos esos datos empieza casi a estar incómodo, diciendo, pues oye, decirme, decirme cómo las detecto. Porque están y me pasan cada día por la consulta, y más de una seguramente, y no las veo (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Esa demanda de saber, de formación, no es, obviamente, muy potente, porque surge de la necesidad de solucionar un entredicho moral. Hay otros temas más relacionados con el narcisismo profesional mucho más potentes de cara a generar demanda. Aún así, hay que admitir que la mala conciencia está instalada, y que de ahí surge una necesidad de evacuarla que será tanto más fuerte conforme se reciban desde fuera más mensajes que confirmen la (presumida) inacción del profesional sanitario en este tema de la detección, y conforme mayor sea la frecuencia de casos que claramente se presenten.

*Todos los que estamos en primaria de entender que es un tema que nosotros, de algún modo, tenemos cierta responsabilidad para poder abordarlo ¿no? Porque si no lo dejamos al lado, preguntamos o no preguntamos... o por falta de conocimiento a nivel legal y de y de actuación, pues, no incidimos ¿no? Y yo creo que sí que es un esfuerzo que tenemos que hacer: **el creer que es una... que es una patología**, que debemos (...), que la podemos que abordar nosotros y que también tenemos una situación privilegiada para abordarla ¿no? Y, desde luego, que hay factores de riesgo que nos inducen a pensar que puede haber malos tratos ¿no? (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)*

- Si lo dicho es cierto, habría que concluir que dicha “presión moral” hacia el tema será sensiblemente mayor en los profesionales presentes en las urgencias que en cualquier otro profesional.

Nosotros, habitualmente, solemos ver por lo menos tres o cuatro casos a la semana, prácticamente seguros. Seguros, si no es uno al día. (R.G.11 Residentes Urgencias)





No, no, nosotros hay días... Sobre todo, pues, sí, es más frecuente en fines de semana que por lo menos una al día vemos casi todos los días. Casi todos los días. (R.G.11 Residentes Urgencias)

8.2 Factores intrínsecos al ámbito sanitario.

Pero también hay factores intrínsecos al mundo sanitario que “obligan” al profesional a un compromiso. Realmente es muy difícil desde el propio imaginario del sanitario acerca de su función profesional, especialmente si lo es de Atención Primaria, evacuar la idea de que el maltrato no sea un tema competencial propio. Por esta vía, como se verá, aparecerá la posibilidad de abordar el maltrato como una patología, es decir, como una situación que requiere, entre otras, de una acción médica y, por tanto, también un esfuerzo profesional en su detección.

Pues esto es una nueva patología, que nos surge, es una... en un proceso de nuestra carrera, que tendremos que informarnos, tendremos que ponernos al día y empezar a ver en qué tenemos que actuar. Igual que hemos empezado a actuar en cualquier otra patología. Y no nos podemos negar a que hay que tratarlo y que tenemos que estar ahí. Nos tendremos que informar y tendremos que estudiar, como hemos estudiado cualquier otra cosa que ha surgido en nuestra vida profesional. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

El mismo nombre de “médico de familia” aplicado al médico generalista, con el cual se identifican prácticamente todos ellos, indica que es imposible hacer oídos sordos a una problemática que afecta de forma tan clara a la “salud” de la familia como es la violencia

de pareja. ¿Cómo un médico de familia puede decir que la violencia de pareja no sea un tema de su competencia?

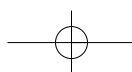
- El resto de profesionales de Atención Primaria (enfermeras, matronas, trabajadores sociales) seguirán un proceso similar, porque, en última instancia, todos ellos comparten el mismo referente ideal de atención en la primera línea del Sistema.
- El mismo análisis no puede, sin embargo, extenderse fácilmente a la **atención especializada**, incluyendo dentro de ella también a los profesionales de urgencias hospitalarias. La especialización parecería como un filtro eficaz para dejar fuera de la consideración competencial lo que no es estrictamente “biológico”¹⁶⁴. Ya abundaremos más tarde en ello.

Debería ser, por tanto, un tema de Atención Primaria; eso es lo que dicen los profesionales consultados¹⁶⁵; en la práctica, sin embargo, también dicen **que no puede** serlo, o que lo es de un modo deficiente.

- La identidad profesional del sanitario de Atención Primaria refleja una estructura efectivamente muy compleja y contradictoria. Es conocido que las últimas reformas de la Atención Primaria han intentado redefinir el papel del médico generalista y, en general, de todo el equipo en la dirección de abordar una medicina **más comunitaria o más social**. Un acercamiento a la enfermedad más cercano

¹⁶⁴ La excepción sería, obviamente, la especialización en Salud Mental. No obstante, como se verá más tarde, también en esa especialidad se presentará un filtro que dificultará que el maltrato se integre como un tema de la propia competencia.

¹⁶⁵ No sólo los de Atención Primaria, también los de Especializada. Estos últimos, por tanto, derivarán fácilmente la responsabilidad sanitaria en la violencia a los profesionales de Atención Primaria, aquellos cuya especialización consisten en no tener especialización.





a la prevención y a la promoción de la salud y un planteamiento de la atención más holístico o más global.

- Para cualquier profesional de Atención Primaria ese “modelo ideal” de atención no se corresponde en absoluto con la realidad. Se habla frecuentemente del fracaso de la reforma de la Atención Primaria, un fracaso que, en cualquier caso, se achaca a la influencia nociva de elementos externos al propio modelo. La primacía de criterios económicos de eficacia y eficiencia en el marco de unos recursos limitados es lo que ha impedido en su momento, para la conciencia de la mayoría, que esa reforma se llevara efectivamente a cabo en todas sus consecuencias.

Hombre, yo creo que, evidentemente, no es tan sencillo, pero lo que no cabe duda es que estas situaciones como no se solucionen nos van a estar siguiendo, bombardeando, día a día, en la consulta. Yo creo que la metodología en nuestra especialidad, en medicina familiar y comunitaria, precisamente sea en medicina general, hay una metodología clara de intervención en la familia. Entonces, eso... habitualmente no lo hacemos ¿no? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

- Lo que importa aquí es hacer notar que ese “modelo ideal” sigue siendo efectivo para el profesional de Atención Primaria en la óptica de su propia identidad profesional; una identidad hasta cierto punto alienada por el Sistema, pero, en cualquier caso, una identidad. El sanitario “biologicista” es

siempre “otro”, aunque en la práctica la realidad obligue a que todos los sanitarios sean biologicistas¹⁶⁶.

- El modelo “obliga” a la consideración de patologías sociales y al abordaje de la enfermedad no sólo desde lo somático, sino también desde sus dimensiones sociales y comunitarias. Ciertos “temas”, ciertas patologías, entre las que cabría incluir la violencia de pareja, tienen más potencialidad de entrar como “especialidades” de Atención Primaria que otras, frente a las cuales el médico generalista no deja de verse a sí mismo como una simple figura de trámite frente al especialista.

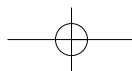
... y se va generalizando y se va haciendo. Pues en el tema de... de este tipo, del maltrato o abordaje de otro tipo de problemas, que no son los clásicos problemas médicos, físicos... etc. Pues yo creo que también podemos aprender y abordar un poquito a lo mejor este tipo de problemas en la consulta. Y yo creo que si esto ocurre y si aprendemos más y sabemos mejor hacerlo, lo iremos haciendo mas y habrá más compañeros que no digan: “esto no es mi problema y esto lo derivó”; sino que lo asumes como estás asumiendo ahora ¡yo qué sé! quitar una verruga con (...) (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

No, pero ésa es nuestra especialidad. Otra cosa es que eso se enseñe bien o mal. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Aceptemos provisionalmente la hipótesis de que la violencia de pareja puede ser un tema potencialmente adecuado al “yo ideal”¹⁶⁷ del profesional de Atención Primaria. Ello se traduciría, co-

¹⁶⁶ En la construcción de la identidad del profesional de Atención Primaria, el “alter ego” del biologicista es muy importante, en la medida en que remite fácilmente a la figura del especialista. El generalista está forzado a construir su identidad desde el paradigma opuesto; lo contrario le convertiría en una figura devaluada frente al especialista. Un análisis similar podría realizarse al respecto del profesional de enfermería, que construiría su identidad frente al alter ego del médico generalista, más biologicista, más insensible a lo personal y a lo social.

¹⁶⁷ El término freudiano del “yo ideal” es utilizado en este tipo de análisis del discurso en el siguiente sentido: incluye todas las referencias discursivas de los sujetos relacionadas con lo que **gustaría llegar a ser**; en este caso desde el punto de vista profesional. Todas las profesiones tienen su yo ideal —que, obviamente, no posee un contenido fijo y estable en el tiempo, pero que suele tener una cierta realidad intersubjetiva estable en momentos temporales definidos y, fundamentalmente, en referencia a generaciones—, que normalmente no se realiza, sea por culpa de la realidad, sea por las propias carencias de la persona.





mo mínimo, en un cierto interés hacia el tema y, por tanto, hacia la eventual formación en él. Pero también, obviamente, la violencia de género deberá aparecer como un tema hacia el cual dicho profesional podría y debería de considerarse competente. Desde luego, no hemos observado en los grupos con dichos profesionales prácticamente ningún tipo de evasión desde este punto de vista: hay competencia y hay también deseo de sentirse competente en temas de esta naturaleza, cosa que no hemos observado con tanta facilidad, insistimos, en el caso de los especialistas.

Cierto es que en el seno del propio equipo de Atención Primaria habría que establecer diferencias al respecto en función de la propia dinámica de construcción de la identidad profesional de cada estamento. Posiblemente los y las profesionales de enfermería estén más cerca que los médicos de familia de integrar el tema en su competencia y en su saber¹⁶⁸. Otros profesionales, como las matronas, es fácil deducir que estarían en una dinámica similar. En un lugar más extremo esté posiblemente el trabajador social, que indudablemente aparece en la mejor predisposición para integrar el tema en su narcisismo profesional¹⁶⁹.

Yo lo que veo, desde mi punto de vista, desde primaria, es que muchos compañeros, hablo de médicos y demás, tienen poca formación sobre el tema de malos tratos. Digo formación porque... me refiero a que, por ejemplo, los trabajadores sociales quizás por el tipo de profesión, igual que los sociólogos y

demás, hay cosas o hay temas que sí nos atañen, por así decirlo, y parece que eso va hacia nosotros. Entonces, voy a cursos y voy a formarme en ciertos temas, ¿no? Entonces, los médicos, por ejemplo, el tema... o sea, priorizan otros temas clínicos a temas puramente sociales, no se me... Entonces, por ejemplo, para ellos está muy bien el curso sobre cardiopatías de no se qué no se cuántos antes que, por ejemplo, el tema de malos tratos. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

9. FACTORES QUE INHIBEN EL COMPROMISO PROFESIONAL.

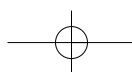
Hemos identificado hasta ahora dos vías que fuerzan a la implicación del profesional sanitario en el tema de la violencia de pareja:

- La vía del deber, del “ideal del yo”: el estado actual de sensibilización ciudadana frente al tema “obliga” al sanitario a detectar situaciones de maltrato y a considerar las necesidades y las demandas de la víctima.
- La vía del narcisismo profesional, del “yo ideal”: es un tema que podría entrar dentro del conjunto de aquellos en los cuales gustaría de especializarse al sanitario, especialmente al de Atención Primaria.

Es claro, en cualquier caso, que no todo el mundo hace lo que (piensa que) debería de hacer, y que, tampoco, todo el mundo hace lo que le gustaría

¹⁶⁸ El razonamiento que sustenta esta afirmación ha sido expuesto más arriba: la enfermería busca su competencia en lo que el médico descarta; o bien, en la crítica de la actividad curativa del médico, en la crítica del cierre del sujeto en lo biológico.

¹⁶⁹ El trabajador social llega al tema de la violencia de género por dos caminos. Desde luego, está claro que, por formación, todo lo social le compete y le implica narcisistamente, tanto desde el prisma del conocimiento como desde el prisma de la acción. En el marco de la institución sanitaria, en general, y del equipo de Atención Primaria, en particular, aparece claramente una motivación narcisista añadida: la necesidad de hacerse un sitio reconocido y relevante dentro de ellos. Un tema públicamente tan notorio y tan sensible como el de la violencia de pareja necesariamente debe de estar tentando con mucha fuerza al trabajador social. Hablamos de tentación de saber, de aprender y de actuar sobre él; también hablamos de tentación de acaparar, de hacerse ellos los “especialistas”; ya aludiremos más tarde de los problemas que lleva acarreados, al menos potencialmente, estas tendencias corporativistas acaparadoras.





hacer. Si desde fuera, además, nos dicen que el profesional sanitario no suele aplicarse excesivamente en el tema de la violencia de pareja, y él mismo suele a veces confesar esa realidad, es obligado analizar por qué se produce esta distancia aparentemente tan acusada entre el ideal y el comportamiento efectivo.

9.1 Las justificaciones frente al ideal del yo.

Para que un deber moral vinculante no se efectúe en la práctica se precisan **justificaciones**. Normalmente los deberes son penosos; la justificación moral es la forma de evadirse de ellos sin excesiva mala conciencia. La justificación se monta para uno mismo y para los otros; por esta razón, las justificaciones morales no suelen ser del todo conscientes.

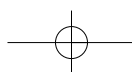
Somos conscientes de que esta forma de abordar el tema puede herir susceptibilidades de los profesionales sanitarios. Es fácil que se crea que con ello pretendemos acusarles de ser unos desaprensivos, algo que está, desde luego, completamente alejado de nuestra intención. El tema que debemos de tratar es, evidentemente, delicado al respecto, pero no debe de eludirse porque sin lugar a dudas está en el núcleo del problema que nos afecta, el de la posible aplicación de los profesionales sanitarios —en tanto que tales profesionales; el tema personal ya ha sido tratado más arriba¹⁷⁰— en el abordaje del maltrato.

Las resistencias de las que vamos a hablar al respecto por parte del profesional son, cabría

decir, “normales”; es decir, cualquiera de nosotros, seamos sanitarios o no, solemos manifestar resistencias de este tipo en situaciones en las cuales **hay que ayudar a alguien**; no es algo que se manifieste sólo en el tema del maltrato, hay muchas situaciones que reclaman nuestra ayuda y ante las cuales **todos** tenemos cierta facilidad para evadirnos. Si cabe hablar de desaprensión en tales casos, habría que hablar de desaprensión en la propia sociedad en que vivimos, en la propia cultura que nos conforma. Algo del orden de la evasión sucede siempre que en una situación que está implicado un deber moral, máxime cuando en la acción debida está incurso el propio trabajo, esto es lo que vamos a intentar analizar en el presente epígrafe.

Pero quizá algún ejemplo sea necesario para convencer de que lo que se va evidenciar ahora está más cerca de la normalidad que de la anormalidad. Pongamos por caso una situación relativamente frecuente, un accidente en carretera con el que podamos encontrarnos en nuestro viaje. Todos sabemos que el automovilista en tanto que tal está obligado a auxiliar al accidentado; no sólo es una cuestión moral que afecta a la sensibilidad, hay una ley que lo obliga y una pena para la denegación de auxilio. Hay que admitir que en el momento en que nos encontramos con el accidente en nuestro viaje es usual que nos asalte una sensación de **enorme incomodidad**, un sentimiento cuya significación es efectivamente muy compleja. Por una parte, teníamos una hora fijada de llegada y el pararnos en ese momento alterará sin duda nuestros planes. La incomodidad tiene que ver, al menos en parte, con el descalabro previsible de un orden previamente organizado, por ejemplo, *“tenía que llegar a las tres, me quedaba apenas poco tiempo para comer algo, puesto que inmediatamente, a las cuatro, debería de acudir a una importante cita urgente de trabajo”*. No es

¹⁷⁰ Desde un punto de vista personal queda siempre la potestad de hacer o no hacer algo; todo depende de la propia sensibilidad de cada cual. Sin embargo, cuando se le dice a un profesional que debe de abordar el maltrato se le está indicando un deber, que le alude menos como persona que como representante de un colectivo.





un caso tan extraño, incluso en un viaje de placer las previsiones y los compromisos suelen agotar el tiempo disponible.

Pues bien, la incomodidad está ahí, y tiene que ver, en principio, con el trabajo que supondrá el rehacer los compromisos y las consecuencias negativas para uno que de ello se pudieran derivar (deshacer la cita de trabajo, el enfado consecuente de mi jefe, la posible pérdida del cliente airado, etc.). Insensiblemente y con toda rapidez calculamos el coste para nosotros de la acción que nos obliga el accidente. En ese cálculo podemos llegar muy lejos: en el caso del accidente podríamos anticipar incluso que en el futuro pudiéramos tener problemas judiciales: nos llamarían a juicio, y quizá en la imaginación nos veamos incurso en un proceso kafkaiano en que terminemos por ser los culpables. Es fácil ponerse en lo peor, aunque siempre haya psicologías más o menos propensas a ello.

El coste resultante puede ser más o menos elevado, y hay que admitir que en algo nos influye esa evaluación a la hora de prestar o no prestar ayuda. Si el trastorno es muy grande podemos pensar que tenemos **cierto derecho** a no prestar ayuda. Ciertamente, no es comparable nunca mi trastorno con el del otro, con el del accidentado, pero si en la escena hay otros que eventualmente pudieran también prestar auxilio, la cosa cambia: posiblemente el trastorno para esos otros sea menor que el mío, que he evaluado como muy elevado¹⁷¹. Pasarles a ellos la responsabilidad (es decir, si no paro el coche y presupongo que ellos pararán) me parecerá en cierto modo legítimo. Si veo que, además, ellos paran, me sentiré relativamente tranquilo. Lo más probable es que antes ya haya parado alguien, y eso también me legitimará para no parar, dado el enorme trastorno que ello me supondría.

Esto es lo que hemos denominado más arriba como “justificación”: una forma de evadirse de un imperativo moral de actuación, que permite el reducir al máximo la culpabilidad consecuente a la evasión del deber. No creemos que haya ningún conductor habitual que no se haya visto tentado en algún momento a elaborar semejantes justificaciones y que, incluso, tales justificaciones le hayan llevado, en un momento dado, a evadirse de su responsabilidad en la atención al accidentado.

Pero hay que admitir que la denegación de auxilio **es muy difícil reconocerla**. La justificación se elabora **para eso**, para que ni nosotros mismos nos demos cuenta de que estamos haciendo un acto del cual deberíamos de avergonzarnos. El mecanismo psíquico no es del todo consciente.

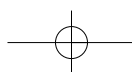
9.1.1 El desvelamiento del maltrato.

Como vimos, la principal justificación del profesional sanitario en este tema tiene que ver con la no-visión; podría decirse: “*en la medida en que no veo el maltrato, tampoco puedo comprometerme con él*”. La mujer maltratada suele ser la mejor colaboradora del sanitario en esta estrategia: ella misma suele negarse a desvelar su problema, con lo cual no se da la posibilidad de que aquél sienta que tiene un deber al que atender.

Yo lo que pienso que la mujer, y, precisamente, digo que eso es lo más interesante, por su educación y su formación, es muy sufrida y es muy difícil que se vaya quejando. Yo es lo que he visto...

Es difícilísimo que se quejen. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

¹⁷¹ Es interesante hacer notar que esa presunción se realiza sin el más mínimo contraste. No sabemos si el trastorno va a ser mayor para el otro, pero **queremos creer** que nuestro trastorno es de superior entidad.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Yo creo que la mujer no explica su caso espontáneamente, el 90% de mujeres que sufren maltrato no lo explican a nadie, ni a su médico ni a su familia ni a sus vecinos, porque se avergüenza de ello, porque está maltratada, porque dentro del síndrome del maltrato entra esa connotación de avergonzarse, de sentirse culpable, de no expresarlo. O sea, no hay una demanda, cuando la llega a haber es mucho más fácil, porque ya estás frente a algo aceptado por ella. Pero la mayoría de mujeres no explican espontáneamente, sino que es descubierto. El médico tiene como que leer entre líneas, detectarlo. La mayoría no hay demanda. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Yo, yo creo que en eso... Yo creo que ahí hay como niveles ¿no? como se está diciendo aquí, o sea que todos tenemos O sea que todos tenemos experiencias de la punta del iceberg que es la que te viene con lesiones ¿no? Esa está clara. Y luego también está el otro nivel que viene, que sabe que hay maltrato pero que tú no lo puedes poner en evidencia de ninguna de las maneras. O sea que tú lo intuyes, como decías, que sabes que lo hay, que tú preguntas, te dejas querer en el sentido de que a ver si sueltan prenda. Y no sueltan prenda porque no hay una vía de escape en la pareja y son familias que a lo mejor son años, los hay ya de muchos años, como dicen aquí, pero que no eres capaz de exponerlo, ni de manejarlo siquiera, porque no te... no te lo reconoce ¿no? Yo creo que eso es... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Pero también es a la propia mujer, lo que estaba diciendo Ana, a la que le cuesta muchísimo trabajo identificar que está siendo maltratada o abusada. (R.G.10 Salud Mental)

H.- (...) No, pero, claro, pero yo no me atrevo a preguntar porque me da..., me pongo..., me siento mal, porque digo yo, para que me pregunte y me vuelva de decir esa historia... Porque me dan ganas de decirle: "pero haga usted algo" ¿no? O sea, es un poco... Y yo ya no pregunto... (R.G. 5 Pediatras)

No creemos que sea abusivo el decir, como se dice en los grupos de profesionales externos, que el sanitario no quiere ver¹⁷². Ante unos determinados

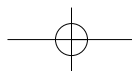
síntomas, a la vista de los cuales sería relativamente fácil sospechar la presencia del maltrato, el profesional no introduce la sospecha de que tal situación pudiera estarse produciendo; simplemente se niega a hacer las preguntas que pondrían en evidencia el tema y que, por tanto, llevarían a asumir un compromiso.

Pero no lo hacen porque no preguntan. Si no quieren saber no preguntan. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

(...) en consulta es porque te lo cuenta el paciente, no porque nosotros indaguemos. Porque no lo sabes, o sea, en principio no lo presupones, salvo que te venga, bueno, con un ojo morado y dices, ¿qué ha pasado? Y te dicen, no, es que me he (...) la puerta. O sea, nunca te van a decir que es que me ha pegado mi marido, siempre se ha dado un golpe con cualquier otra cosa. Pero si los hematomas ya son reiterativos, y oiga, qué pasa, cuántos golpes se da, pues ya al final, al final, estoy diciendo al final, al cabo de muchos meses es cuando la señora se echa a llorar y dice es que me pega o lo que sea, o me ha tirado por las escaleras o lo que sea. Eso en la consulta de a diario. (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

Cierto es que esas preguntas son en sí mismas comprometedoras. Da pudor el efectuarlas porque, en el fondo, suponen una intromisión en la intimidad: ¿Le maltrata su marido?; la respuesta de la interlocutora puede ser, efectivamente, la de "Métase en sus asuntos". Esta intromisión en la intimidad a la que obligan ciertas temáticas sociales con implicaciones en la salud no es, sin embargo, un problema nuevo. Lo que el sanitario debería de tener claro, en cualquier caso, es **qué preguntas hacer**, y cómo realizarlas, sin que ello genere una reacción agresiva o defensiva por parte de la mujer.

¹⁷² Insistimos, el no querer ver puede ser, como en el resto de las justificaciones que tenemos que analizar, no del todo consciente.





No es difícil, si sabemos observarlo y sabemos..., lo que voy a decir, es muy difícil, escuchar. Y no tenemos tiempo y la mitad de las veces no escuchamos. Pero yo creo que las personas te lo dicen y quizás algo que, que, en otras patologías ya hemos superado el pudor a preguntar al paciente, porque en esto puedes preguntar (...) al paciente. Ese pudor que nosotros tenemos a preguntar a un paciente "oye, te noto rara ¿qué te está pasando? ¿estás con muchas presiones en casa?" Y empiezas por ahí y te acaba llorando. La paciente acaba llorando en la consulta, soltando lo que sea. Ese pudor que tenemos a preguntar, es lo que nos limita a nosotros. La vergüenza nuestra propia y nuestro sentimiento a decir... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

- En este contexto del eventual interrogatorio a la mujer, se puede evidenciar también la prevención a la pérdida del cliente. Si el sanitario intenta desvelar algo que parece ser normal que la víctima viva con vergüenza, es relativamente natural que genere la huida de quien se ha visto descubierto en su miseria.

...pilla que tú te has dado cuenta que su relación no es ideal y le puede dar una vergüenza horrible y no volver. Porque todavía estamos en esa idea de que tu matrimonio tiene que ser perfecto y sino, pues, que no se note hasta ver qué pasa. ¡Todavía! ¿no? Entonces se oculta hasta que ya no tiene remedio y entonces te has separado o te has divorciado y ya se lo puedes contar a todo el mundo. Pero hasta ahí todo el mundo intenta arreglarlo y que nadie se entere, porque nadie va aireando sus problemas. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Es obvio que el desvelamiento del maltrato exige de todo un protocolo que implica no sólo la pregunta, sino también la actitud de quien pregunta. La mujer no debe de sentirse interrogada, obligada a desvelar lo que tiene oculto. La actitud y la pregunta del profesional deben

de ser las de ofrecer una vía a la complicidad, suponiendo que hay un deseo implícito en la mujer por desvelar su problema, por contárselo a alguien. El sanitario puede ser, efectivamente, un buen confidente para la mujer si se lo propone. Al fin al cabo, la **confesión**¹⁷³ surge con relativa naturalidad ante una figura de autoridad que se comporta paternalmente. La autoridad, que siempre posee el sanitario, es un elemento facilitador si se ejerce con un componente de cercanía y familiaridad.

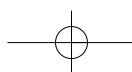
Pero además están deseando decirlo, pero no se atreven porque nadie les da la posibilidad de poder hablar. Si... presente, nota que es tabú, que no se puede hablar, las estás bloqueando con el silencio otra vez. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

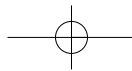
Porque ahí muchas veces, bueno, en urgencias cuando llegan que están, bueno, a lo mejor no han dicho, en la puerta, primeramente, igual no han dicho nada, pero es... o porque... allí hay gente y a lo mejor no lo quieres decir, y a lo mejor estás dentro e inclusive tienes miedo de decirlo y tal. Y otras veces, que te pones a hablar con ellas, pues, se te ponen a llorar... En fin, eso requiere, pues... un, un, un determinado talante, una comprensión y una escucha... que a lo mejor pues otros profesionales no están por la labor. No es que a lo mejor no lo quieran hacer pero... (R.G.8 Trabajadores sociales)

O sea que hay como una cosa de... como que al cabo del tiempo acaba confesando, entre comillas, algo que le vuelve como "estoy siendo maltratada" Pero porque no es un maltrato... claramente denunciabile. No se... O a lo mejor ha sido una vez y no... O sea que hay ahí como una especie de laguna donde la mujer incluso no sabe que puede... que ha estado sometida a eso y a lo mejor con el efecto de varias entrevistas es... "¡ah, me está pasando esto!". Eso es muy curioso. (R.G.10 Salud Mental)

Nosotras ocupamos el lugar de los curas.

¹⁷³ El desvelar la situación de maltrato será prácticamente siempre para la mujer maltratada una confesión; a no ser que esté ya en la situación límite de romper con la relación; en ese caso podría ser ya una denuncia. La confesión implica la culpa; y es evidente que la mujer maltratada, como se apuntó en la primera parte del informe, se siente en algún modo culpable de su maltrato. Sin esa auto-inculpación tendería, como es obvio, a romper con la situación, aún cuando el miedo estuviere de por medio.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

(...) un cura del seguro, lo he dicho muchas veces, yo reclamo un cura del seguro, un chiringuito para el cura... (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

- Pero hay que tener en cuenta lo dicho anteriormente de que la mujer maltratada, especialmente si no se ha instalado todavía la violencia física, no suele tener conciencia de que lo es. Hacer la pregunta más o menos directa de si es una mujer maltratada no tiene sentido, y es normal que la misma pregunta ofenda por ello. La confesión de la que hablamos no es directamente la confesión de maltrato, sino la confesión de que hay desajustes en la relación, desajustes que son vividos por ella con un alto grado de angustia¹⁷⁴.

Y nosotros siempre se explora a la señora sin haber nadie delante. Con lo cual, dentro se les puede preguntar, pero es raro la que te lo reconoce. Yo conozco dos casos que me lo han reconocido y una se fue con el marido. (R.G. 6 Enfermería)

¿Tú crees? Eso quería comentar yo. Hablabas de que disimulan ¿no? ¿Tú crees que disimulan o tú crees que hay mujeres que no saben que están maltratadas?

También no lo saben porque lo consideran hasta normal. Y lo consideran normal. Y eso ya es producto hasta de educación. Es así. (R.G.7 Matronas)

Formar al profesional en cómo tiene que preguntar y qué preguntas tiene que hacer debe de operar positivamente en la

estrategia propuesta de impedir que se instalen las justificaciones. Es una perfecta justificación el no saber cómo preguntar. Es, por tanto, clave que el sanitario obtenga en la formación experiencia teórica y práctica del tipo de entrevistas destinadas a hacer emerger a la palabra la situación; es decir, de producir la situación de confesión¹⁷⁵.

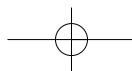
Entonces, a ver a qué figura se le puede derivar esto y como decimos, con sobre, mira... las preguntas... que decíamos... pues como podemos decir "¿usted fuma...? " Pues a la unidad antitabaco. Y aquí... "bueno, y usted cuánto tiempo lleva de relación con su pareja" "diez años". "en los diez años y en los que estuvo de novios discutieron... cuántas veces" "diez", 25... tal y tal... Y según eso da una puntuación y según la puntuación... ¡plat...! le mandas para allá... No sé, algo, algo, para que no fuese algo tan violento de decir: "oye ¿tú la pegas?" No sé, por poner algo... Si es que... ¿qué hacemos? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Yo una de las cosas que propondría, ¿no?, que realmente todos en el equipo conociéramos el protocolo a seguir en casos de, en primer caso de urgencias. Que yo creo que no se si todos lo tenemos claro. Y yo haría especial énfasis en la primera entrevista cuando viene una mujer maltratada, yo ahí pondría muchísimo énfasis, en la empatía, en qué te está diciendo, en cómo hacer para citarla, si no la puedes ver, porque también yo creo que desde los ámbitos de medicina se encuentra con una presión asistencial fuertísima. (R.G.8 Trabajadores sociales)

Antes que la formación en preguntar es obviamente necesaria **la formación en los síntomas físicos o psicológicos**

¹⁷⁴ Propusimos anteriormente, aludiendo directamente a la situación de confidencia, la instalación de un diagnóstico de sospecha. En esa misma dirección habría que decir que no hay que tener prisa por detectar; si el procedimiento es el adecuado, ya sabremos más tarde si estamos o no ante un caso de maltrato. Ya el detectar una situación de elevada insatisfacción en las relaciones de pareja es un descubrimiento terapéuticamente muy importante, venga esa insatisfacción por el maltrato o por cualquier otra razón.

¹⁷⁵ Utilizamos el término "confesión" por una pura idoneidad conceptual; no quisiéramos que se contaminara de referentes religiosos. De hecho, esta emergencia de la problemática a la palabra puede interpretarse en clave psicoanalítica como un primer paso terapéutico necesario para una posterior asunción y toma de conciencia de la situación. Si la mujer no pone en palabra su insatisfacción difícilmente podrá llegar en algún momento a desembarazarse de ella. El que la mujer desvele su demanda es un acto terapéutico de gran trascendencia; y es bueno que el sanitario lo sepa. Conceptualmente, la confesión debe entenderse como el paso previo para entablar con la mujer una relación de confidencia. Como se vio, es relativamente habitual que la mujer maltratada decida entrar en confidencia con el sanitario sin que éste fuerce de algún modo esa acción. La proposición, de cara a la detección, es que el sanitario ejerza un papel activo al respecto.





que inducen a la sospecha del maltrato. No es nuestra la competencia para indicar cuáles son tales síntomas¹⁷⁶, pero sí poner de manifiesto que las justificaciones de las que hablamos son más difíciles de montar si está presente en la conciencia qué es lo que puede sugerir la presencia de maltrato¹⁷⁷.

Otra justificación típica al respecto de hacer visible el maltrato es **la falta de tiempo.** Parecería como si el crear el clima de confianza necesario para que se dé la confesión exigiera de un tiempo del cual el sanitario normalmente carece. Esto es sólo parcialmente cierto en muchos de los casos. Es cierto que las urgencias hospitalarias operan, como se suele decir, como una cadena de producción en donde cualquier distracción parecería como si desestructurase todo el proceso; no parece ser tan cierto en el ámbito de las especialidades hospitalarias o ambulatorias; en Atención Primaria sí que se observa una elevada presión asistencial, aunque habría que hacer notar que las visitas programadas están para algo; no es tan cierto a nivel de enfermería; etc. Hay que considerar, en cualquier caso, muchos matices en esta utilización del tiempo para justificar algún tipo de inacción.

¿Tiempo? Tiempo no tenemos pero a lo mejor programadas se pueden utilizar (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pero en los protocolos que hay, desde luego, creo que se recomienda es hacer una captación activa (...) Pero resulta que no tenemos tiempo o muchas veces es que no pensamos en ello. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Hoy en día, como es la consulta nuestra, que estás... que vas a matabalho, o sea, no te da tiempo... si el voluntario fuese a detectar estos problemas no tendría tiempo y no tendría lugar la canalización, ni la resolución de la mayoría de lo que detectase, hoy por hoy, creo yo. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Hombre, y yo creo que otro problema de las urgencias de este país es que vamos todos como unos locos, vamos.

Claro.

Para detectar casos ocultos ¿eh? (R.G.11 Residentes Urgencias)

Son ventajas... que, vamos, a cada paciente... hay algunos que no les das los buenos días porque no te da tiempo. Entrás corriendo, pum, pum, pum... Y se van. Y detectar que vengan maltratados o que dejen de venir (...) Es como hacer encaje de bolillos. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Son para problemas médicos ¿no? Puro y exclusivo. Pero no son para eso. No puedes llegar a más. (R.G.11 Residentes Urgencias)

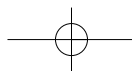
O sea que si tú tienes que ver 15 al día al final terminas haciendo fundamentalmente tratamiento dirigidos para síntomas sin patología y todo lo demás... y no puedes... no tienes tiempo para más. No tienes tiempo para más, porque de alguna manera un poco, como esto supongo que... si sirve para algo será, pues, para decir: "no se puede hacer..." Por supuesto no se puede hacer medicina sin escuchar a los pacientes, pero, por supuesto, mucho menos salud mental sin tener tiempo para escucharlos. (R.G.10 Salud Mental)

Entonces, los servicios cada vez más se van organizando, fundamentalmente, para que no se escuche sino para se diagnostique... (R.G.10 Salud Mental)

Pero a mí me parece... claro, lo que pasa es que lo que hablamos, o sea, una consulta médica con sesenta citados en la mañana, pues lógicamente es

¹⁷⁶ Su exposición correspondería a un informe médico, no a un informe sociológico como el presente. Un buen texto para informarse al respecto es el siguiente: Lasheras Lozano, M^a Luisa; Pires Alcalde, Marisa [et al.] "La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública" Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 86. Instituto de Salud Pública, 2003.

¹⁷⁷ Ni que decir tiene que también opera al respecto un puro y simple no saber; el maltrato no es un tema que se incluya en los currícula de los estudiantes de medicina o de enfermería. Pero el no saber tiene más fácil solución cuando se trata sólo de eso; lo más difícil es combatir el no querer saber.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

que el contexto es tan inadecuado que es imposible que por muy buena actitud que tengas puedas hacer un buen abordaje del (...) A no ser que tengas en ese momento la (...) inteligencia de sacártelo de ese contexto y decir, "Mira, hacemos lo más inmediato y mañana, si no te importa, a última hora, o a primera o no se qué tenemos una entrevista un poco más larga" Porque yo creo que es que es absolutamente inviable, irreconciliable, pensar en mantener una primera entrevista empática, facilitadora, donde la mujer pueda expresar y no se qué con tres minutos de consulta, yo creo que eso es irreconciliable. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

- Un buen contra-argumento al presentado del tiempo es el siguiente, esgrimido por una médica especialista en temas de violencia que accedió a uno de los grupos de profesionales externos: Detectar la violencia realmente supone de la inversión de un tiempo muy similar al de cualquier otra patología, basta con atender a los síntomas. Por lo menos, la sospecha de violencia es relativamente fácil; el que la víctima admita o no admita la violencia, lo cual podría implicar efectivamente una inversión de tiempo mayor, no quita para que el sanitario no sea capaz de sospecharla y, por tanto, de iniciar alguna acción al respecto.

(...) acude cada equis tiempo con que tengo depresión, con que no me siento bien, con que no dejo de llorar, con que no me ocupo de mis hijos. Ahí ya debería de estar el profesional suficientemente formado para intentar (...) y luego hacer una visita programada de tiempo extenso. Pero para sospecha y detección no necesita tiempo, necesita formación en dónde están los signos. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

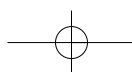
- De lo dicho es fácil deducir **que se detectaría más** el maltrato si al sanitario se le releva de la acción posterior consecuente. El problema al

que aludimos no es tanto, como se ve, de no saber (cómo detectar), como de no querer saber de algo que de ser sabido podría complicar en exceso la propia existencia. Las resistencias a la formación (en violencia) están ahí, y esa es su naturaleza. Al iniciar acciones de formación al respecto hay que tener en principio bien claro que esas resistencias existen, que tienen un carácter débilmente consciente, y que hay que desarrollar estrategias para disolverlas.

Yo creo que en todos los cursos sobre malos tratos en la mujer o violencia en la mujer, tanto ya vengan del Instituto Nacional de la Salud, del Instituto de la Mujer o de cualquier otro organismo público, siempre vamos los mismos, y es una opinión muy personal, trabajadores sociales. Trabajadores sociales y trabajadores sociales. ¿Médicos...? esporádicos ¿Enfermeras? Como no les toca... Eso es así. Y es la experiencia que yo tengo desde hace mucho tiempo ¿no? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

9.1.2 El compromiso posterior a la detección.

Las justificaciones de no detección se montan, por lo tanto, porque **la incomodidad surge después**: una vez que se tiene un caso sospechado o declarado de violencia, ¿qué tiene el sanitario que hacer? El profesional se encontraría directamente comprometido con un problema, por el mero hecho de detectarlo e, inevitablemente, se vería instado a hacer lo que su conciencia le impone que debería de hacer. La máxima tradicional "ojos que no ven, corazón que no siente" es bien adecuada a la naturaleza del problema que detectamos. Mientras sea posible no ver todo va bien; el problema surge cuando ya es imposible no ver las cosas.





En el sentido de que detectan algo y piensan: "y ahora qué hago yo" "¿me lo llevo a mi casa?" "¿y qué hago yo? (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

... Yo ya últimamente... Ya ni... Yo era muy preguntona, cuando hacía las ecografías y tal, pues, hombre, ya estás allí, pues, hablas... A mí me gusta hablar con la gente, aunque haga rayos. Y ya últimamente he dejado de hablar, porque cada vez que pregunto, la que no tiene un hijo drogadicto, tiene un marido en la cárcel y sino... un hijo apuñalado... Que yo ya dije: "mira, no voy a volver a preguntar a nadie nada más, porque esto terrible". (R.G.11 Residentes Urgencias)

Yo creo que el decir, el decirnos... "como no voy a poder resolverlo no dejo que se hable..." Me parece tremendo. Quiero decir que como terapeuta me parece absolutamente tremendo ¿no? O sea, yo creo que el resolverlo nosotros no tenemos ninguna posición de omnipotencia. O sea que nosotros no podemos resolver nada. Son los propios pacientes los que resuelven. (R.G.10 Salud Mental)

H.- Yo creo que cualquier situación de violencia es difícil y ésa aún es más. Hombre, yo creo que nosotros, lo que dices tú, puedes preguntar a las madres, si tienes un cierto nivel de confianza. Pero yo la diferencia que veo entre primaria y hospital es que tú vas a seguir siendo el médico de ese niño y de esa familia y en el hospital, bueno, pues, es una situación recortada y puntual ¿no? Y ahí tú tienes que decir: "bueno, yo voy a seguir viendo a este niño y a esta familia". Y no porque tengas miedo que te pase nada, sino porque asumes más responsabilidades de todo lo que vaya a pasar ¿no? ¿Pero cómo le digo yo a esta madre...? (R.G. 5 Pediatras)

H.- No sabes cómo manejarlo o te da... Y luego, además, yo, yo, personalmente, yo..., yo con todo... y he estado con el tema, a mí me sigue produciendo una grave..., o sea, me pone en una situación de bastante incomodidad. Vamos, incomodidad es una palabra suave...

No, no.

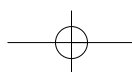
Te pone nervioso.

H.- Me pone, me pone... me pone en una situación difícil, me pone nervioso. (R.G. 5 Pediatras)

Y, efectivamente, es muy incómodo trabajar con estos problemas: con el tema del maltrato y de violencia y de... Que no sabemos manejarlos y que a lo mejor se nos ha venido encima demasiada violencia. Y a veces, pues, te puedes poner así... y decir: "prefiero no verlo". Coges... como no voy a saber qué hacer con ellos, pues, prefiero no verlo. Yo lo siento así. (R.G.7 Matronas)

Lo que se pide al sanitario desde fuera, desde las organizaciones comprometidas con el maltrato, es que derive la situación, que derive a la mujer a las instancias realmente competentes, que supuestamente estarían fuera del sistema sanitario. Se podría decir, entonces, que el compromiso también podría derivarse y que, por tanto, no tendría por qué producirse el más mínimo problema al respecto. No entenderíamos entonces por qué el sanitario no quiere ver, no quiere detectar. En el papel las cosas parecen a veces muy sencillas, pero la realidad siempre trastoca los esquemas.

Por muchas razones, detectar el maltrato no es lo mismo que detectar, por ejemplo, una tuberculosis. En el segundo caso está todo bastante claro, está claro que hay un tratamiento, está claro que hay una derivación y está claro que el paciente va a seguir las prescripciones. En el maltrato las cosas son muy diferentes. Primero, como se ha visto, ni siquiera están claros la detección y el diagnóstico; ya dijimos que con este tema hay que ser cautos, hay que establecer diagnósticos de sospecha y dar un tiempo a la confirmación del propio diagnóstico por parte no sólo del sanitario, sino también de la mujer. ¿Cómo se puede derivar a una mujer que no tiene conciencia de estar maltratada a una institución para el maltrato? En los ca-





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

sos declarados, urgentes, explícitamente violentos las cosas podrían estar más claras¹⁷⁸, pero estamos hablando en este momento de detección, de detección precoz; y detectar precozmente impone en el caso de la violencia un tiempo de confianza, un tiempo de relación con la mujer.

Claro. Yo sé que tengo un paciente terminal y sé que tengo en mi posición un recurso de una (...) domiciliaria para los enfermos terminales. Sé que, bueno, a oncología les puedo llamar y tal. Sé qué tal... Sé cuál es mi papel. Pero aquí a veces se me escapa cuál es mi papel ¿no? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Claro. Muchas veces es más fácil trabajar con una violencia, es decir, nos ha llegado una mujer con estas lesiones, es como que cada uno parece que tiene más claro qué tenemos que hacer ahora, a con problemas de este tipo que se diluyen entre todos y al final es lo que tú decías: "¿y ahora qué?" (R.G.7 Matronas)

Pero no se trata sólo de la necesidad de precisar un diagnóstico. Es la mujer la que se tiene que imponer a sí misma el diagnóstico para que en un momento dado considere la posibilidad de ser derivada. Mientras eso no suceda, no tendrá sentido mandarla a ningún lado, porque ella misma se negará a ser derivada, que es, al parecer, lo que normalmente sucede. ¿Qué hacer, por tanto, frente a un problema del cual el sanitario se ha de hacer inevitablemente cargo, puesto que no puede derivarlo y frente al cual no se siente especialmente competente? Lo normal sería, por tanto, intentar no descubrirlo.

O sea que en ese maltrato que puede haber latente, que yo creo que ése es más importante, aunque se

conozca un porcentaje de él; indudablemente, luego, ¿qué podemos hacer con él? Quiero decir ¿y si la mujer no quiere hacer nada qué hacemos nosotros? (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Luego los profesionales sanitarios, que somos nosotros, que, por supuesto, enfermería, trabajadores sociales... O sea, todos los que estamos implicados en el mundo sanitario. Pero aunque tengamos toda la información luego la clave está en que si esa persona quiera o no quiera hacerlo o si a nosotros luego nos dan un tipo de vía, si esa persona no quiere, que nosotros podamos hacerlo, qué lógicamente por nosotros que no quede. Pero que ahí qué podemos hacer. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Entonces, eso es... Porque si la mujer tampoco quiere que tú hagas nada... a ver qué haces. Te puedes quedar hecho polvo. Te quedas... con el tema dentro pero qué haces con ella. O sea, en el momento en que no haya un sistema en donde la mujer automáticamente quede protegida, que eso sería lo ideal, entonces denuncias... pero esto es: "usted vaya a denuncia y váyase a su casa y espere el hachazo". Y es como estamos funcionando ahora. Yo creo que es una faena que se les hace. (R.G. 5 Pediatras)

De todas maneras, ¿cuántas mujeres querrían ir a otro sitio?

Ninguna.

No quieren que intervengas. (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

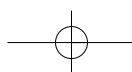
- La evidencia de que la derivación sólo puede producirse en un porcentaje pequeño de casos y siempre ante mujeres que ya han dado el paso de decidir salir de la situación de violencia, obliga a dotar al sanitario de la competencia para abordar **por sí mismo** en algún sentido el tema de la violencia¹⁷⁹. Si al sanitario se le dice que es incompetente¹⁸⁰ es normal que no se aplique en la detección¹⁸¹.

¹⁷⁸ Ya veremos más tarde que tampoco lo están mucho.

¹⁷⁹ En otras palabras, si queremos que el sanitario detecte la violencia tendremos que hacerle competente en el tratamiento de la situación, por lo menos en sus fases más tempranas.

¹⁸⁰ Está claro que desde instancias exteriores al sistema se está transmitiendo ese mensaje, y también está claro que el sanitario, especialmente si es médico y especialmente si no es un médico de Atención Primaria actúa desde esa certeza: él no es competente para estos temas.

¹⁸¹ Esa insinuación de incompetencia será utilizada por él como justificación para la inacción.





Quiera o no, se va a quedar con el problema una vez que lo detecte; y ello debe de crear un alto grado de inseguridad, que sólo puede evacuar una formación específica.

Bueno, pero que me refiero que el personal sanitario puede, debe hacer muchas cosas, porque la mujer no va actuar así de... no es tan racional como nosotros. Y lo más seguro es que rechace todas las derivaciones. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Sí, de todas las maneras, esto que estamos comentando refleja un poco nuestra impotencia, desde nuestro punto de vista de cada uno, de lo difícil que es solucionar el tema. Porque es un tema que nos echa para atrás un poco porque no sabemos cómo darle verdadera solución. (R.G. Triangular A.P.)

- La queja, reiterada en los grupos, de que la mujer maltratada no quiere salir de su situación tiene que ver con esto que estamos tratando. Al profesional le incomoda que la mujer maltratada **no tome decisiones** porque ello le deja a él en una posición demasiado comprometida. Si ella tomara decisiones la derivación sería inmediata: bastaría con darle algún teléfono de alguna institución y todo quedaría arreglado. Pero lo normal no es que las cosas sucedan de esa manera: la mujer no se va a otro lado, y mantiene frente al sanitario la demanda consecuente ha haberle escogido como confidente. Es decir, **no hay posibilidad de romper el vínculo establecido**, no hay posibilidad de evasión. Por eso la mujer maltratada se convierte en un sujeto terriblemente incómodo y que provoca al sanitario un alto grado de inseguridad.

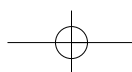
Entonces... ahí también yo creo que... que un poco lo que fluctúa es que se trabaja un poco en la prime-

ra entrevista en tema de la denuncia y yo creo, por lo que he podido escuchar, si en algún momento es... "si esta persona no quiere poner denuncia no hay nada que hacer". Es que yo en muchas ocasiones lo he escuchado y en la medida en que la persona no se decida a romper esto y yo creo que es lo que viene bien o es que no hay alternativa. Entonces se pierde un poco el caso ¿no? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Es que no tienen la capacidad para revelarse a eso. No pueden. (R.G. 5 Pediatras)

La mayoría no me ha dejado hacer más. A lo mejor a mí también me ha servido eso, ¿no? (...), de decir, bueno, pues si ellas no quieren yo tampoco voy a hacer mas. (R.G. 4 Triangular A.P.)

La inseguridad está plenamente justificada en este tema. "Meter la pata" es relativamente fácil si el sanitario se implica en el lugar que adquiere tras la confesión de la mujer. Porque realmente no actúa sólo sobre la mujer, sino sobre todo el núcleo familiar, incluido el maltratador. De hecho, toda esa necesidad, expuesta más arriba, de conocer el punto de vista del maltratador tiene que ver con esto, más allá de la intervención de posibles prejuicios androcéntricos. Si se decide intervenir sobre una relación de pareja conflictiva los resultados van a ser responsabilidad de quien interviene. ¿Y quién puede asegurar en ese terreno complejo y delicado, aún cuando se tenga la más buena voluntad hacia la víctima, que la intervención sea la adecuada? El sanitario puede incluso verse, en el límite, como responsable de la muerte de la víctima por parte del maltratador; la sobre-excitación pública de los casos de muerte por maltrato están dramatizando tanto el tema que resulta muy difícil realmente que un lego se atreva a abordarlo.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

*Y qué capacidad... yo... en algún caso que he tenido en el momento en que surge el tema y se está hablando me planteo: "y, bueno, y yo cómo abordo esto, cómo le digo que... "Es que yo no me siento suficientemente preparada, pues, para esto como para otras patologías, de... ¡yo qué sé!, de problemática familiar, en la que... ¡yo qué sé! te mueves un poco entre cosas científicas y cosas como de consejitos que no... que no sabes muy bien... Eh... pues yo no sé la **terapia familiar**... para poder arreglar una familia que no funciona... y tampoco me siento a veces capacitada... Es decir que los mensajes que le das al paciente, como es mi caso, van... como con mucho tino: "**estaré metiendo la pata**... no estaré haciendo... justo lo que no debo...", porque, bueno, temes... no sabemos claro de qué es lo que tiene que hacer. No lo sabemos... nosotros podemos averiguar los pasos que tiene que dar... y qué decisiones debería tomar esa señora para salir de esa situación. Pero **cómo transmitir eso de manera que sea eficaz**. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)*

Es que, normalmente, cuando... el hachazo viene después de las denuncias y después de no sé qué... Eso está... porque en el momento en que remueves, como a esa mujer no la apartes del contacto con el agresor sabes que la tiene sentenciada. Claro, (...) (R.G. 5 Pediatras)

- El problema del tiempo vuelve aparecer de forma más potente y más justificada en este lugar. Para realizar la intervención necesaria se precisaría no sólo formación, sino tiempo; y hay que aceptar que el tiempo disponible deja poco margen para la intervención consecuente. Pero el problema de tiempo, aparte de cuantitativo, es también cualitativo. El problema es que ese tiempo a invertir **no es un tiempo que reconozca la Institución**. Si no lo reconoce la Institución, es un tiempo privado, algo que el sanitario hace porque quiere, porque su propia sensibilidad moral personal está afecta-

da, pero no porque forme parte de su deber como profesional; y, en la medida en que es privado, es también un tiempo **contra la Institución**.

Pero es por la buena voluntad.

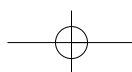
Pero estamos hablando otra vez de la buena voluntad de las personas y no del protocolo de decir: "hay que buscar una casa. Tenemos estos teléfonos para que nos localicen una casa de acogida". Eso es porque vosotras lo hacéis porque queréis. (R.G. 6 Enfermería)

Pero es que a nivel sanitario no tienes tiempo. Es que no tiene tiempo... Sólo con ocuparte con los problemas de sanitarios...

No, es que hay que resolver el problema sanitario y el problema social. Es que ahora lo que intentan es que nosotros resolvamos tanto el problema sanitario como el social y eso es imposible. (R.G. 5 Pediatras)

- En efecto, sin el reconocimiento institucional, sin que la institución introduzca explícitamente el "tratamiento" del maltrato en el ámbito de los deberes de sus profesionales es imposible que se pueda avanzar al respecto. El profesional que invierte un tiempo significativo que le atañe sólo personalmente será necesariamente (para la Institución) un mal profesional, porque el tiempo que dedica se lo resta a su deber como profesional. Está claro que la justificación se instala aquí de forma casi incontrovertible: por atender a un deber personal se actúa contra el propio deber profesional¹⁸². Hay un **riesgo** profesional asociado, y es relativamente legítimo en esta circunstancia poner por delante el deber profesional sobre el deber personal.

¹⁸² Porque atender a la mujer maltratada impone el no atender adecuadamente otras cuestiones a las que sí obliga la Institución.





- Es cierto que podemos pensar que en realidad atender al maltrato es un deber profesional del sanitario, aunque la Institución no lo reconozca. En la práctica muchos sanitarios actúan de esta forma, porque además de sentirse objetos se sienten también sujetos de la acción institucional. Pero todos sabemos que este tipo de implicaciones terminan, como se dice usualmente, “quemando” a quien las realiza si la Institución persiste en no reconocer esa acción. Y el riesgo de quemarse también se da en la justificación como anticipación¹⁸³.

El riesgo de quemarse -y la consecuente justificación para la inacción- se evidencia más conforme mayor es el número de casos de maltrato que se identifican y conforme mayor es su gravedad. La lógica aparente sería la contraria, que allí donde más y más graves problemas se presenten mayor será la implicación de los profesionales; pero el estudio nos demuestra claramente que las cosas no suceden de esta manera en el marco de una Institución que no reconoce claramente la actuación del profesional en esa dirección.

- El ejemplo para nosotros más claro es el de las urgencias hospitalarias. No existe la menor duda de que allí es donde el maltrato aparece con más frecuencia y con más gravedad. Pues bien, en sus profesionales¹⁸⁴ es

donde nos hemos encontrado precisamente la mayor **insensibilidad**. Una insensibilidad que, en cualquier caso, no es tan difícil de comprender en semejante contexto: si el profesional de urgencias se implica **personalmente** en caso no sólo agotaría su tiempo disponible, enfrentándose al riesgo de ser aperecido por la Institución, sino que también se agotaría moral y psicológicamente. Uno puede hacerse cargo personalmente de vez en cuando del drama personal de otro, pero lo que es del todo imposible es hacerlo por sistema sin volverse completamente loco.

Además, yo creo que estamos como demasiado acostumbrados a ver esto y es como que es algo completamente normal para nosotros y entonces... (R.G.11 Residentes Urgencias)

...es como que ya es algo de tu trabajo y como que realmente sabes que no estás haciendo nada ¿no? O sea que tú sabes que la estás atendiendo...

Médicamente.

Sí, sí, y harás lo mejor que puedas tu trabajo pero que luego no queda en nada. (R.G.11 Residentes Urgencias)

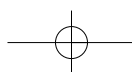
Nosotros yo creo que no nos implicamos en ningún momento como...

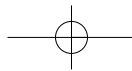
A lo mejor es que no puedes implicarte.

Es que nosotros, claro, no tenemos esa función (R.G.11 Residentes Urgencias)

¹⁸³ También hay que considerar que quienes asumen vocacionalmente el tema del maltrato corren un riesgo real muy claro de quemarse en la tarea. No se puede dejar un tema como éste al arbitrio de la buena voluntad del personal: la Institución debe de integrarlo claramente en sus objetivos, y arbitrar los medios, los espacios y los tiempos para que la acción consecuente sea posible.

¹⁸⁴ Hablamos en este caso del grupo realizado con médicos residentes. La enfermería de urgencias se ha tratado con menos profundidad en el estudio, pero todos los indicadores apuntan a que el profesional de enfermería tiene menor predisposición a manifestar la actitud que tratamos.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Es que yo creo que por desgracia estamos demasiado acostumbrados a esto. (R.G.11 Residentes Urgencias)

- Entendemos, por tanto, la actitud del profesional de urgencias de intentar aislarse del tema y ocuparse sólo de lo que considera su competencia, que es curar y, a lo sumo, rellenar el parte de lesiones. Pero si miramos el tema desde el lado de la víctima nos sentiremos horrorizados: la mujer que ya tenido que acudir a urgencias por una agresión de su pareja está indudablemente ante un elevado riesgo de perder la vida. Una sociedad civilizada no puede admitir de ninguna forma el hecho de que allí donde se hace evidente el riesgo para la vida no se de la más mínima actuación en defensa de la mujer. Ciertamente, la responsabilidad no es directamente de los profesionales, sino de la Institución¹⁸⁵: ésta debe de exigir a los profesionales una determinada actuación y facilitar unas condiciones para realizarla¹⁸⁶.

El ejemplo de las urgencias nos hace reflexionar acerca de lo que podría suceder si, llegado el caso, pudiéramos aumentar significativamente el número de detecciones precoces de casos de violencia en el marco más proclive para ello: Atención Primaria. Si no se articula un procedimiento y unas condiciones de actuación, y si no se responsa-

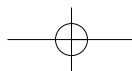
biliza a los agentes de las acciones consecuentes, el resultado más normal será el de **aumentar significativamente el grado de insensibilidad de los profesionales**. Mientras haya pocos casos algo se hará con ellos; cuando haya muchos casos no se hará nada, porque la justificación del profesional para la inacción se habrá instalado de forma poderosa. La fórmula de detectar y derivar propuesta por las organizaciones especializadas en maltrato es demasiado simple.

Adviértase que cualquier acción que el sanitario pueda realizar ante el hecho detectado de maltrato aparecerá ante él como una **intervención personal**, no como una intervención de la Institución.

- El propio **parte de lesiones** ante la evidencia de una agresión física (admitida o no admitida por la víctima) está en este plano de acción personal, cosa que no deja de llamar la atención. Ciertamente, el médico como médico tiene la obligación de rellenar el parte de lesiones, pero es él en tanto que persona, no en tanto que profesional inscrito en una institución, quien se siente implicado en las consecuencias. Por ejemplo, con cierta probabilidad se va a ver integrado en el juicio resultante, juicio que no sólo representa una incomodi-

¹⁸⁵ Aunque hay que admitir, eso es cierto, que los profesionales son directamente responsables de demandar que haya en los hospitales servicios que den cuenta de esas situaciones.

¹⁸⁶ No es quizá éste el mejor lugar para decir lo que se debe de hacer; nuestra responsabilidad acaba posiblemente en indicar que es preciso que se aborde el tema con estructuras adecuadas. Los residentes nos sugerían la necesidad de que existiese un servicio ad-hoc con profesionales adecuados (psicólogos, asistentes sociales, abogados) que pudiera hacerse cargo, por derivación, de estas situaciones. La propuesta nos parece razonable, pero creemos que el profesional médico que atiende directamente a la mujer también debe de tener algún tipo de responsabilidad, y que esa responsabilidad debe de ser exigida por la institución. La mujer maltratada necesita una intervención delicada y empática por parte del médico que la atiende, y la derivación no puede servir de coartada para que ese espacio de intercambio se evite. Una mujer en esta situación no puede ser simplemente despachada.





dad, sino que también le compromete personalmente, en la medida en que va a actuar como parte del lado de la prueba. Hacer un parte de lesiones compromete, y no es lo mismo que el profesional sienta que es su Institución la que se compromete que sienta que es él mismo como persona el que deviene comprometido¹⁸⁷.

No te sientes respaldado. Este médico va al juicio y resulta que no lleva ni un abogado, que el INSALUD debería de haberle puesto de alguna manera. Pues, quiero decirte... Pues eso... en el fondo yo creo que retrae mucho porque tú sabes que tú vas allí un poco como en plan Cid Campeador ¿no? (R.G. 5 Pediatras)

- Creemos, efectivamente, que hay resistencias a rellenar el parte de lesiones¹⁸⁸, pero sobre todo resistencias a rellenarlo **de una determinada manera**. La propensión a rellenarlo mal desde la óptica del uso que pudiera hacer posteriormente la mujer parece evidente, y no juega en ello sólo un tema de ignorancia¹⁸⁹. El médico anticipa los problemas que una u otra forma de rellenarlo le acarrearía en un juicio, y escoge inevitablemente la fórmula menos comprometedora **para él**¹⁹⁰.

También porque es un servicio muy... dinámico. O sea, muy dinámico que... pero que tienes cuarenta que atender y entonces, claro, tampoco... Y el tema de los partes de lesiones... Pues que es muy complicado muchas veces también que los hagan en condiciones, porque varía mucho lo que... lo que se considera una lesión, un delito o una falta a la ho-

ra de un juicio, varía mucho el parte de lesiones que haga el médico. No es lo mismo poner policon-tusa que poner: contusión en tal de no sé cuántos centímetros. No se entretienen en hacer ese tipo de cosas. Que no tienen... creo que no tienen la conciencia de lo importante que es. Quiero decir, por muchos informes que haga, sociales, no sé qué... lo que es fundamental y lo que el juez va a mirar en ese momento es el parte de lesiones y, claro, "traumatismo craneoencefálico leve". Oye, pues, leve puede ser desde un golpecito aquí, desde un golpecito, bueno, que le has hecho un escáner pero que has tenido que estar 24 horas en observación. No es lo mismo. Entonces, pues... (R.G.8 Trabajadores sociales)

*El problema, en realidad, es que a nosotros... Lo único que puedes hacer... nosotros... lo que podemos hacer es desde el punto de vista legal, si hay lesiones dar el parte de lo que ha ocurrido y tal y decir que tiene..., **que tampoco puedes nunca afirmar de lo que ha sido ¿no?** (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)*

La paciente, nosotros ponemos. O sea, la paciente refiere, porque ella puede decir... misa. Tú no has estado presente. Entonces, la paciente refiere una agresión. Porque, para empezar, tú no eres quién... O sea, tú no eres un notario que diga... Luego puedes decir: tiene marcas de dedos, en brazos, de tal manera. Tiene, tal... Tú reflejas lo que le ves. (R.G.11 Residentes Urgencias)

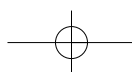
Nosotros solamente objetivamos lo que dice el paciente y si el paciente dice: "es una agresión". Pues, normalmente, lo pones en el parte judicial... Pero si el paciente te dice: "he tenido un golpe". Aunque tú sospeches, muchas veces para hacer una medicina defensiva, dices: "no lo voy a hacer no va a ser que me metan en un lío, que yo tenga que ir luego a Plaza de Castilla un día a decir... A mí en su día..." Siete meses después, cuando... (R.G.11 Residentes Urgencias)

¹⁸⁷ Posiblemente haya mucha fantasía en esta justificación; lo cual no quiere decir que no sea efectiva. A todos nos asustan los juicios, y en la fantasía parecería como si nosotros fuéramos siempre los acusados, aunque efectivamente nuestro papel sea otro. Es un problema bastante general: véase la dificultad que siempre hay en todo juicio para encontrar personas que acepten **voluntariamente** actuar como testigos.

¹⁸⁸ Lo que implicaría que no se rellenaran en todos los casos en que sería obligado. Piénsese, por ejemplo, en el caso de que la mujer no admita que la lesión es producida por maltrato. Raro será el profesional que, aunque esté convencido de que la lesión es por maltrato, se decida a rellenar el parte indicando su sospecha. Una sospecha no confirmada es demasiado comprometedora en un eventual juicio.

¹⁸⁹ Posiblemente también haya ignorancia. Es un tema en el que indudablemente debe de abundar la formación.

¹⁹⁰ Que, consecuentemente, será la menos práctica para la mujer en el juicio. A lo que se niega el médico, de forma poco consiente, es a actuar eficazmente como testigo en un eventual juicio.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

- El parte de lesiones tiende a incluirse inmediatamente en lo que se ha dado en llamar en la modernidad “*medicina defensiva*”. Un recurso de ayuda a una víctima resulta que victimiza al médico; éste tiene, como consecuencia, que defenderse frente al parte y frente a ella. Parece obvio que la Institución debería de transmitir de algún modo al sanitario la certeza de que es ella antes que él quien se está comprometiendo en el acto de rellenar un parte de lesiones y que, por tanto, frente a cualquier eventual problema judicial ella actuará **amparando** a su profesional. No observamos en la investigación ningún indicador que nos permita suponer que el profesional se sienta respaldado por la Institución en estas cuestiones¹⁹¹.

Y, simplemente, y, además, muchas veces (...) se interesan un poco por hacer una medicina defensiva ¿sabes? Porque no te quieres...

No te quieres implicar de cara al juez...

Claro. Se lo tienes que decir y ya está. Nada más. Tú no te metes en más historias. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Entonces, hacemos una medicina muy defensiva. Pero eso también son los pacientes los que se lo buscan porque es así. Te buscan las cosquillas, buscan... (R.G.11 Residentes Urgencias)

H.- Sí, pero bueno, no ha habido un curso de medicina legal, no ha habido nadie que me haya asesorado jurídicamente en muchísimas cosas, que en principio hacía mal y que ahora necesitaría o que hubiese necesitado en un momento. No hay una formación en muchos tipos, por eso también hacemos una medicina defensiva. Y si supiéramos más todavía más. A medida que ves más te das cuenta que... el paciente te da más igual, porque al final al paciente tampoco le importas, el paciente es un ente ego-

ísta que busca lo suyo, que es curarte, y si saca pasta mejor. Ese es el paciente, que con algunos te puedes llevar bien, pero (...), es el paciente que viene por un tráfico, va a decir que le pongas un collarín, porque él quiere collarín, porque sabe que después (...) Hay muchos así. (R.G.11 Residentes Urgencias)

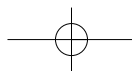
Lo cierto es que hacemos ahora cada vez más, que vamos haciendo poco a poco más informes de maltrato físico en cuanto a lesiones, presionados primero por la situación general, por la petición de la propia mujer, y luego porque el médico cada vez se ve más... con más responsabilidad (...) medicina defensiva, que mandamos a lo mejor demasiadas pruebas complementarias, pues también no nos gustaría salir un día en Telemadrid porque (no hicimos un) informe. (R.G. 4 Triangular A.P.)

- La defensa más tradicional posiblemente fuera la de hacer el parte de lesiones únicamente cuando la mujer lo demande, es decir, únicamente cuando la inacción al respecto pudiera entrañar un riesgo para el médico. Actualmente está empezando a suceder justo lo contrario: el parte de lesiones **hay que hacerlo por pura defensa personal**. Dada la notoriedad pública que ahora tienen los episodios trágicos de maltrato, donde el médico se siente más vulnerable es en la situación hipotética de no haber hecho en su momento el parte de lesiones.

Porque cómo lo atiendes, es evidente que hacer un parte judicial y enviarlo al Juzgado de Primera Instancia e intentar que no pase desapercibido, porque si te pasa desapercibido es cuando tienes ya un problema porque al final puede salir... Bueno, pues, como una negligencia... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Pero yo ahora, ahora empiezo a plantearme la duda que a veces, que a veces, que a veces, en este mo-

¹⁹¹ El problema que aludimos se reproduce en otros muchos planos, especialmente en el de los “fallos” médicos: el profesional se siente solo frente a un paciente que parecería que se objetiva como un enemigo potencial. A veces también la mujer maltratada aparece como un potencial enemigo.





mento, los profesionales tenemos, es que no sé cómo decirlo para que no se me malinterprete. Quiero decir, a veces, llegado este punto y en este momento social, que estamos viviendo con este asunto, yo creo que a veces ahora el profesional, cuando de una manera tan rápida denunciarnos yo a veces me pregunto si lo que estamos haciendo, realmente, es ver si es... la mejor manera de ayudar a esa mujer o si de alguna manera antepone nuestra protección profesional, como que es nuestra obligación y como que es lo legal y como que eso... está claro que todo el mundo nos va a avalar en esa actuación ¿no sé si me estoy explicando? Y, probablemente, en este momento a veces sea lo más fácil denunciar ¿me explico? Sobre todo cuando... "le paso el parte de lesiones a la trabajadora social..." (R.G. 8 Trabajadores sociales)

... y que vaya encaminado a la mujer, porque yo muchas de las cosas que veo es un poco lavarnos las manos. O sea que no tengamos ninguna responsabilidad penal, que no tengamos... que no hagamos una destrucción de pruebas, que no hagamos... ¿Pero la mujer qué saca con eso? (R.G. 6 Enfermería)

- Desde cierto punto de vista, la situación actual al respecto del parte de lesiones es peor que la anterior, en la cual previsiblemente se hacían pocos. Se hacen más partes de lesiones pero, previsiblemente, muchos de ellos sin contar con la aquiescencia de la víctima. Y esto es contraproducente desde dos puntos de vista: a) el parte de lesiones no consentido puede fácilmente poner en peligro a la mujer ante su agresor¹⁹²; y b) se rompe con ese parte no consentido la relación con la víctima, con la cual ya no se podrá instaurar ninguna relación terapéutica. Si se generaliza la práctica de rellenar automáticamente

partes de lesiones en el momento que sospecha que ha habido maltrato, a la larga estaremos imposibilitando que la violencia que tratamos pueda ser abordada por el sistema sanitario. Si la mujer sabe que tras su confesión puede aparecer, quiera o no, la denuncia lo más normal es que se decida a ocultar la situación. Es imposible entrar en confianza ante semejante amenaza; pero sin confianza hay pocas posibilidades de detección precoz, etc., etc.

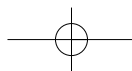
Sin llegar al caso extremo del parte de lesiones¹⁹³, cualquier acción que el sanitario piensa que puede hacer será también una acción personal, con los riesgos que entraña cualquier acción personal.

- Por ejemplo, si decide entrar en confianza con la mujer se convierte, *ipso facto*, en **cómplice** de la mujer. Y aquí hay un riesgo claro, que el maltratador se entere que está cumpliendo ese papel, que está actuando contra él. El riesgo de ser agredido por el maltratador está ahí, y no hay que pensar que no cuenta en la fantasía que se organiza para la justificación de la inacción. La pregunta ¿quién me defiende a mí? hay que considerarla, y hay que desmontar los argumentos implícitos para impedir que se instale la justificación¹⁹⁴.
- Pero lo más grave es que cualquier recomendación que el sanitario transmite a la mujer será una **recomenda-**

¹⁹² En la medida en que lo va a interpretar como una denuncia de ella contra él.

¹⁹³ Desde cierto punto de vista, es un caso extremo, pero en la mayoría de los casos es la única actuación que se realiza. Quiere decir que en el Sistema no apenas hay detección precoz y, ni siquiera conciencia de que pueda haberla; quizá nuestro análisis destinado a ver las posibilidades de la detección precoz de una imagen distorsionada al respecto de la verdadera realidad. La mujer víctima de violencia es la mujer víctima de maltrato físico en una fase avanzada: esa es prácticamente la única mujer que se ve, o que se quiere ver.

¹⁹⁴ Por ejemplo, asegurando, llegado el caso, la protección del sanitario vía Institución.





ción personal, no una recomendación profesional. La formación es, como es bastante obvio, clave al respecto: el profesional no puede tener la sensación de que aplica a la situación nada más que su sentido común, que deja de ser profesional frente a esa mujer. La intervención le coloca, efectivamente, fuera del juego al que está habituado, que es el de la recomendación desde el saber, desde la ciencia, desde una presunta “infalibilidad”. La recomendación personal está en el terreno de lo falible, es tremendamente fácil equivocarse y, como se dijo, el riesgo de equivocarse en un caso de maltrato es muy elevado¹⁹⁵.

Se cierra, por tanto, un círculo vicioso: para que el sanitario detecte y aborde el tema de la violencia debe de sentirse competente y legitimado institucionalmente para abordarlo, pero el tema le da, por un lado, tanto miedo y, por otro, lo percibe como tan indiferente a la Institución, que lo normal es que se produzca una total inhibición. Y ello debe de manifestarse también necesariamente en una fuerte inhibición hacia la formación en este tema: cuanto menos se sepa mejor, porque el no saber se convierte en justificación para la no detección y para el no abordaje práctico de la situación.

Por eso yo digo que no hay una estructura creada en los hospitales para tratar este tipo de casos. Tú tratas lo que es médicamente tratable, pero de ahí no pasas. Tú haces un parte de lesiones, como de cualquier individuo que le han zurrado, y punto final. (R.G.11 Residentes Urgencias)

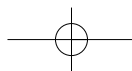
9.1.3 La conversión del maltrato en una responsabilidad sanitaria.

De alguna forma hay que romper este círculo vicioso, que lleva inevitablemente a la inacción por parte del profesional sanitario. Quizá en este punto nos hayamos dado cuenta de que el sanitario no es en modo alguno un desaprensivo, aunque, vistos los hechos de forma desnuda, la apariencia –y posiblemente la realidad- sea de una bastante generalizada denegación de auxilio. El profesional sanitario medio actúa como lo haría cualquier profesional medio de otro tipo en idénticas circunstancias. Lo que se impone como necesidad es **cambiar esas circunstancias**, y en ello es claro que la Institución es directamente responsable.

Es necesario conseguir que sanitario perciba el maltrato como una responsabilidad **médica** antes que como una responsabilidad personal; es decir, **la Institución debe de colocar al maltrato en el registro de las obligaciones que el sanitario tiene contraídas para con ella como trabajador**. La buena voluntad no es efectiva; y hay que aceptar –a pesar del modo en que hemos efectuado el análisis- que es tremendamente injusto que el sistema esté recurriendo implícitamente a la buena voluntad del sanitario para enfrentar esta situación.

Es complicado. Yo creo que además funciona un poco con voluntad. El que ponga un poco de buena voluntad, así para sopesarlo, intentarlo... pero, buena voluntad. No porque haya nada estructurado. (R.G.11 Residentes Urgencias)

¹⁹⁵ Para la mujer, está claro, pero también para uno mismo. Uno se queda para siempre con la culpabilidad de no haber acertado.





... protocolizadas y además que Sanidad sea la que tenga hecho y ya los acuerdos de... si llamas al policía local, si llamas a la guardia civil... Si llamas... Eh... Porque es que... **casi siempre es cuestión de voluntarios en el fondo**, o sea... La forma de tratar el tema va a depender todo de quién se encuentre en la puerta, de quién se encuentre en la consulta... del médico con quien tú trabajas... (R.G. 6 Enfermería)

Es que había que empezar por verla como realmente una enferma.

Es que lo es. Es que es una paciente. (R.G. 6 Enfermería)

Y, claro, que quieren que... (...) sale ahí en los papeles, en los periódicos... Pero que en el fondo no es una atención prioritaria y de hecho no te dan los medios. No te dan... Hay muy pocos cursillos. En cambio, de manejo de psicofármacos, para que ahorres, sí que te los dan los cursillos, para que no gastes. (R.G. Triangular A.P.)

Veamos que vías se vislumbran como posibles para conseguir esta conversión del maltrato en una responsabilidad médica.

Ante todo es evidente que el maltrato cursa con problemas de salud. El que las manifestaciones patológicas estén muchas veces y en su mayoría en el terreno difuso de lo psicosomático no es óbice para que no obliguen a una intervención "médica". De alguna manera debemos de actuar en la dirección de "medicalizar" la intervención sobre el maltrato, aún admitiendo que el tema da para la polémica¹⁹⁶. El razonamiento es el siguiente: si el maltrato no tiene, al menos en parte, **un tratamiento médico**, difícilmente podrá ser incorporado por el médico como una patolo-

gía, como un proceso que le incumbe directamente como profesional¹⁹⁷.

Yo creo que eso depende de la sensibilidad que tú tengas para (...) no depende de que nadie te haya enseñado, porque realmente, como dices tú, nadie te ha enseñado a tratar a estos pacientes. (R.G.11 Residentes Urgencias)

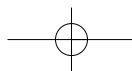
Desde fuera, desde las organizaciones e instituciones especializadas en el maltrato consultadas, se esgrimen muchas críticas al tratamiento de mujeres maltratadas con psicofármacos. Es cierto que el psicofármaco puede, llegado el caso, servir para ocultar el problema y para mantener más tiempo a la mujer en el marco de la violencia. Pero también es cierto lo contrario, que puede ofrecerle una relativa calma para meditar sobre el problema y, por tanto, para abordarlo con la necesaria distancia. Pero nuestro problema al respecto viene por otro lado: ¿cómo puede pedírsele al médico que aborde el tema de la violencia y a la vez quitarle el arsenal más familiar que tiene para abordar el problema desde su competencia?

No, pero es que a lo mejor el paciente está fatal y necesi... y realmente necesita esa la medicina. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Y después nosotras las historias las estamos viendo... ansiolíticos están tomando muchísimas mujeres. Depresiones, casi todas tienen algún proceso. Y de verdad que en casi todas es que están sufriendo violencia. Entonces a veces yo creo que habría que empezar a tener, pues un poco a dar la formación de que puedan como, no sé, como si queréis hurgar, o intentar tratarlo en la globalidad, no simplemente en el síntoma. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

¹⁹⁶ Se dirá que esta "medicalización" propuesta del maltrato ha sido en otro momento del informe criticada y que, por tanto, estaríamos cayendo en una fragante contradicción. En su momento lo que se criticó realmente es la medicalización asociada a una "psicologización" del maltrato; es decir, a la identificación, más o menos implícita, **de la causa** en un alteración previa de la normalidad psíquica de la mujer. Aquí se está hablando ya de otra cosa, de lo que hay que hacer una vez que hemos sabido desactivar en prejuicio, pero nos vemos obligados a ayudar a la mujer con los recursos sanitarios con los que se dispone.

¹⁹⁷ Es decir, siguiendo el razonamiento propuesto, como una cuestión relacionada con el deber profesional.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Los medicina familiar nos tienen medicadas a las mujeres para cronificar el maltrato (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

Y la gente tiene que entender que hay cosas que no resuelven hablando, a no ser que estemos en condiciones de hablar. Y eso a veces necesita medicación. Y si las medicaciones están tan mal vistas es porque en la profesión socio sanitaria determinados profesionales creen que medicar no es lo mismo... Es empastillar. (R.G.10 Salud Mental)

O se queda sólo en eso y si se queda sólo en eso no solucionamos. (R.G.10 Salud Mental)

Claro, es que con una presión de cincuenta pacientes en la mañana no se pueden hacer virguerías, porque no se pueden hacer. Entonces, si le manda un Lexatín, por lo menos sabe que esa mujer se lo va a tomar por la noche y va a dormir. Y a la mañana siguiente, pues va a tener el mismo problema, pero por lo menos ha dormido y ha descansado. Porque es que, claro, eso, (...) la morbilidad se incrementa en no se qué tanto por ciento si la gente no duerme, pues es que va a ser una señora maltratada, enferma y hecha polvo. (R.G. Triangular A.P.)

Sería legítimo proscribir el uso indiscriminado de psicofármacos sin detectar previamente la situación originaria que condiciona el problema: el psicofármaco como una alternativa para no saber, para no detectar¹⁹⁸. Sería legítimo y necesario proponer pautas de utilización de psicofármacos en situaciones específicas de violencia, **en combinación con entrevistas**, con actuaciones más de tipo psicológico. Pero hay que entender que el médico no es un psicólogo y que, por tanto, nunca va a poder abordar la situación desde la supuestamente óptima perspectiva de un psicólogo. El médico necesita fármacos, o algún ti-

po de actuación "causal" equivalente, para sentirse seguro –habría que determinar, en cualquier caso, si también los necesita la mujer maltratada¹⁹⁹.

Yo creo que hay las dos corrientes: el que se enfrenta al problema y hace o consigue algo y el que directamente manda el ansiolítico, que también conozco. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

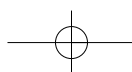
Los médicos pretenden formarse muchísimo en todo lo que son neofármacos... Están al día en todo eso, están permanentemente actualizándose, pero en el tema de violencia no les importa. No se forma nadie. No es una cosa que te demanden o que vengán a decir: "oye, dónde...", porque uno tiene amigos, tiene conocidos...Y no les interesa, pero sí que están pendientes...sea en Salud Mental o sea en Atención Primaria del último fármaco, del último neuroléctico que salió, aunque cueste cuarenta mil pesetas la caja, un neuroléctico. Que luego traen otros problemas, pero están pendientes de esto. Pero quizás el tema de violencia, de cómo afrontarlo. Evidentemente, no hay un medicamento que te ayude a entender a una mujer víctima de la violencia. Pero no se ponen al día. Parece que eso, como está diciendo ella, pues, bueno, si es un niño todavía me puedo implicar un poco pero... (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

Pues posiblemente sea una forma de empezar a concienciar a los profesionales de qué es lo que hay, que no se debe de quedar la intervención en la pura receta sino, pues, en lo que hablábamos al principio, derivarlo y haciendo algo más..., y no una simple receta médica. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

Hemos tratado el tema suponiendo que la derivación no es siempre posible porque la mujer se niega muchas veces a ella. Quizá aquí habría que establecer una definición de objetivos: ¿cuál es el sentido de la actuación del

¹⁹⁸ Y hay que recalcar que esto está sucediendo, posiblemente en mayor medida de la que los mismos profesionales tengan conciencia. Es más fácil dar un psicofármaco a una mujer deprimida que intentar buscar las causas que pudieran estar en el origen de esa depresión; lo realmente grave es dar un psicofármaco sin diagnosticar, y eso es lo que en realidad oculta el maltrato, lo que impide que se visibilice.

¹⁹⁹ Lógicamente, no estamos proponiendo que utilicen medicamentos por únicamente por un criterio subjetivo del médico. El aval del uso de psicofármacos en mujeres maltratadas debe ser avalado por otro tipo de estudios diferentes al que se está realizando.





sanitario con la mujer maltratada mientras no admita la derivación? Debería quedar claro que, más allá de la curación puntual de determinados efectos o secuelas, el objetivo –y el deber– del médico es el de conseguir que la mujer acepte finalmente la derivación; es decir, que acepte ponerse en las manos de los auténticos especialistas²⁰⁰.

Este deber –secundario– tiene también sus justificaciones de inhibición. De hecho, el que no haya –o que se perciba que no haya– un sistema de atención a la mujer maltratada eficiente y adecuado es todo un problema para que el sanitario asuma su deber de conseguir la derivación. Y aquí, nuevamente, está relativamente claro el tema, aunque también se demande información al respecto, cuando la mujer está en el disparadero de abandonar la relación; lo que no está tan claro es qué hacer cuando la mujer está en la situación anterior de simplemente aceptar que alguien especializado le ayude. En ese momento el sanitario –y no sólo el sanitario²⁰¹– ve la necesidad de algo así como una **atención psicológica**.

Pero trabajar la autoestima que se siente como una zapatilla rastrera... pues ahí a lo mejor tiene que empezar hasta en salud mental. Depende de cómo esté. (R.G.7 Matronas)

Lo normal es que el sanitario desconozca la existencia de recursos en esta dirección, lo que equivale a confirmar el prejuicio establecido de que **no hay recursos adecuados** para tratar

este tema, ni dentro ni fuera del sistema sanitario. Si no hay recursos lo normal es no avanzar en el tema, no actuar en la dirección de que la mujer cobre conciencia de que necesita ayuda especializada que no va a encontrar en ningún sitio.

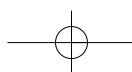
La alternativa interna de **Salud Mental** para la derivación de este tipo de pacientes está ampliamente descartada, tanto en Atención Primaria como en Urgencias. No se espera de Salud Mental un verdadero tratamiento o abordaje psicológico, sino, a lo más un tratamiento o un abordaje psiquiátrico. Es decir, los casos que supuestamente atendería Salud Mental no serían del tipo de los que presenta la mujer maltratada, a no ser que puntualmente se evidencie con claridad un auténtico desequilibrio mental. Nadie espera de Salud Mental un abordaje adecuado de la situación tal como se presenta habitualmente en la consulta. Además, desde el punto de vista de la mujer, semejante derivación sería problemática, como se nos dice desde varias instancias: supone implícitamente calificar a la mujer maltratada como loca e, indirectamente, como culpable de su propia situación.

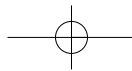
...pues, lo que tú dices. Yo prefiero que el tratamiento se lo ponga el psiquiatra y derivar directamente. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pero aparte de todo eso, el paciente no quiere ir a un psiquiatra. Prefiere que tú le... le trates y de vez en cuando, pedirles una terapia y ya está. Porque,

²⁰⁰ Hay que admitir el hecho de que los actuales especialistas en maltrato son especialistas en auxiliar al proceso de separación, al de ruptura de la relación marital. No habría, por tanto, especialistas para mujeres que realmente no estuvieran todavía (subjetiva y objetivamente) directamente en ese proceso de separación. El papel del sistema sanitario, o uno de sus papeles principales frente al maltrato estaría ahí, en el de atender adecuadamente a las necesidades de esas mujeres maltratadas que no están puestas todavía, cabría decir, en disparadero de la separación. Frente a las otras el papel del sistema sería mucho más fácil, bastaría con derivar y saber derivar. Es cierto que actualmente sólo se reconoce claramente ese segundo papel y no el primero.

²⁰¹ Desde las instituciones externas comprometidas con el maltrato también parece estar creándose la conciencia de la necesidad de servicios de este tipo que complementen la oferta de servicios de urgencia.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

generalmente, yo pienso que hay gente que lo necesita es que le escuches o algo así con tal... un poquito más. Entonces, a poquito que tú le escuches, que lo puedas escuchar no quiere conocer a otro médico. No quiere explicarle a nadie sus problemas. Es... Yo en mi área, desde luego, no suelo derivar. No hay gente... Y hay buenos psiquiatras pero yo creo que ninguno domina este campo, ni va hacer mucho (...) (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

A Salud Mental es que no lo vemos mucho ¿no? (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Eso mismo que acabas de contar que al final hacer eso es porque están habituados a mandarle al psiquiatra, porque él no ha querido hacer nada, y el psiquiatra es lo que hace, porque ellos dirán que nosotros hacemos eso... Pero van los pacientes al psiquiatra y les ves desde el primer día... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pastillas no son lo que necesitan. Lo que necesita es una terapia. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Entonces... lo digo porque cuando planteáis lo de Salud Mental, bueno, yo qué se, dado como está el tema ahora Salud Mental, de verdad que no me parece el lugar más idóneo, en absoluto, entonces... (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

Lo que pasa que los centros de Salud Mental es cierto que no están preparados para asumir nada de violencia y el tema ya se mez..., sencillamente es atención cada 30 días o 40, receta médica... (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

Porque Salud Mental en este momento lo que está haciendo es un tratamiento farmacológico y seguimiento farmacológico. Y ahí nos quedamos. (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

No te hacen terapia... más de los esquizofrénicos o depresiones muy profundas... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Y un psiquiatra, por ejemplo, (...) Tú a un paciente psiquiátrico, es decir, tienes a un paciente con una

depresión y tal, y tú ves que hay un trasfondo ahí y tal, importante y tal, para que él vaya al psicólogo tienes que mandarle al psiquiatra un mes. Dos meses para ir al psicólogo ¿Y por qué no tu directamente al psicólogo? Por qué no. Por qué no. Si tú te conoces... el problema lo conoces mucho mejor que el psiquiatra, porque llevas conviviendo con esa familia quince o veinte años. Entonces, ellos te cuentan, te captan y tú haces un poco de mediador pero tú no puedes hacer ninguna otra cosa más. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Al psiquiatra van los esquizofrénicos, a brotes...

Son más agudos, estos son más crónicos. El psiquiatra en la urgencia está para ver cosas agudas, brotes psicóticos o tal. (R.G.11 Residentes Urgencias)

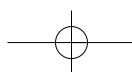
Hombre, y más que una asistencia psiquiátrica y de urgencia, yo creo que es una asistencia psicológica y psiquiátrica continuada, es un tratamiento más a largo plazo. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Pero vamos, yo creo que hay veces que se deriva a salud mental y las señoras son devueltas en algunas ocasiones. Porque a lo mejor no responde o no tiene clara lo que tiene, que ahora lo que tienden es más bien es a patologías... priorizan mucho, patologías psiquiátricas o psicológicas. (R.G. Triangular A.P.)

El grupo realizado con psiquiatras y psicólogos de Salud Mental viene en gran medida a confirmarnos en ese juicio. Parece ser muy habitual que Salud Mental devuelva rápidamente los casos derivados desde Atención Primaria en los cuales no haya sido posible diagnosticar una enfermedad mental. A la mujer maltratada, como tal, no se la reconoce como paciente de la especialidad y, por tanto, se la reenvía a Atención Primaria²⁰².

Aparte de porque no escuchamos este tipo de situación, por los fármacos. "Si es que les dedicáis un cuarto de hora y les llenáis de fármacos y luego vie-

²⁰² Nótese la contradicción que se produce entre la tendencia social significativa, aludida anteriormente, a psicologizar el maltrato y esta tendencia de los propios psicólogos y psiquiatras a no considerar el tema como de su competencia. En la práctica se convierte a la mujer en, de algún modo, enferma mental, y después se le niega el recurso a ser tratada como tal.





nen..." Porque en la casa de la mujer hay una psicóloga que hace grupos y tal... No se dedican sólo a situaciones de violencia ¿no? Sino a otro tipo de intervenciones. Y entonces dice: "Es que no puedo trabajar con ellas. Están totalmente drogadas". Y además lo dice así ¿no? Y, claro, le devuelves: "es que estamos hasta arriba. Es que la demanda... Es que no sé qué..." (R.G.10 Salud Mental)

- Ciertamente es que en dicho grupo se abrió todo un debate, muy interesante, de si esta denegación de competencia era legítima o no. En el campo de las prácticas reales está claro, el maltrato en sí mismo no es competencia de Salud Mental, a no ser que curse con una patología definida psicológicamente. Pero en el campo de las prácticas ideales no está tan claro, no es tan fácil establecer ese cierre sobre lo psicológico; pero, de alguna forma, el no efectuarlo haría que los servicios de Salud Mental se colapsasen: **no hay recursos** para abordar esas situaciones a medio camino entre lo psicológico y lo social²⁰³.

Y yo creo que una persona que tú detectas, con las preguntas que has hecho, que es una persona maltratada, que tiene no se cuánto y no sé qué... y vas empezando... iniciando un trabajo, pues, eso, de recuperar la autoestima, de que sea capaz de tomar decisiones, de que tenga habilidades sociales, de... de un montón de cosas. Pero, claro, si yo la tengo que ver dentro de un mes, pues es como que... ¿cómo haces un trabajo terapéutico ahí? (R.G.10 Salud Mental)

- La vía habitual por la cual Salud Mental se encuentra con situaciones de maltrato parece ser más indirecta. La paciente le viene por un problema psicológico y en la consulta se descu-

bre que lo que hay por detrás es un problema de maltrato²⁰⁴. El que se aborde o no el caso como de la propia competencia depende aparentemente de la valoración de la gravedad de las secuelas psicológicas asociadas. Aún así, hay que admitir que no se puede abordar el tratamiento del caso sólo desde la secuela psicológica, como si el contexto de maltrato no existiera. El psicólogo o el psiquiatra se sienten, como cualquier otro sanitario, desorientados y obligados a intervenir **desde la improvisación**, en el marco de una situación que les compromete personalmente. El cómo lo hagan dependerá, por tanto, más de la empatía y del compromiso ideológico-personal ante el tema o ante la persona en cuestión²⁰⁵ que del hecho de ser psicólogos o psiquiatras.

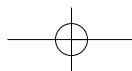
O sea que si tú tienes que ver 15 al día al final terminas haciendo fundamentalmente tratamiento dirigidos para síntomas sin patología y todo lo demás... y no puedes... no tienes tiempo para más. No tienes tiempo para más, porque de alguna manera un poco, como esto supongo que... si sirve para algo será, pues, para decir: "no se puede hacer..." Por supuesto no se puede hacer medicina sin escuchar a los pacientes, pero, por supuesto, mucho menos salud mental sin tener tiempo para escucharlos. (R.G.10 Salud Mental)

- Ciertamente, el psicólogo puede estar más cerca, por formación, que el psiquiatra de considerar el maltrato dentro del deber profesional. No obstante, en ambos casos no hemos observado demasiada potencia a semejante eventual inclusión, en gran medida porque el marco institucional, como

²⁰³ Si se abriera la puerta al maltrato habría que abrirla también a otras muchas situaciones sociales que cursan con malestar psicológico. Está claro que la especialidad no está preparada para ello.

²⁰⁴ La vía puede actuar también en el caso de la atención al niño; desde ahí puede detectarse no sólo un maltrato infantil, sino también secuelas de un maltrato de pareja.

²⁰⁵ Ver capítulo 2 de esta segunda parte.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

sucedía con el resto de profesionales sanitarios, no parece que sugiera ni que favorezca el ir por ese camino. Difícilmente se considerarán competentes si la Institución no les señala su competencia.

La propensión a no asumir el caso como propio es general, de todas las especialidades médicas²⁰⁶. Parecería como si el caso no fuera de nadie; pero si hay que asignar responsabilidades, lo más habitual es que se asignen a Atención Primaria y a la figura del médico de familia. En el marco de la especialización médica no cabe abordar una problemática que no es estrictamente biológica²⁰⁷.

Sí, hombre, yo creo que siempre... la urgencia recibe los casos agudos de... Pero lo que es el día a día de lo que es la que le van pegando y eso... Pues, hombre, yo me imagino que es el médico de cabecera. Claro. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Sí, y a lo mejor había que enseñar un poco en la atención primaria a detectar esos casos ¿no? y aprender cómo se comportan estas mujeres...

Sí, pero si tú tienes media hora en la atención primaria tienen tres minutos. (R.G.11 Residentes Urgencias)

- Creemos que la propuesta de “detectar y derivar” es la más adecuada para el conjunto de especialidades y que el lugar de derivación debería de ser Atención Primaria, por lo menos en aquellos casos en que la mujer no tiene perfectamente clara y decidida la solución de la separación²⁰⁸

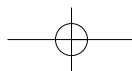
- Hay razones para excluir a las especialidades de la obligación de “tratar” el maltrato, más allá de la eventual negativa corporativa a asumir esa función: la relación con el profesional en este caso no es una relación estable, y sería absurdo instaurar un tratamiento sin la base previa de un posible acceso regular en la cual instaurar una relación “terapéutica” de confianza.
- No obstante, debe quedar claro que nuestra propuesta a las especialidades no tiene nada que ver con lo que están haciendo ahora. Ahora ni se considera una obligación detectar, ni se considera una obligación derivar al médico general. Si hay detección, esta detección es puramente casual (por confianza o por síntomas, normalmente sólo físicos); y en ningún caso hemos observado ni derivación ni comunicación al médico general: el caso detectado simplemente se pierde. La Institución debe de asignar, por tanto, ambas responsabilidades a los especialistas, y formarles fundamentalmente en el terreno de la detección (síntomas, modos de realizar una entrevista de detección y elaboración de un diagnóstico de sospecha).
- El que exista un cauce prescrito de derivación dentro del sistema es fundamental para que el especialista se aplique en la detección e interiorice su acción como un deber profesional²⁰⁹. La justificación más fuerte para la inacción, según hemos visto, es el no

²⁰⁶ Este juicio no está directamente contrastado, porque sólo hemos considerado en la investigación las especialidades de ginecología y Salud Mental. No obstante, es fácil deducir que si la asunción no se produce en las especialidades que cabe considerar a priori más cercanas, difícilmente se va a producir en las que cabe considerar a priori como más lejanas.

²⁰⁷ O psíquica, en el contexto de psicólogos y psiquiatras.

²⁰⁸ En ese caso serían las organizaciones e instituciones especializadas en el maltrato las adecuadas para la derivación.

²⁰⁹ No sólo personal; ya hemos visto que por la vía de la responsabilización personal se consiguen pocas cosas.





saber qué hacer con el caso. Pues bien, tendría que quedar claro que el especialista debería de derivar el caso al médico de familia. Incluso en la situación en que la mujer no acepte ser derivada, el caso debe de ser comunicado, debe de entrar a formar parte de la historia clínica de esa mujer²¹⁰.

Quedémonos, por tanto, en Atención Primaria. ¿Cómo funciona aquí el tema de la derivación? Aparentemente de la misma manera: hay que buscar a alguien competente, porque ellos no se sienten competentes. Como se ve, estamos proponiendo para la derivación a un profesional que en modo alguno se siente competente para recibirla.

Realmente, los profesionales de Atención Primaria tampoco saben qué hacer en muchas de estas situaciones; y lo más problemático, como dijimos, no es tanto que no sepan, como el estar convencidos que no hay una posibilidad de derivación adecuada. Ello les pone, como al resto de profesionales, en la situación comprometida dar recomendaciones a la mujer **desde la propia ignorancia**. La justificación para no hacer nada, para desentenderse de la paciente, es en este caso bastante clara.

Entonces, con esta mujer ¿tenemos opciones ahora mismo de derivarla... de derivarla o hacer nosotros..., aunque la derivemos luego va volver a nosotros y luego, una vez que vuelva a nosotros, qué hacemos con ella? Porque los problemas siguen siendo los mismos: económicos, de vivienda, de hijos... de no sé qué... y que el problema es latente. Entonces ¿ahí qué podemos hacer nosotros como médicos o el personal sanitario en general: médicos, enfermeros e incluso trabajadores sociales? Porque con los trabajadores sociales, indudablemente, estamos en las mismas, tú le remites, él le da la información de dónde tiene que ir, pero luego soluciones,

desgraciadamente, muchas veces pocas y ninguna de fuera, como lo que hemos comentado. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Vamos, todos hemos oído, sabemos que existen el centro de la mujer y tal, los (...) de la Comunidad de Madrid, otros privados y tal. Pero yo no se muy bien cómo se acceden a esos. O sea, si a ti hoy en día, mañana, te pega tu tal, no te hace suficientes heridas como para que tengas que ir a un hospital y quieres pedir ayuda a un centro de éstos que sabemos que existen, ¿cómo lo localizas? Pues no lo se, porque yo no se si vendrá en el periódico o qué, pero desde luego que no son muy accesibles eso está clarísimo, porque nadie los conoce. Todo el mundo sabe el 112... (R.G.11 Residentes Urgencias)

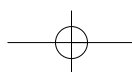
Bueno, de todas las formas, también, es que si detectas un caso de esos, si consigues que se te abran y no le puedes dar más solución que... "bueno, pues, ahora vete de tu casa". (R.G. 5 Pediatras)

Que el médico tenga a su disposición todas las alternativas posibles de derivación es, aparentemente, fundamental. Necesita constatar que existe una cobertura **adecuada** a la naturaleza de los problemas con los que prevé que se puede encontrar. El ideal expresado explícitamente con más asiduidad sería que el propio sistema sanitario dispusiese de una alternativa propia de derivación hacia la figura del **psicólogo especializado**.

... ¿y en qué área (de Salud), en qué área tenemos opción de mandar a un psicólogo directamente? En la nuestra por lo menos no. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pero a lo mejor modificar las ideas de los equipos de Atención Primaria. Es decir, igual que están los médicos, los enfermeros y los trabajadores sociales, se podría poner a un psicólogo también dentro del equipo y se dediquen a una serie de... No a estos problemas, a muchos más problemas que puedan surgir, a problemas de escolarización, a problemas

²¹⁰ Desconocemos si la propuesta puede llegar a tener algún tipo de complicación de tipo ético. No es nuestra competencia el dilucidarlo, sólo el proponer que se estudie esa posibilidad desde ese punto de vista.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

de (...). O sea, a muchísimos problemas que los vemos día a día, pero que, indudablemente (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Y es fundamental, es que a mí me parece mucho más importante en éste momento al cabo de los años de estar trabajando con mujeres, me parece mucho más importante el apoyo psicológico que la orientación jurídica, porque al final la orientación jurídica (...) (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

- Es mucho más secundario –aunque es obvio que no sobra– que el médico sepa a donde derivar casos más “urgentes”; es decir, aquellos en que la mujer demanda directamente una ayuda. Es obvio que aquí el médico, si no sabe, tratará de buscar ese saber inmediatamente. El problema real está en qué hacer si el médico se implica en lo que se le demanda, en la detección y el tratamiento precoz de situaciones de maltrato. Y para ello hay que admitir que existen muy pocas alternativas adecuadas de derivación.

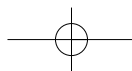
Que el psicólogo apareciera **integrado en el equipo de Atención Primaria** parecería una situación ideal, no sólo en referencia a esta problemática, sino también a otras muchas “similares” en relación al límite de la competencia y del deber puramente sanitario. La ayuda psicológica para sujetos, en principio, normales desde el punto de vista psicológico cada vez se impone más como demanda de los propios pacientes de Atención Primaria; y es evidente que el sanitario no sabe qué hacer cuando escucha esa demanda o percibe esa necesidad.

La aludida derivación a Salud Mental tiene el mismo sentido; el problema es que se constata que Salud Mental no asume ese papel y que muy usualmente el propio paciente tampoco: necesitar ayuda psicológica no es exactamente lo mismo que estar loco, y es difícil aceptar una derivación que tiende a significar esa condición. La mayor cercanía del psicólogo a la Atención Primaria reduciría este problema que prácticamente inhabilita a Salud Mental como cauce de derivación en el caso del maltrato, pero también en otros muchos casos.

Descartada Salud Mental, y asumido que el psicólogo no es una figura que en la práctica se pueda considerar, **el trabajador social** es quien aparece con fuerza para operar como eventual canal de derivación. De hecho, parece ser muy normal que los casos que aparecen intenten derivarse a esa figura, que no está claro, por ahora, que tenga ni la formación ni la capacidad práctica para abordar esta problemática en el sentido que venimos proponiendo.

Y además creo que tampoco hay un apoyo demasiado eficaz. No sé si del centro hospitalario o de..., en general, de los servicios sociales. Porque, realmente, muchas veces lo único que se hace cuando viene la asistente social es decirle: “bueno, pues, aquí le dejo el número de teléfono de una casa a la que puede llamar o de un centro al que puede ir mañana por la mañana”. Pero no hay, realmente, a lo mejor, una persona que llegue esa noche al hospital y la recoja y la lleve a otro sitio a donde pueda pasar la noche, la dé de cenar, esté en ella, hable con ella... (R.G.11 Residentes Urgencias)

Y aunque tengas asistente social, si este asistente social lo único que te proporciona es un número de





teléfono o una dirección a la que tú puedes ir...

La hace una fotocopia...

A las tres de la mañana no va a llamar a un albergue: "oye ¿tenéis un sitio?"

Claro.

Ya.

Entonces, pues, tampoco te apaña mucho, aunque tengas una asistente social. (R.G.11 Residentes Urgencias)

Nos explicamos. El trabajador social prácticamente actúa en el marco del sistema sanitario como una figura intermediaria, o de nexo con el sistema de servicios sociales; una suerte de "sucursal" de servicios sociales ubicada en Atención Primaria y, también, en el hospital. No es, por tanto, fácilmente reconocido como un auténtico agente sanitario, con lo cual aparece frecuentemente simbólica y prácticamente desagregado el propio equipo de Atención Primaria. En ese contexto, derivar a la mujer maltratada al trabajador social es una forma también simbólica y práctica de sacarla fuera del sistema sanitario; es decir, de desembarazarse de ella. El acto tendría la misma significación que decirle "mire usted, váyase a los servicios sociales, que este no es un asunto sanitario"²¹¹.

El trabajador social yo creo que además ahora mismo está desbordado por otro problema también psicosocial, que es el problema de la tercera edad, ancianos solos, ancianos sin recursos, ancianos que están ingresados en el hospital y no tienen dónde ir cuando les den el alta. Entonces eso les desborda absolutamente. Yo creo que esto no hace más que incrementar su problema y como además, como tú

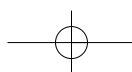
dices: "no, pues si quiere ir a un piso y tal...". Yo creo que ahí no... El trabajador social sería un elemento más pero no creo que importante. **El trabajador social muchas veces es un seguidor de algo donde puede ir, donde puede estar... pero no es el mediador que a lo mejor responde más a la figura de un psicólogo, de un psicoanalista...** de un médico social. Yo creo que el trabajador social, aún siendo importante, en este caso yo creo que está muy desbordado, y es un elemento más... (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Entonces, nosotros lo que hacemos es llamar a la asistente social, pero como siempre hay problemas, hay no sé que... por las noches nunca está, los fines de semana nunca están, cuando es, realmente, pasan los casos. (R.G. 6 Enfermería)

A la gente... yo creo que... los profesionales muchas veces en estas situaciones también les cuesta implicarse. Entonces, cuando no saben qué hacer o no saben manejar alguna situación determinada, pues... yo por la experiencia que tengo, por la experiencia que tenemos nosotras en el hospital es que van directamente a nosotros. En urgencias llega una mujer que ha sido agredida por su pareja. Entonces, pues, bueno, llega, la atienden y hay veces que te llaman desde admisión, que están dando los datos, y le preguntan qué le ha pasado, a ver si es judicial o no, y dice: "pues es que me ha pegado mi marido". Entonces, ya lo mejor directamente te llaman de admisión. Otras veces no te enteras hasta que no le van a dar al alta y a lo mejor se lo ha dicho al médico o el médico ya lo sabe desde dos horas y no te lo dice hasta que... "oye que le doy el alta... he visto a esta mujer y dice que le ha pegado su marido". Entonces ya te llama a ti... Bueno, quiero decir que en ese sentido ya se desentienden ¿no? Y... creo que cuesta... o sea que sí que... vamos, por la experiencia que tenemos nosotros, es directamente "eso es para ti y tú ya verás lo que haces con ella". En la experiencia que tenemos nosotros desde urgencias. (R.G.8 Trabajadores sociales)

Cuando hablamos de temas... o sea, en este caso, como estamos hablando de malos tratos, pero cuando dicen, "Malos tratos, la trabajadora social". "Pero narices, ¿por qué yo, si tú también lo puedes hacer, y lo puedes hacer fenomenal, puedes hacer el mis-

²¹² Recuérdese el símil propuesto anteriormente para explicar lo de las justificaciones del auxilio al accidentado en carretera. El proceso mental ideal consistía en conseguir convencerse que otros están en mejores condiciones que uno mismo para auxiliar a la víctima; consiguiéndolo uno se consideraría en cierto modo relevado del deber de auxilio. Posiblemente, la derivación frecuente al trabajador social tenga en muchos casos un sentido muy similar.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

mo trabajo que puedo hacer yo, porque yo en la escuela yo me he formado, pero no solamente para malos tratos” Yo no soy especialista en malos tratos, yo creo que... yo no se, se puede trabajar, no, pero es el tema de que muchas veces, es lo que dicen, lo (odio), o sea, nos derivan los casos, ala, como el cajón de sastre, todo para ti. Pues no, pues no (...) (R.G. 8 Trabajadores sociales)

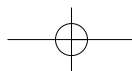
Yo cojo el camino más lógico, es lo lógico, si detecto, pues puedo intentar, y además se lo digo a la madre “porque no habla con la trabajadora social” “creo que estás pasando un mal momento” “creo que ella te podría ayudar”, a lo mejor, si tiene problemas, a lo mejor para la organización de su casa, que es un poco, como... muchas veces esta gente no tiene recursos... “¿Estáis con un problema económico importante?” “Pues sí, estamos muy mal o cobramos el IMI”. Bueno, pues, entonces, vamos a ver si la trabajadora social le puede ayudar un poco. (R.G. 5 Pediatras)

Estamos proponiendo que el maltrato se “medicalice”, o que se “sanitarice”. No parece un buen camino para conseguirlo proponer sin más al trabajador social como la figura adecuada de derivación. Semejante posibilidad de derivación para lo único que va a servir —y para lo único que está sirviendo realmente— es para relevar de la responsabilidad de actuación al sanitario. En el fondo, la derivación a Salud Mental o la propuesta de un psicólogo en el equipo tienen la misma significación: encontrar una forma de desembarazarse de un problema que implica moralmente en el terreno personal, que produce inseguridad, que crea sensación de riesgo, etc., etc.

- Antes de continuar con la argumentación, quisiéramos indicar la evidencia de que la derivación al trabajador social es totalmente contraproducente

en muchos de los casos. Puede ser que sea la solución más adecuada cuando la mujer esté pidiendo directamente que se la auxilie en un proceso de separación. En ese caso el trabajador social es muy probable que esté en mejores condiciones, por sus conocimientos, de auxiliar a la mujer que cualquier otro sanitario, sea en atención primaria, sea en atención especializada.

- Si la mujer no está todavía en semejante proceso, ¿qué le puede ofrecer el trabajador social? Es cierto que en tales casos el trabajador social podría asumir una nueva función, que hasta ahora no aparece claramente reconocida por el sistema, la de trabajar el proceso de concienciación de la mujer. Hemos encontrado trabajadores sociales que lo hacen; pero hemos visto que lo hacen, cuando lo hacen, por implicación ideológica o personal con el tema, no porque sientan que ese es un deber institucional que se les impone. El resultado es que unos hacen cosas y otros no: no estamos ante el lugar adecuado, sino ante otro lugar más, en el cual es potestad del trabajador implicarse o no implicarse con el problema de la persona.
- La derivación en esos casos es contraproducente por lo que tiene de frustración de la demanda de la mujer expresada en la confidencia. Si mujer decide contarle a su médico de familia su desgracia y recibe como contestación que vaya al trabajador so-





cial, está claro que la respuesta es ampliamente impertinente. La mujer sentirá que al médico le importa poco su problema y sentirá también que se la estigmatiza por su situación. Los servicios sociales son para la mayoría de la gente un lugar de auxilio a la marginalidad; la mujer maltratada no tiene por qué ser y por qué sentirse una persona marginal²¹². Lo normal —y en ese sentido nos informan muchos de los protagonistas— es que tras ese intento de derivación **se pierda el caso**: la mujer no irá al trabajador social y, posiblemente, tampoco vuelva a ir a su médico.

El derivarles a la asistencia social y seguramente el 50% se pierde en el camino porque no llegan a citarles nunca. El otro 25% no les convence porque tienen menos trato que conmigo. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Si pretendemos, como parece razonable, que Atención Primaria se implique en la detección precoz y en el abordaje precoz del maltrato no hay otro camino que romper con esta propensión a la derivación. Hay que decirle al sanitario que es su responsabilidad detectar y abordar el tema, que el caso le vincula, más allá que cómo persona, **como sanitario**. No valen las desimplicaciones, está ante un problema de salud ante el cual tiene el deber de actuar sanitariamente. La Institución es la que debe de indicar ese deber, no hay otro camino.

Lógicamente, para que el sanitario pueda abordar el tema la Institución

debe de proveer de los medios para abordarlo. Vamos a exponer, un tanto desordenadamente, aquellos medios que consideramos, a partir de la investigación, imprescindibles para que se pueda abordar el tema del maltrato desde Atención Primaria.

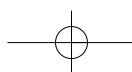
Ante todo, la detección y la atención al maltrato deben de figurar explícitamente en **la cartera de servicios**. Quiere ello decir que tiene que aparecer como un objetivo explícito a conseguir susceptible de ser evaluado. Insistimos, el profesional se va a evadir si se siente responsabilizado sólo personalmente.

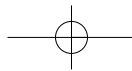
Pues, claro. Y además dentro de la cartera de servicios tampoco te lo esto... y ya sabemos cómo funcionamos todos con la cartera de servicios. Lo que no está escrito no lo hacemos. No tenemos por qué preguntar más allá de donde no me lo piden. Y, sin embargo, están hechos los... Me lo he traído por si querías... Ahora, yo me imagino que todas las Áreas tendrán alguno hecho. (R.G.7 Matronas)

- **La formación**, está claro, que es imprescindible. Semejante formación debería de tener fundamentalmente dos objetivos generales: a) el de diluir los prejuicios que lleva aparejado el tema en lo personal y b) el de sanitarizar el tema, el de aprender a reconocerlo en su dimensión de problema sanitario. En tanto que problema sanitario, el profesional debe de aprender todo lo necesario para diagnosticar y tratar precozmente el maltrato.

Hombre, es decir, yo propondría, a nivel nuestro, pues, nosotros necesitaríamos formación en el manejo de este patología... porque si ya la medicalizamos es pa-

²¹² Ya vimos en otro momento que hay una tendencia ideológica acusada a "marginalizar" el maltrato, a considerarlo como un efecto de la marginalidad. Este prejuicio es lo que hace que la derivación al trabajador social se considere natural. Es evidente, como ya se ha dicho, que hay que trabajar este prejuicio en la formación y en la comunicación.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

tología o de esta problemática social o cómo queramos llamarla. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

- **La investigación clínica** acerca de la eficacia y eficiencia los métodos de diagnóstico y tratamiento precoz deberían favorecerse, de generalizarse y divulgarse.
- **Imponer pautas o protocolos de trabajo en equipo.** El trabajo en equipo creemos que es la alternativa más razonable a la pauta actual de la derivación, o a la alternativa, también actual, de la acción individual más o menos comprometida. Compartir la responsabilidad ayuda a abordar el tema con menos angustia, a aumentar la cobertura de actuación (varios profesionales actuarían a la vez sobre el caso), a aprovechar los distintos saberes, capacidades y competencias²¹³, y –lo que posiblemente sea más importante– a reducir los efectos de los prejuicios ideológicos y personales²¹⁴.

Claro, yo es lo que veo. Entonces, no sé... a lo mejor... ahí también... te quedas un poco a veces más pasivo de lo que nos debería corresponder, porque, claro, no sabes, díganos, en qué estructura... de qué estructura formas pieza...

Sí, y eso..., eso te genera por lo menos quietud ¿no? (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Eso es verdad ¿eh? porque una cosa es lo que yo he empezado a decir: bueno, es que no saben manejar. Y es verdad, es que no saben. Y ellos mismos te lo dicen: "es que yo no sé cómo manejar esta situación". Entonces, a mí lo que me parece fundamental es la coordinación. O sea, para todos los estamentos y organismos... Es decir, desde el hospital que pasa la señora con un moratón en la cara, la compañera de hospital, decir: "oye, mira, ha estado en el hospi-

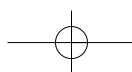
tal, no sé qué, no sé cuántos... sospechamos y tal y cual..." Eso es fundamental, porque luego, lo que decía la compañera, de hacer este trabajo de continuidad y de seguimiento es fundamental. Y luego allí, en el propio centro de salud, las ínter consultas entre los compañeros, desde la enfermera... el médico... el trabajador social... Decir: oye ¿qué queremos hacer? O ¿qué es bueno...? Yo siempre digo que no es lo que queremos hacer sino qué es bueno para esa persona. Porque nosotros, cuestionarios, pues, nos los tenemos que trabajar cada una en nuestro... en nuestra formación, en nuestro puesto de trabajo y punto. Y, sin embargo ¿qué es lo que necesitan ellas? Es que... Hablamos, hablamos... y a veces es que no tenemos en cuenta a la persona afectada. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Y también un poco lo que, lo que yo he podido ver en mi centro es, lo que se ha planteado, es yo incluirme en la entrevista. El plantearle: "mira, esto es una problemática social... ¿qué le parece si el trabajador viene a la entrevista que vamos a tener usted y yo en la última parte?" y así a lo mejor... para poder enganchar ¿no? (R.G. 8 Trabajadores sociales)

Yo lo que quería comentar es una cosa, que los trabajadores sociales no somos especialistas en malos tratos. Yo creo que somos todos profesionales, y deberíamos serlo, el médico y todo el mundo. Y yo estoy, dale que te pego, con el médico, pero es que es verdad, porque es donde se captan y donde llegan, lo que tú estás diciendo, Olga, a la consulta, y que luego te derivan. Entonces, si el médico está formado, y se ha formado en el tema de malos tratos, sabrá detectar muy bien y derivar... Que no hace falta que nos lo manden a nosotros para derivarlo a servicios sociales, o vuelta a empezar con el tema de la casa de acogida y todo ese tema, ¿me entiendes?, sino que yo creo que debemos de ser todos, o sea, me da lo mismo que sea médico o enfermera, lo que sea. Entonces, si tenemos una buena formación los profesionales, eh, entendemos el papel de la mujer maltratada, le damos la información, la apoyamos y la ayudamos para que denuncie, y tenemos (...) yo creo que mejoraremos la situación. (R.G. 8 Trabajadores sociales)

²¹³ Más allá del tópico, la interdisciplinariedad es obligada en un tema de esta naturaleza. La figura del trabajador social, hasta ahora, como dijimos, ampliamente desintegrada del equipo, es clave, puesto que acumula saberes y experiencias que otros sanitarios poseen en débil medida, y que son sumamente necesarios para abordar un tema de este tipo.

²¹⁴ Creemos que en este punto del informe se habrá caído en la cuenta de que **el riesgo de actuar mal** es en este asunto muy elevado, dado que es un tema en el que, inevitablemente, se proyectan con facilidad prejuicios y fantasmas personales. El contraste crítico de las actuaciones con otros profesionales es posiblemente la mejor forma para evitar que operen de forma poco consciente.





- La Institución también debe de **proveer recursos** para actuar con estas mujeres en Atención Primaria. Indudablemente, tener un psicólogo a disposición es un recurso interesante, siempre que el psicólogo no se ins-taure como un profesional de derivación, sino como un elemento más de la actuación en equipo. En otro momento²¹⁵ hemos hecho notar la eficacia de los **grupos de mujeres** para el abordaje temprano del maltrato; no aludíamos a grupos de mujeres maltratadas, sino a grupos cuya temática y dinámica permitieran a las mujeres maltratadas compartir sus experiencias con otras mujeres y cobrar conciencia de la situación en que viven. Grupos inespecíficos de educación sanitaria o promoción de la salud como, por ejemplo, los implicados usualmente en programas de menopausia, de autoestima, de resolución de conflictos familiares, de abordaje del síndrome del ama de casa, etc. Este tipo de grupos que realizan con relativa asiduidad en los centros de salud, a iniciativa de profesionales diversos y con pretextos también de lo más diversos. La propuesta es la de que tales grupos se institucionalicen y se conviertan en un servicio estable al que recurrir, aparte de por otras situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por casos de detección precoz de maltrato.

Yo lo que hago, que si a veces me han derivado casos, y ahí al final lo que hemos hecho, a través de grupos que hemos hecho en el centro, pues ellas han verbalizado cosas, y se han sentido como... bueno, con ganas de hablar. Y entonces a través de esos grupos que se iniciaron, pues porque había mucha somatización, había mucho tiempo que estaban ellas solas y tenían... bueno, lo que es el sín-

drome del ama de casa. Pues después de un tiempo te has ido dando cuenta que muchas de esas señoras que iban con el síndrome de ama de casa (...) casos de maltrato. (R.G. Triangular A.P.)

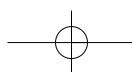
Pues a lo mejor es (...) yo al menos lo llevamos haciendo ya unos cuantos años, lo del síndrome de ama de casa y las frecuentadoras, se hacen grupos normalmente en los centros, ¿no?, educación para la salud, que te viene la enfermera, te viene, cuando puede el médico, la trabajadora social. Y luego ya nosotras solemos hacer grupos (...) de trabajo social con problemática social. Y entonces ahí pues ya insisto mucho en eso, porque yo a veces (...) con compañeros, y entonces pues sí, algunos me han derivado casos, y se han hecho grupos. Entonces eso es una forma, una alternativa (...) tratamiento y a la vez (...), y que si ellas quieren pueden acudir, es una oferta que se puede hacer. (R.G. Triangular A.P.)

Si Atención Primaria se “especializa” en la detección y el abordaje sanitario precoces del maltrato, debería de comunicar a su público potencial ese servicio. Es obligado sugerir a la mujer maltratada que puede contar con su médico, con su enfermera, etc. su problema, y esperar de él una ayuda al respecto. Está claro que esa comunicación es también necesaria para que el profesional sanitario se implique también en la detección y el abordaje del maltrato.

9.2 Las imposibilidades del yo ideal.

Anteriormente nos arriesgamos a establecer la hipótesis de que el maltrato pudiera ser un tema grato, desde una óptica narcisista, para, particularmente, los profesionales sanitarios de Atención Primaria. Es claro que la tesis contradice actitudes percibidas globalmente desde fuera; no obstante, hay que aceptar que en determinados ca-

²¹⁵ Ver epígrafe 7.5.3.





sos se evidencia la existencia de sanitarios realmente interesados e implicados en el tema. La desidia —que inevitablemente se impone ante la consideración de un deber externo— no es general, hay alguna vía para la implicación desde dentro, desde el imaginario profesional del propio trabajador sanitario.

Como vimos, condición necesaria, pero no suficiente, es la empatía y el compromiso previos hacia el tema. Anteriormente se han identificado ya desde ese punto de vista situaciones previas favorecedoras (fundamentalmente, ser mujer y feminista) y situaciones previas entorpecedoras (ser hombre y/o antifeminista). No obstante, hay que aceptar que el tema tiene potencialmente una fuerte carga facilitadora de la adhesión empática: es muy difícil, sea cual sea el punto de partida, no sentir indignación cuando se bucea en las historias del maltrato doméstico.

Una vez abierta la puerta de la empatía es relativamente fácil que el profesional de Atención Primaria se implique en el tema, si consigue efectivamente percibirlo como un tema médico. La posibilidad, por tanto, de encontrar adeptos juega a favor de la inclusión de la violencia de género como temática profesional.

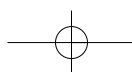
- Ciertamente es que hay déficit desde el punto de vista de la sanción académica, la inclusión del maltrato como patología dentro de los currículos de medicina o de enfermería en el ámbito de la universidad y de la comunidad científica. Falta que sea efectivamente considerada como una patología diferenciada. Pero ya van aparecien-

do términos para nombrarla, “estrés post-traumático”, “síndrome de la mujer maltratada”, etc., que sugieren el abordaje de la problemática **como si fuese una afección**. No se ha observado todavía una excesiva eficacia de estos términos en el discurso de los profesionales de Atención Primaria, pero parece claro que se trata de una vía necesaria de cara a generar un interés profesional hacia el tema.

Claro, falla la formación profesional. En el currículum de la carrera (...) no hay ni un solo, en la medicina forense ni siquiera se trata el tema como específico, se tratan las lesiones. Ya, pero derivadas del maltrato de una lesión por un extraño o una caída, la lesión es lo que cuenta. Entonces la descripción de la lesión la haces perfecta, pero no está todo lo que conlleva de individualizar la lesión que proviene de que una persona que convive contigo tiene connotaciones que no te enseñan en ningún sitio cómo tratar. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

O sea, es que yo creo que eso debería de formar parte de lo que es la parte... es que eso es así. O sea, la violencia existe y tendríamos que saber cómo manejarla. Pero, claro, si te siguen explicando lo mismo que hace treinta años cuando yo estudié la carrera. Bueno, pues, realmente, no tiene mucho sentido. Tampoco sale... ningún licenciado sale con una formación psiquiátrica maravillosa pero es que pasas por las especialidades, y ya me dirás tú un médico de familia qué sabe de manejo psicológico ¿Y los pediatras qué hemos aprendido? Todo a costa de... Pues eso, por nuestra cuenta y como fuere hemos podido. Nadie nos ha enseñado nada. Y es más del 50% de nuestra consulta los aspectos psicológicos de los niños. Igual pasa en los adultos vamos. Pues anda que estas mujeres maltratadas que están todo el día en el médico, aunque no estén con el ojo abollado... (R.G. 5 Pediatras)

Veamos, en cualquier caso, qué es lo que implica para los profesionales de Atención Primaria la asunción de la violencia de pareja. Ante todo, supone el situarse frente al enfermo **en un lu-**





gar diferente al que se le impone por las circunstancias y que, en cierto modo, le viene heredado.

Las circunstancias y la herencia imponen una relación profesional-enfermo **mecánica** y, en cierto modo, burocrática. El síntoma permanente, como ya se ha apuntado en otros momentos, es la **falta de tiempo** para abordar la relación con el enfermo **de otra manera**. ¿Cuál es esa otra manera que el profesional de Atención Primaria desearía, pero que no encuentra?

Entonces, es lo que yo siempre digo: a mí hay cosas... muchas cosas que me gusta hacer, si a mí me... Se lo digo a mi gerente: "si a mí me quitáis lo que no me gusta yo voy a hacer muchas cosas y las voy a hacer muy bien. Pero como además de eso tengo que hacer toda la basura de cada día, empezando por los papeles..." Pues yo creo que sí que nos interesa pero nos da miedo. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Y luego nos tienen que dar tiempo si quieren que manejemos nosotros eso. Nos tienen que dar más tiempo. Con el tiempo actual no tenemos. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Pero, fuera de esto, que todo viene a la atención primaria, porque tenemos la puerta más grande, la puerta de los especialistas es muy pequeña, la nuestra es muy grande, entonces... Todo, todo, somos super accesibles, todo ahí se ha vendido la moto de una mala manera, de que nosotros somos dioses en la tierra. Y no es así, porque, aunque tú quieras hacer mucho, la realidad es otra, la realidad es otra. Y que, por mucho que quieras aprender, lo único que podemos hacer es contención del problema, en este caso, en este tema que estamos debatiendo ahora. Porque otra cosa... (R.G. 3 Medicina familiar. Mujeres)

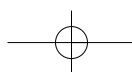
Lo tópico es un lugar burocrático y subsidiario. Lo utópico es un lugar **relacio-**

nal y protagonista. El profesional de Atención Primaria está, efectivamente, incómodo con su status, de cara al enfermo y de cara al propio Sistema Sanitario.

- De cara al enfermo se sitúa en una situación de defraudación de su demanda: él presuntamente demanda **más atención** y también **otra atención**. No es simplemente un problema de tiempo; pero el tiempo opera también como imposibilidad de instaurar otra relación distinta. El enfermo se instala en la queja, y el médico en la frustración: no ofrece al enfermo la imagen y el servicio que demanda.
- De cara al Sistema Sanitario se instala la queja como infravaloración del papel del médico generalista. Se escatiman los medios y el dinero —el tiempo es dinero.

Como siempre que aparece una necesidad utópica, la posibilidad de definirla es muy complicada. Lo explícito es la insatisfacción, pero es muy difícil captar qué es lo que podría llevar a evacuarla. No está claro que el profesional sanitario tenga plena conciencia de su demanda.

- Está claro que hay una búsqueda o un deseo de **mayor relevancia** frente al enfermo. Gustaría que el enfermo demandase **algo más que el fármaco**; no es nada cómoda la posición del expendedor de recetas; de hecho se supone que esa demanda existe, implícita, pero, como el profesional no





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

puede atenderla, ésta no adquiere una expresión manifiesta.

Volvamos, sin más, a la mujer maltratada. Tenemos un caso claro en el cual, como se vio, se precisa algo más que un fármaco y en el que hay una demanda implícita que no se manifiesta. ¿Qué puede encontrar el profesional sanitario en el abordaje de la mujer maltratada? Ante todo y con claridad, su utopía profesional, otra posición ante el enfermo y ante el sistema. Un ensayo, por lo tanto, para ser otro tipo de médico, **un desafío profesional**.

Es claro que, comunicativamente, el desafío profesional es más eficaz que el deber. Éste produce desidia y, también, miedo²¹⁶; el desafío profesional, por el contrario, aumenta las energías e impone una actitud jovial y prometéica.

Por el tiempo y porque no sabemos, porque más tiempo que nos quitan los hipertensos, más tiempo que nos quitan los diabéticos... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

El análisis realizado anteriormente nos permite avanzar un poco más en la definición de esa utopía médica. Se dijo en su momento que el médico generalista consideraba al psicólogo como la figura clave para la derivación. ¿Podríamos establecer la hipótesis de que algo hay en el saber psicológico que al profesional sanitario le resultaría funcional en su estrategia de redefinición de su estatus? Puede parecer una hipótesis arriesgada, pero no era difícil salir de los grupos de discusión realizados con la impresión de que al profe-

sional sanitario de Atención Primaria le seducen ampliamente las “armas” del psicólogo. De hecho, a la hora de plantearles qué profesionales deberían de formales en violencia de pareja la figura del psicólogo apareció sin lugar a dudas como la preferida.

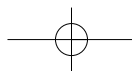
Es que en cualquier tipo de... en cualquier patología que implica un abordaje social y psicológico, en general, nos tira para atrás pero porque no sabemos. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Tú no puedes ofrecerle mil salidas, mil soluciones porque a ella ninguna le parece buena. Lo único que se puede hacer con esas personas es darles el apoyo psicológico necesario para que esas salidas que están ahí ella pueda ver cuál le interesa. No te hacen falta miles de salidas, porque esa persona mientras no se encuentre psicológicamente fuerte, psicológicamente dispuesta... ni treinta mil pesetas le son problemas, ni no tener donde dormir le sería problema, si psicológicamente se encuentra fuerte. O sea, el problema es el refuerzo psicológico que hay que... o sea, tener que dar, que ése se escapa un poco de nuestras manos (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Yo en el curso en el que estuve era gente que estaba en centros de acogida, dado por psicólogos de casas de acogida. Entonces, bueno, esos psicólogos te presentan una realidad, pues, muy brusca. Esas cosas son muy importantes porque esos psicólogos sí que están preparados. Los psicólogos que están en las casas de acogida, si te... sí te saben decir, claramente, “esto, esto y esto” y es cuando tú dices: “¡leche! Y ésta señora aquí” y estás oyendo lo que te están contando esos psicólogos en un curso y tú estás pensando en fulanita, en menganita, porque a veces se te ocurre algún menganita y dices: “¡uff...!”. Entonces, esa gente que está viviendo es la que nos puede ayudar. Esa gente que... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Y es lo que tú dices, la primera intervención era la de la psicóloga. Y realmente era lo que más interesaba, porque era una forma de conocer, porque lo

²¹⁶ A no hacerlo adecuadamente.





desconocían. (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

¿Y qué formación tenemos? La psicología que dimos en tercero. (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

Quizá también un psicólogo. Un poco para... un poco para hacernos entender todas estas situaciones que decía César.

Fundamental. Fundamental.

Y por poder un poco nosotros también saber dirigir a estas familias en el tema psicológico. (R.G. 5 Pediatras)

- *¿Qué añade o puede añadir el saber psicológico a la práctica del profesional de Atención Primaria? Ante todo, una posibilidad de influir sobre el enfermo²¹⁷ en la adopción, precisamente, de pautas de comportamiento saludables. Esta posibilidad de actuar sobre la salud con otras armas que las del medicamento y con en otro registro que el exclusivamente paliativo es lo que podría devolver al médico un lugar protagonista, tanto frente al enfermo como frente al Sistema Sanitario.*

Hay otro síntoma que podría actuar en la dirección de confirmar nuestra hipótesis. Nos referimos a la conocida generalización actual del uso –y posiblemente también del abuso– de psicofármacos en el ámbito de la Atención Primaria. Sorprende, a primera vista, esta adhesión tan generalizada; pero desde el análisis realizado es fácilmente comprensible. El psicofármaco es, incuestionablemente, una forma de suplir una intervención psicológica. Como el médico no tiene formación psicológi-

ca recurre al medicamento “psicológico” para actuar.

Entonces te presentan una depresión asociada y que necesitan unos fármacos. Entonces hay medicina familiar que pautan antidepresivos, cuando lo consideran, que siguen los criterios de depresiones y se los ponen ellos, y cuando ven que no funcionan y cuando no va a mejor o cuando... pues se deriva... Y hay otros medicina familiar que directamente lo... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Los psiquiatras lo llevan diciendo 50 años eso, que los medicina familiar lo único que sabemos es prescribir ansiolíticos, que no sabemos utilizar antidepresivos y que no sabemos hacer psicoterapia. Y eso es una cruz que llevamos encima y que está ahí. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Pero, claro, solucionamos las cosas con medicación. Pero que solucionemos las cosas con medicación es..., no por nuestra culpa, es porque la gente ve que si no toma medicación tampoco soluciona sus problemas. Si tú no tienes qué comer igual crees que con una pastilla se va a solucionar. Desgraciadamente lo sabemos. Vamos, no es que lo crea, es que no es así. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

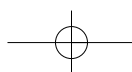
Es obvio que si el médico da la palabra al enfermo se encuentra con que los problemas sociales y psicológicos se le cuelan de forma desbordada en la consulta. La incidencia de tales problemas en la salud del enfermo es demasiado evidente. Los problemas “propios” de salud o son relevantes, y se derivan²¹⁸, o son intrascendentes. El ámbito de lo psicossomático o de lo sociosomático²¹⁹ es el único campo en que el profesional generalista puede sentirse importante.

La violencia de pareja está en ese gran grupo de lo psicossomático y lo sociosomático.

²¹⁷ Hablamos en este momento del enfermo en general, más allá del caso de la mujer maltratada.

²¹⁸ Con lo cual el generalista pierde su protagonismo frente al enfermo.

²¹⁹ Se piden disculpas por la acuñación del término.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

mático, que incluye otras muchas patologías: el alcoholismo, el estrés, la anorexia, etc., etc. Todo un conjunto de patologías que a estos profesionales le superan, pero que también le seducen.

Porque es que ahí, sí que... yo creo que es importante, y el médico de Atención Primaria, tendría una labor importantísima, que sería captar los alcohólicos de su zona y trabajárselos bien. O sea, trabajárselos bien, bien, bien... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

El abordaje de casos de violencia de pareja se está empezando a dar con interés, aunque también con cierta inseguridad. Ese interés se manifiesta en el dato del **deseo de seguimiento del caso**. Y la frustración que supone el no poder seguir el caso una vez que se ha efectuado la derivación, sea externa²²⁰, sea interna²²¹, es un buen indicador de que realmente hay un auténtico interés profesional. Si sólo se tratara de cumplir con un deber, esta pérdida de contacto sería más bien una liberación.

*...porque nosotros tenemos un trabajador social y tiene la ventaja de que lo tienes ahí; pero tiene el inconveniente de que no sé por qué razón es muy difícil luego enterarte de lo qué ha pasado, del circuito que sigue esa persona; porque es **como algo suyo**. Por lo menos ésa es la sensación que nosotros tenemos. (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)*

*Exacto. Reuniones periódicas para poder decir: "pues este caso que hubo pasó esto. Le derivó a tal sitio e intervino la fiscalía o no intervino..." Y eso no lo hacen. **Lo tienen como muy a gala en secreto**... No sé ya..., si tanto profesional como un poco... (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)*

No solamente para que el médico sepa, a lo mejor podéis tener otro ámbito en este momento, y enton-

ces a mí me interesa que la red funcione, no solamente en el ámbito sanitario. Entonces para mí es importante que el médico sepa que no está solo, que hay otro tipo de profesionales que están haciendo otra cosa, y que sepa que todo tiene un sentido. Y que es algo que tiene, con piezas diferentes que encajen, en ese sentido lo decía yo. En el tema de que haya una reciprocidad que también el médico sepa que después hay otra cosa y después hay otra cosa. Y que si hay una coordinación determinada con el Insalud pues se le pueda devolver la información, ha salido así, ha salido así, va a volver no se cuándo, cuando (R.G. 12. Organizaciones maltrato. Primera línea)

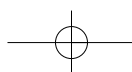
Sí, yo creo que... como decías tú antes, que igual que... en la situación del anciano, donde entran muchos factores en juego y existen unidades de coordinación, o la comisión socio-sanitaria. Yo creo que éste es un problema donde también es fundamental la coordinación. O sea, porque muchas veces a lo mejor ha puesto una denuncia y tú no te has enterado. A lo mejor resulta que es un caso que ya está siguiendo servicios sociales desde hace dos años pero nunca te han llamado para nada y entonces tú sólo intentas comunicarlo un día que hay una agresión física y te dicen: "¡no, no, si esto ya lo conocemos...!" "¡Ah, bueno!". Pues, entonces... Yo creo que la coordinación es muy importante. Entonces que si tú te pones en contacto o derivas a alguien... que haya luego una continuidad en esa información (R.G. 2. Medicina familiar. Hombres)

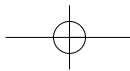
Desde fuera²²² se suele criticar un supuesto "afán de protagonismo", particularmente del médico. Parecería como si éste pretendiera invadir ilegítimamente un campo que es de otros, de los psicólogos, de los trabajadores sociales... incluso de los profesionales de enfermería... La discusión se enfanga un poco cuando empieza a correr por estos derroteros del corporativismo profesional, hasta límites que preocupan por lo que suponen de interferencia de cara al objetivo fundamental.

²²⁰ Directamente a instituciones especializadas en maltrato.

²²¹ Mediatamente, a partir de la derivación al trabajador social del centro.

²²² Desde otras profesiones implicadas en el tema de violencia.





Pero el sistema sanitario no está para trabajar los malos tratos. Quiero decir, está para detectar... (R.G. 13. Organizaciones maltrato. Segunda línea)

Preocupan, sobre todo, en la esfera interna, en la medida en que pueden operar como elemento disfuncional en la operatividad de todo el equipo de Atención Primaria. Que el trabajador social, por ejemplo, se quede con el caso e intente excluir al médico de la participación en él no es una buena forma de trabajar en equipo y, desde luego, tampoco una buena forma de atender a la mujer.

Pero por eso, depende mucho del equipo y depende un poco de la filosofía de grupo que tienen... En nuestro... en nuestra área, que es la 5, son casi todas chicas y yo he estado en un curso, que al final dieron, de atención a las familias difíciles y con problemas, y uno de los días fue monográfico dedicado al maltrato. Y yo me acuerdo que preguntamos en voz alta que qué circuitos había y qué cosas había que hacer y tal. Y hubo una trabajadora social que se levantó y dijo que eso estaba fuera de lugar y que no procedía... Y nos quedamos todos pasmados. Con una agresividad impresionante..., que no procedía a preguntar eso, que no estábamos ahí para eso y dije: "bueno... y si se va de vacaciones qué hacemos" (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

Desde fuera²²³ la impresión es la de que el problema no es tanto de los médicos, como de los otros profesionales. Esos otros profesionales de la Atención Primaria tienden a organizar su identidad profesional desde los límites y contradicciones de la práctica médica. Pero con ello llegan al mismo sitio que el médico generalista en la redefinición de su papel, aunque por otro camino. El problema es que el médico llega al lugar que los otros profesionales

habían delimitado previamente como suyo frente a él.

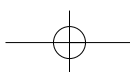
El trabajo en equipo está definido como ideal en el ámbito de la Atención Primaria, pero la realidad manifiesta un campo muy conflictivo plagado de luchas y estrategias corporativas. No es este el momento y el lugar para intentar buscar una solución, pero es obvio que, desde el punto de vista puramente operativo, es clave en este tema la intervención del médico de familia. Y no se puede pedir al médico que intervenga si no se le ofrece otro aliciente profesional que la mera obligación de detectar y derivar.

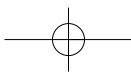
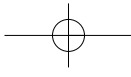
Ya, bueno, pero se supone que es un equipo ¿no? (R.G. 1. Medicina familiar. Mixta)

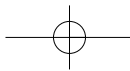
Es cierto que el abordaje de todas estas "problemáticas sociales" complica en mucho el trabajo del médico. No podemos afirmar que el colectivo en su totalidad se embarque sin más en semejante desafío profesional, que implica luchar personalmente contra un marco y una estructura que favorecen la reclusión pasiva del médico de familia en su función asistencial. Pero, a la larga, es de esperar los esfuerzos de algunos irán generando actitud, saber y sensibilidad en el conjunto.

No me creo que es que las mujeres de este cupo estén peor que las mujeres del otro, probablemente el compañero de turno o bien tiene un mejor manejo, o una especial sensibilidad, o es menos clínico, o entiende la salud desde otra perspectiva más integral... ¿no se si me estoy explicando? Yo creo que el abordaje de los malos tratos en la atención a la mujer no es solamente el que esté más o menos motivado (...), sino en ver mucho más allá, porque está claro (...) (R.G. 8 Trabajadores sociales).

²²³ El analista, sociólogo en este caso, es ajeno al mundo sanitario.







IV

RESUMEN Y CONCLUSIONES.

1. INTRODUCCIÓN.

El objeto que justifica la presente investigación, realizada a demanda del Programa de Promoción de la Salud de las Mujeres²²⁴, podía resumirse en la obtención de aquella información sociológica cualitativa relevante que pudiera permitir **informar, orientar y optimizar la actuación del Sistema Sanitario²²⁵ frente a la problemática de la violencia de pareja contra las mujeres.**

El estudio, por tanto, tenía, desde su diseño, una orientación estratégica precisa: identificar en las poblaciones más directamente concernidas (fundamentalmente, mujeres maltratadas y profesionales sanitarios) los **condicionan-**

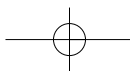
tes sociales que intervienen en el proceso de atención (o, eventualmente, desatención) a las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Por “condicionantes sociales” se entendió desde el principio el **campo motivacional presente en la relación** que se establece entre la mujer víctima y el profesional sanitario²²⁶. Con palabras más llanas, lo que se pretendía era saber y comprender **qué es lo que sucede** cuando el profesional sanitario se encuentra con una mujer maltratada. Sólo sabiendo y entendiendo qué es lo que sucede en esa relación se pueden arbitrar medidas para optimizar eso que sucede en la dirección favorable pretendida. Y al respecto no había la más mínima duda acerca de la intención

²²⁴ Servicio de Promoción de la Salud, Instituto de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

²²⁵ Concibiendo el Sistema Sanitario en su sentido más amplio, es decir, integrando tanto la dimensión asistencial como la dimensión de Salud Pública.

²²⁶ Fundamentalmente por ello se escogió la **metodología cualitativa** como la base del estudio. Aunque haya muchas interpretaciones acerca de para lo que la metodología cualitativa sirve, creemos que la más adecuada es la que la presenta como un instrumento privilegiado de puesta en evidencia (empírica) de la naturaleza y del sentido de las relaciones concretas entre agentes sociales.





previa a la demanda del estudio: lo que se pretendía era realizar acciones²²⁷ que permitieran optimizar a máximo la respuesta del Sistema Sanitario²²⁸ a las necesidades de las mujeres.

El estudio de una relación se realiza, en el contexto de la investigación cualitativa, a partir del discurso que de esa misma relación efectúan²²⁹ los distintos agentes implicados; de ahí que se propusiera un estudio (fundamentalmente²³⁰) **a dos bandas**:

a) Discurso de las mujeres maltratadas acerca de su relación con el Sistema Sanitario y con los profesionales sanitarios²³¹.

b) Discurso de los profesionales sanitarios acerca de su relación con las mujeres maltratadas²³².

En el presente resumen se expondrán sucintamente las principales conclusiones derivadas del cruce analítico de ambas líneas de investigación.

2. LA FUNCIÓN PREVIA DEL SISTEMA SANITARIO.

No puede decirse por el momento que el maltrato sea en sí mismo **un motivo consciente y explícito de consulta** por parte de las mujeres que sufren maltrato. Quiere ello decir que no se establece normalmente con el Sistema Sanitario, como podría presumirse en la relación con otras instituciones (p. ej.: policía, servicios sociales, etc.), una demanda construida específica y una, consecuente, transmisión de responsabilidad en algún tipo de actuación sustantiva relativa al maltrato, aparte de la implicada concretamente en la curación de la enfermedad²³³.

- Únicamente cuando la mujer está puesta en la posición, ante una actuación judicial, de **buscar pruebas** para justificar la existencia de maltrato, el Sistema Sanitario cobra una función instrumental precisa: la de **dar fe** de la existencia de lesiones ocasionadas por el agresor.

²²⁷ En un principio, lo que justificó el inicio de las investigaciones fue la implementación de acciones de formación a los profesionales sanitarios. Conforme avanzó el proceso de sinergia entre la investigación y la acción, la demanda fue ampliándose a otro tipo de acciones posibles del Sistema, como pudiera ser el auxilio a la elaboración de protocolos de actuación, la implementación de campañas comunicativas, etc.

²²⁸ Ciertamente, entendiendo que no es la única institución pública implicada en dar soluciones. La investigación también debería de ofrecer claves acerca de cómo definir ese campo de competencia el Sistema Sanitario.

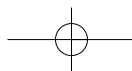
²²⁹ En una situación experimental controlada.

²³⁰ En la investigación también se consultó inicialmente a representantes de instituciones u organizaciones "especializadas" en maltrato. El discurso de tales representantes tuvo de cara al estudio fundamentalmente el valor de la opinión del informante cualificado intermediario, alguien que ofrece información de segunda mano de lo que las mujeres piden al sistema sanitario y de lo que obtienen de él.

²³¹ Extraído de **12 entrevistas abiertas** realizadas con mujeres maltratadas que hubieran roto con la relación de maltrato recientemente (no más de dos años), y contrastado con **2 grupos de discusión** con profesionales de organizaciones especializadas en maltrato de primera y segunda línea (ver Ficha Técnica).

²³² Extraído de **12 grupos de discusión con profesionales sanitarios**: médicos de atención primaria, enfermeras, matronas, pediatras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, ginecólogos y médicos residentes de urgencias (ver Ficha Técnica).

²³³ Que es indiferente, en principio, en lo que al acto sanitario se refiere, que sea o no resultado del maltrato mismo.





- Antes de que la mujer se embarque en el proceso de denuncia el Sistema Sanitario es, en la órbita del maltrato, una institución las más de las veces irrelevante, o que, a lo sumo, puede actuar como un elemento **insidioso**, en la medida en que siempre existe el riesgo de que denuncie una situación que se prefiera mantener en secreto o, por lo menos, ocultar a la acción de la justicia²³⁴, muchas veces por puro instinto de autodefensa.

Después de decidir iniciar el proceso de ruptura, el Sistema Sanitario es, para la mujer maltratada, una institución de prueba; **antes de** decidir separarse, un posible chivato que puede complicar sin permiso una situación ya de por sí bastante complicada. Función **positiva** en el primer caso; función **negativa** o, a lo sumo, **indiferente** en el segundo. En ambas situaciones, de todas formas, el Sistema Sanitario opera como **subordinado** al Sistema Judicial; no posee con relación al maltrato una función propia, sino una función ajena sobrevinida por las circunstancias y por la ley.

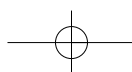
En ambas posibles intervenciones circunstanciales lo normal es que desde el Sistema Sanitario **se actúe inadecuadamente**; entendiendo por actuar inadecuadamente en este caso el que la acción consecuente contravenga la

necesidad y la demanda de la mujer. Como es obvio, el parte de lesiones no consentido es una defraudación de la demanda, en los casos frecuentes en que la mujer demanda explícitamente que no se haga. Pero en el otro caso también suele darse cierta defraudación, puesto que en muchos de los casos el parte de lesiones o la propia historia clínica efectivamente realizados no suelen estar elaborados adecuadamente **en relación al fin** para los que son pedidos y utilizados; es decir, no actúan eficazmente, por la forma en que han sido cumplimentados, como elemento de prueba de la existencia de maltrato²³⁵.

En ambas acciones, en cualquier caso, no es claro que sea el Sistema Sanitario el directamente comprometido: es más concretamente **el profesional** el concernido, puesto que se enfrenta a esas obligaciones **personalmente**, no como alguien inserto en una institución que le exige, le ampara y le avala al efectuarlas. El facultativo hace necesariamente las cosas no del todo bien porque el parte de lesiones le compromete personalmente y se relaciona, por tanto, con él como una acción que le conlleva un **riesgo personal**. Riesgo de no hacerlo cuando debería de haberlo hecho (de ahí que la demanda contraria de la mujer no valga para mucho); riesgo de hacerlo de modo que le comprometa (al poder aparecer co-

²³⁴ Si la mujer no quisiera ocultarla a la acción de la justicia estaría en el otro lugar, en el lugar de iniciar un proceso de separación.

²³⁵ En lo que falla normalmente el parte de lesiones es en la indicación de la sospecha por parte del facultativo de que la lesión es producto maltrato y en la insuficiente evaluación de la gravedad de la lesión.





mo testigo en un juicio de una agresión que él no ha podido exactamente verificar).

Desde el punto de vista de las relaciones, por tanto, el parte de lesiones está inscrito en el marco de la relación del profesional con el sistema judicial, **pero no en el marco de la relación del profesional con la paciente maltratada**. Ésta no tiene nada que decir, y todo se juega en seguir la estrategia racional de autodefensa denominada comúnmente como “*medicina defensiva*”²³⁶.

3. EL TRATAMIENTO. LA ATENCIÓN A LA CONFIDENCIA DE LA MUJER.

La relación habitual de la mujer maltratada con el Sistema Sanitario es fundamentalmente ésta; una relación, como se ha visto, circunstancial y marcada normalmente por el **desencuentro**. ¿Podría haber o favorecerse otro tipo de relación? ¿El compromiso del Sistema Sanitario al respecto podría extenderse más allá de esa exigua y a veces contraproducente intervención?

En la investigación se ha observado en las mujeres cierta propensión a **entrar**

en confidencia sobre su situación de maltrato con las y los profesionales sanitarios²³⁷. Es natural esa propensión, considerando el usual aislamiento social en que se encuentra la mujer maltratada, la fácil conexión entre la patología concreta que es objeto de consulta y la situación vital que la precede, y el status simbólico del sanitario como figura cercana y familiar de autoridad. La elección por parte de la mujer del sanitario como confidente se verifica no sólo en los casos extremos de acceso al sistema sanitario por lesión física más o menos grave, sino también en circunstancias de acceso al sistema más cotidianas y desde formas de violencia más silentes (violencia psicológica)

La propensión a la confidencia y al desahogo en la figura del profesional sanitario²³⁸ existe y es notoria²³⁹, pero en la mayoría de los casos **ni es favorecida** (se hace poco o nada para inducir a la mujer a la confidencia ante la eventual sospecha de que pueda estar sucediéndole algo de esta naturaleza), **ni es correspondida** (la respuesta del sanitario no se corresponde en muchos de los casos con la intención implícita en la demanda de la mujer).

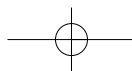
En cualquier caso, la confidencia, por el momento, no es una demanda al Sistema Sanitario, sino una demanda **a la persona** concreta que es el/la profesional concreto/a. Como persona -más que como profesional y más que como

²³⁶ En el marco de la cual, inevitablemente, la mujer maltratada, por activa o por pasiva, es alguien frente al cual hay que defenderse.

²³⁷ Observación que se confirma por el otro lado, desde la experiencia los propios profesionales sanitarios.

²³⁸ No nos atrevemos a descartar a ningún profesional al respeto: sea médico -de cualquier especialidad- o no lo sea; sea de cualquier nivel -atención primaria o especializada-; esté inscrito en cualquier institución sanitaria -el hospital, las urgencias, el ambulatorio...

²³⁹ No existe posiblemente ninguna otra institución social -salvo quizá Servicios Sociales, aunque con menor extensión a todos los segmentos sociales- en que se dé la confidencia por maltrato con tanta asiduidad. Objetivamente, el Sistema Sanitario es un lugar social donde la violencia de pareja se hace, al menos potencialmente, muy visible.





representante de una Institución- se le implica al sanitario en una situación que, de algún modo, **le compromete**.

La confianza de la mujer puede ser de distintos tipos, dependiendo fundamentalmente del “momento” de la relación, que implican también de distinto modo a aquél que ha elegido como confidente. Si la mujer está en las primeras fases del maltrato, posiblemente sólo esté demandando con la confianza alguien que la escuche; en fases más cercanas a la crisis, lo normal es que tras la confianza se presente también una demanda explícita de protección y de auxilio. En Atención Primaria posiblemente se de con frecuencia el primer tipo de confianza y en Urgencias (más típicamente hospitalarias, pero también de Atención Primaria) el segundo. Es claro que los protocolos de actuación deben ser distintos en un caso o en otro.

Como consecuencia, la respuesta del sanitario es también una respuesta “personal”: decide o no decide hacerse cargo de la confianza de la mujer en función, por una parte, de **su sensibilidad**; en función, por otra parte, de **su saber**; y en función, por último, de **los recursos con los que cuenta**.

3.1 La sensibilidad del profesional.

La sensibilidad es un dato muy importante a tener en cuenta, que suele pasar desapercibido. Las respuestas profesionales son muy diversas porque en

su construcción intervienen una variada gama de prejuicios ideológicos asociados a la representación de las relaciones de género, en general, y de las relaciones de pareja, en particular.

En principio, el maltrato a todos escandaliza, pero la respuesta que se da a la confianza de la mujer depende mucho de la capacidad personal para “empatizar”, de la posibilidad de vivenciar y comprender el sufrimiento de la mujer.

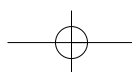
La **incomprensión** es posiblemente el mayor escollo a salvar desde este punto de vista: la dificultad para entender por qué la mujer llega a esa situación y se mantiene en ella. La generalización de respuestas “insensibles” (que irían desde la simple inacción, pasando por el error bienintencionado²⁴⁰, hasta la acción que fuerza la denuncia inmediata) debe de hacernos reconsiderar la verdad de la tan reiterada afirmación de que *“ahora estamos más sensibilizados con la violencia de género”*. El escándalo actual no asegura en modo alguno²⁴¹ que se sepa entender lo que la mujer maltratada vive y siente, y que se pueda, por tanto, adecuar la respuesta a sus auténticas necesidades. A veces parecería que el profesional se coloca en la situación de solucionar un problema social más que un problema personal de la víctima concreta, siendo en esa tesitura la actitud de la mujer maltratada el principal escollo que habría que salvar²⁴².

La sensibilización “empática” sería, por tanto, el primer objetivo a cubrir al respecto de una posible implicación de las

²⁴⁰ Típicos errores bienintencionados son el intento de implicar al maltratador en la “solución” del problema o la desafortunada recomendación de realizar terapias de pareja.

²⁴¹ Es más, en muchos casos es justo la garantía de lo contrario.

²⁴² Sería un fenómeno similar, pero sin imperativo legal de por medio, al de la denuncia forzada por el parte de lesiones no consentido: el profesional decide por la mujer. Algo así como un despotismo ilustrado: *“todo por la mujer, pero sin la mujer”*.





y los profesionales sanitarios en este tema, sensibilización que implicaría, por una parte, una revisión de los propios presupuestos ideológicos de género²⁴³ y, por otra, un acercamiento directo y en profundidad a los casos, a los dramas.

3.2 El saber del profesional.

El saber acerca de lo que conviene hacer es otro capítulo fundamental a tener en cuenta. Lo normal es que el sanitario **no sepa qué hacer**. No sabe, en principio, porque no entiende la situación, porque el maltrato le resulta en sí mismo incomprensible, tanto si lo mira del lado del maltratador, como si lo mira del lado de la víctima. Habría que saber por qué se producen estas situaciones (para determinar el “tratamiento”), y parecería como si estas anomalías del comportamiento sólo pudiera “diagnosticarlas” un psicólogo o un psiquiatra. El diagnóstico y el tratamiento estarían del lado de otra disciplina, que no es la médica. El sanitario o la sanitaria, por tanto, serían incompetentes.

Junto a esta “psicologización” o, incluso, “psiquiatrización” del saber necesario —que implicaría, en muchos de los casos, la derivación del caso a Salud Mental— se presenta también una “asistencialización”, que implicaría la derivación al trabajador social sanitario, o directamente a Servicios Sociales.

La propensión a derivar el caso es típica, y tiene sentido como búsqueda de

alguien competente, puesto que el sanitario siente que no sabe, y que, por tanto, no puede hacer nada útil²⁴⁴. Lo cierto es que las más de las veces es la propia mujer la que no acepta la derivación, porque la confianza no suele conllevar en todos los casos una demanda inmediata de “solución”²⁴⁵: la mujer cuenta porque necesita contar y encontrar a alguien que la escuche y que la entienda. Por el momento no necesita convertirse en “caso” de nadie.

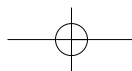
En la medida en que lo que la mujer necesita es una persona, no puede decirse que el sanitario sea incompetente. A lo que obliga la confianza en un primer momento es a escuchar y a empatizar, y esto cualquiera puede hacerlo, **si quiere**. Es cierto que tras la confianza hay una demanda implícita o inconsciente de ayuda, pero mientras esa demanda no se haga explícita y consciente nada obliga a derivar el caso. El tiempo que media entre la demanda implícita y la explícita es el tiempo de la confianza, un tiempo de reflexión en el cual el sanitario puede (y, posiblemente, debe) actuar como **catalizador** de un proceso de toma de conciencia por parte de la mujer.

Ese es el saber que el sanitario realmente necesita, el conocimiento de cómo instaurar y acelerar en el marco de la confianza una reflexión fecunda y productiva que permita a la mujer tomar conciencia de la insostenibilidad de la situación de violencia. No es un saber simple, pero tampoco es un saber que tenga claramente nadie por

²⁴³ Ni que decir tiene que el sexo del profesional determina en gran medida el grado de empatía hacia el tema: basta con constatar la débil respuesta que se obtiene del sexo masculino en cualquier actividad formativa relacionada con la violencia de género.

²⁴⁴ Tiene también un sentido un tanto más prosaico, el de la posibilidad de desembarazarse de un compromiso que le resulta incómodo.

²⁴⁵ Ya dijimos anteriormente que la confianza asociada a la demanda de protección es más frecuente en urgencias que en el marco de una consulta normal.





formación; es un saber que, en cualquier caso, se le impone al confidente, puesto que no es él quien elige serlo: lo elige la mujer. La posición de confidente, por su propia naturaleza, **no puede ser derivada**.

Es necesario (re)valorizar la confianza²⁴⁶, y **sanitarizarla**, en el sentido de asumirla y representarla como una intervención “técnica” **necesaria** sobre la salud de la mujer. Negarse a asumir la posición de confidente debería representarse, por tanto, como una denegación de auxilio sanitario y, por tanto, como una actitud incompatible con el propio ejercicio de la profesión médica.

- Sanitarizar la confianza implica, efectivamente, cambiar su naturaleza y proporcionarle, cabría decir, un **en-cuadre sanitario**. El móvil de la mujer, posiblemente, no sea otro que el del desahogo, y es claro que los y las profesionales sanitarios no pueden implicarse sin más en demandas de este tipo, que son usuales en la consulta no sólo por este tema, sino también por otros muchos²⁴⁷.
- La confianza en este caso es, efectivamente, un **síntoma** de una situación a la que cabe asociar una **variada gama de patologías**²⁴⁸. La confi-

dencia, cabría decir, introduce indudablemente **la sospecha** de que dichas patologías asociadas pudieran estar deteriorando la salud de la mujer. Es obligado, por tanto, a partir de la confianza, **evaluar el estado de salud de esa mujer**; esto sí que es, sin lugar a dudas, una intervención sanitaria.

Desde esa evaluación del estado de salud habría que decidir un **tratamiento**. Podríamos conformarnos con un tratamiento meramente sintomático²⁴⁹; pero, conociendo las causas a partir de la confianza, no sería del todo ético plantear las cosas de ese modo. Toda intervención parcial debe de ir subordinada a la intervención principal, que consistiría en eliminar las causas que provocan ese deterioro en salud. En este contexto, una acción consistente en convencer a la mujer de que se juega su salud en seguir en su actual situación de vida es, sin lugar a dudas, también una intervención sanitaria. El sanitario nunca deja de ser sanitario en todas estas acciones.

Es necesaria, por tanto, una formación que excede con mucho la simple información de los cauces de derivación²⁵⁰. Una formación en lo que podríamos llamar “confidencia activa”²⁵¹, en la cual es-

²⁴⁶ Es muy usual encontrar en la investigación sanitarios denostando la confianza como si fuera una acción absurda, sin la más mínima eficacia práctica o terapéutica.

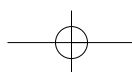
²⁴⁷ Especialmente en Atención Primaria, es muy típica esa reconversión de la figura del médico en cabría, decir, autoridad moral; a quien se consulta muchas veces por cuestiones aparentemente muy alejadas de su competencia.

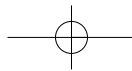
²⁴⁸ Esas patologías están descritas en múltiples estudios; no es competencia de un estudio de este tipo el ponerlas en evidencia. Hay que indicar desde aquí, en cualquier caso, que existe un elevado vacío de saber al respecto, que habría que llenar desde la formación.

²⁴⁹ De hecho, posiblemente el tratamiento sintomático sea el más usual actualmente en el marco de la relación de confianza. Habría que alertar al respecto acerca del posiblemente abusivo uso de psicofármacos en estas situaciones.

²⁵⁰ Derivación que sólo tiene sentido, desde nuestro punto de vista, en el momento en que la mujer expresa ya una demanda de auxilio para instaurar un proceso de separación. Entonces creemos que el Sistema Sanitario tiene toda la legitimidad para derivar el caso a otras instancias competentes; a pesar de todo, las secuelas en salud nunca podrán derivarse.

²⁵¹ Para diferenciarla de la pasiva, de la que se enquista eternamente en la queja.





tá implicado un saber **en gran parte por elaborar**. Es decir, no hay posiblemente nadie que sepa mucho de esto, pero posiblemente sí que haya muchos que saben algo de esto, en la medida en que se han visto implicados con más o menos frecuencia en situaciones de confidencia en las que han decidido actuaciones cuyo resultado ha sido más o menos satisfactorio. El poner en común toda esa experiencia acumulada, el crear con ella un corpus transmisible de prescripciones y proscipciones, de protocolos y de recursos es, a todas luces, una tarea urgente a realizar²⁵².

Se dijo anteriormente que el “modo” y el “tiempo” de la confidencia pueden ser muy distintos dependiendo del lugar y de la circunstancia de acceso a los servicios, lo cual afecta también al saber necesario.

- La entrevista a arbitrar en el ámbito y en un contexto de urgencia es necesariamente **puntual y breve**. No se trata sólo, que también, de que no haya tiempo y de que se esté ante un recurso fundamentalmente paliativo donde no es posible que se de una relación de continuidad; también se está ante una mujer que está subjetivamente más cerca de tomar la decisión de poner en crisis su relación de pareja. Tras una pequeña entrevista empática²⁵³ es relativamente fácil que la mujer acepte ser derivada a un recurso específico (externo o interno) que le asesore y le apoye en las acciones que podría llevar a cabo. Esa pequeña entrevista empática es, en

cualquier caso, fundamental y tiene un elevado valor de prevención de situaciones de un riesgo prácticamente cierto²⁵⁴.

- Cuando la confidencia se produce en situaciones menos perentorias y en el contexto de una consulta normal, el tiempo de entrevista debe de ser más largo e implicar una relación continuada. El modo debe de ser también distinto, porque el objeto tiene que ser instaurar un proceso con la mujer como producto del cual ella consiga por sí misma ver su relación de otra manera, y, finalmente, reconsiderarla.

3.3 Los recursos del profesional.

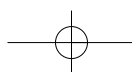
En primer lugar, habría que hablar del recurso menos evidente pero, sin lugar a dudas, más importante: el de la **legitimidad**.

La confidencia de la mujer obliga personalmente; pero lo que habría que conseguir es que **obligue profesionalmente**. No se debería pensar que sólo desde la sensibilización y desde la formación es posible abordar adecuadamente la situación. Mientras todo se resuelva en el ámbito de la conciencia personal del sanitario o de la sanitaria, en su decisión individual de apoyar o no a la mujer, difícilmente se podrá modificar el *statu quo*. Es más, el proceso cursando de esta manera es fácil concebirlo como entrópico: el esfuerzo invertido en las sucesivas actuaciones y

²⁵² Una excelente esfuerzo al respecto puede encontrarse en el presente texto: Lasheras Lozano, M^a Luisa; Pires Alcalde, Marisa [et al.] “La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública” Documentos Técnicos de Salud Pública, nº 86. Instituto de Salud Pública, 2003, disponible también en versión electrónica en la siguiente dirección: <http://www.publicaciones-isp.org/>.

²⁵³ En la cual se permita a la mujer contar su problema (es más fácil que cuente tras una agresión) y al sanitario recomendar la necesidad de poner en crisis su relación (es más fácil que la mujer se convenza en este contexto).

²⁵⁴ Las palizas no suelen nunca venir solas; quien pega una vez es fácil que pegue otra vez más fuerte.





las frustraciones concomitantes terminarán inevitablemente por “quemar” profesionalmente, por desmovilizar y por insensibilizar. Cada vez se detectarán menos casos, porque siempre se tendrá a mano el recurso de no ver lo que no se quiere ver.

Lo que se precisa, por tanto, es un pronunciamiento expreso de la Institución acerca del **deber sanitario** frente al maltrato de los y las profesionales inscritos en ella. Deber, por tanto, de entrar en confianza y de favorecer y tutelar el proceso de toma de conciencia de la mujer. Y semejante pronunciamiento no debe de ser sólo nominal, debe de reflejarse claramente en los objetivos. El profesional debe tener claro que la institución le obliga, le supervisa y le evalúa en su acción al respecto; que no está en su potestad el actuar o no actuar, y el hacerlo o no de una determinada manera.

Naturalmente que no basta con exigir, también **los medios** deben de estar en consonancia con la naturaleza del trabajo a desarrollar. Si la institución no pone los medios, difícilmente el sanitario se va a sentir preocupado por todo ello.

- **La tarea debe de estar clara:** qué es lo que hay que hacer (lo que es obligado hacer) cuando se presenta un caso. Por ejemplo, cuándo y por qué circunstancias derivar; cuándo y por qué circunstancias hay que quedarse con el caso y actuar de una determi-

nada manera. De cualquier forma, debe quedar clara la idea, antes mencionada, de que la tarea no es en muchos de los casos subsidiaria de otras instituciones, sino propia de la Institución Sanitaria, y también la de que no hay ni debe de haber en el seno del sistema “especialistas en maltrato”²⁵⁵ aptos para derivar el caso y, por tanto, para desembarazarse de él.

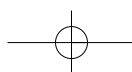
- **Los recursos que se definan como necesarios deben de estar puestos a disposición** del profesional. Si se decide, por ejemplo, que a estas mujeres hay que dedicarles un tiempo equis de entrevista, ese tiempo tiene que estar a disposición del profesional, que debe de ser liberado de otras tareas por ello. Si se decide, por ejemplo, que sería adecuado que estas mujeres entraran en grupos de tales y tales características²⁵⁶, tales grupos deben de existir y deberían de existir también profesionales capacitados para realizarlos; etc., etc.

En el caso particular de **las urgencias** sí que se advierte como necesario el disponer de un recurso **interno** de derivación²⁵⁷ para atender y orientar a las mujeres que se hayan puesto en proceso de poner en crisis su relación. **El trabajador social** posiblemente sea la figura profesional del sistema más idónea para esa función de asesoramiento y posible canalización hacia recursos de otras instituciones. Se debe, en cualquier caso, advertir de la necesi-

²⁵⁵ Sea de psicología, sea de psiquiatría, sea de trabajado social.

²⁵⁶ En la investigación se sugiere especial la eficacia, de cara a la toma de conciencia, de la inclusión de mujeres maltratadas en dinámicas de grupo inespecíficas en relación al maltrato, que permitan la puesta en común de la propia experiencia vital (p. ej.: grupos de educación para la salud, de autoestima, de relaciones de pareja, etc.).

²⁵⁷ Una derivación que, insistimos, no exime al profesional sanitario de urgencias de realizar la intervención que le compete, de la cual se habló anteriormente (pequeña entrevista empática).





dad de que a ese recurso se le asigne esa función, se le forme en ella y se le refuerce como tal servicio de cara a conseguir que esté efectivamente disponible en los momentos en que tenga que ser requerido²⁵⁸.

- **La formación debe de ser facilitada**, quedando claro, en cualquier caso, que esa formación es necesaria para el desarrollo de la tarea comprometida. En cierto sentido, la formación debe de ser representada como obligatoria, no como opcional; puesto que si es opcional la formación, también lo será la tarea encomendada.
- **El recurso debe de hacerse público**; es decir, hay que informar al potencial usuario (mujer maltratada) de que puede y de que tiene derecho a acudir al profesional para “tratar” su problema, en tanto que problema que afecta directamente a su salud.

4. LA DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO.

Atender adecuadamente a la confidencia es necesario, pero también es necesario que la confidencia sea **directamente promovida**. La indicación anterior de que se debe informar a la mujer de que puede acudir al profesional sanitario tiene sentido también desde este punto de vista: habría que conseguir

que el Sistema Sanitario se convierta en el lugar por excelencia de la **detección precoz del maltrato**²⁵⁹.

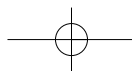
Detectar precozmente permite prevenir el maltrato o, por lo menos, prevenir sus secuelas más negativas, impedir que éste llegue a límites que pongan en grave peligro la salud y la vida de la mujer. Cuesta trabajo, efectivamente, entender la propuesta anterior de que el Sistema Sanitario y sus profesionales tienen una responsabilidad en el tratamiento del maltrato; es, sin embargo, menos difícil de entender “sanitariamente” esta propuesta de prevención secundaria: son claros y nítidos los efectos para la salud del maltrato, y es clara la idea de que si prevenimos anticipadamente evitaremos esos riesgos, y los costes sanitarios que llevan parejos²⁶⁰.

No obstante, debería de quedar claro que detectar y tratar deben de ir, en el marco de la prevención secundaria, unidos. Detectar precozmente implica el proponer a la mujer que entre en confidencia con el sanitario, que confíe en él para contarle su problema. Y no tiene el más mínimo sentido que el Sistema Sanitario detecte precozmente, si previamente no tiene articuladas respuestas para responder a la demanda presente en la confidencia. La propuesta de “detectar y derivar” queda muy bien sobre el papel, pero en la práctica puede llegar a percibirse como absurda, porque no hay ningún lugar social para derivar a la mujer maltratada “precoz”, y porque ella misma no va a estar la ma-

²⁵⁸ En la medida en que las situaciones de urgencia pueden producirse en los ámbitos hospitalario y ambulatorio, el recurso debería de estar fácilmente disponible en ambos contextos.

²⁵⁹ Más que un deseo, la propuesta expresa una necesidad derivada de una situación objetiva: no existe ningún otro lugar social en el cual el maltrato puede potencialmente hacerse más visible que el propio sistema sanitario.

²⁶⁰ Es poco discutible la afirmación de que el maltrato lleva aparejado un coste sanitario importante. Hay mucho interés actualmente por cuantificar ese coste, en un intento de expresar con números una realidad que debería de considerarse evidente por sí misma.





yoría de las veces en la posición subjetiva de aceptar ser derivada a ningún lugar por motivo de maltrato. La maltrata da detectada precozmente necesitará también un tratamiento²⁶¹, un tratamiento del cual sólo podrá hacerse cargo la institución que ha detectado previamente el maltrato. Si en esa institución no hay sensibilidad, saber y recursos para ello, resultaría absurdo que se embarcase en la tarea de detectar precozmente.

- Entre otras cosas, el propio profesional sanitario sería el que, consciente o inconscientemente, subvertiría el proceso. Difícilmente se pondría a trabajar en la dirección de detectar precozmente si ello sólo le reportase una sobrecarga posterior de trabajo y de angustia, no reconocida ni canalizada por la institución.

Hecha esta salvedad importantísima, habría que indicar que para la detección también son precisos saberes, que habría que incorporar al proceso formativo:

- Saberes sobre los síntomas (psíquicos y físicos) que hacen sospechar la presencia del maltrato y que, por tanto, darían pie para iniciar una relación de confianza.
- Saberes acerca de las estrategias para conseguir que la mujer decida entrar en confianza con el sanitario y, por tanto, instaurar un proceso terapéutico. Ya se indicó en otro momento que el Sistema Sanitario es un lugar especialmente proclive para la confianza de la mujer; no se está

hablando de cuestiones que conlleven un elevado grado de dificultad.

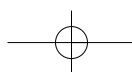
A pesar de las apariencias, la prevención secundaria también compete a atención hospitalaria²⁶². Aunque la detección no sea en esos casos siempre del todo precoz, es evidente que es el lugar donde el maltrato se hace más visible y en donde el pronóstico resulta ser más negativo. Aunque su lugar propio sea el de la prevención terciaria, el de la acción paliativa, esas circunstancias obligan a que se tome realmente en serio su aplicación en la prevención. Una actuación clara al respecto es quizá la medida que más podría llegar a influir a corto plazo en la reducción de la incidencia de muerte y lesiones graves de mujeres por este tema.

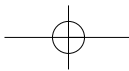
Pero tampoco cabe excluir ningún elemento del sistema de la necesidad de aplicarse en la prevención. En la consulta de múltiples especialidades (ginecología y obstetricia, salud mental, traumatología, etc.) es objetivamente posible detectar con relativa facilidad posibles casos. Es cierto que en estos ámbitos no es tan fácil instaurar con la mujer una relación de continuidad del tipo de la que se propuso en Atención Primaria. No obstante, la disponibilidad para efectuar una limitada entrevista empática es objetivamente superior a la que puede obtenerse en la atención propiamente hospitalaria.

Lo que hace realmente falta, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, es reforzar y crear canales de derivación que, en el marco de la detección pre-

²⁶¹ Que, como se dijo anteriormente, implica que la mujer consiga tomar conciencia de que es una mujer maltratada.

²⁶² Incluyendo tanto las urgencias como los procesos de hospitalización. En la investigación se ha puesto de manifiesto que no es especialmente difícil detectar casos de maltrato en las estancias hospitalarias de la mujer maltratada.



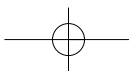


coz, posiblemente deberían ser **preferentemente sanitarios**, e implicar fundamentalmente al **equipo de atención primaria**.

Habría que apuntar, por último, el dato evidente de que la obligación legal del médico de denunciar quiera o no quiera la mujer inhibe en muchos casos la confianza. No es bueno al respecto, si lo que se quiere es que el Sistema Sanitario avance en el terreno de la de-

tección o del eventual "tratamiento" del maltrato, el que esta obligación legal se siga en todos los casos a rajatabla²⁶³. De hecho, en la investigación se presentan indicadores claros de que cada vez más y con menos flexibilidad los profesionales sanitarios se imponen a sí mismos la obligación de denunciar, lo cual opera muy negativamente en la dirección ideal apuntada de que el Sistema Sanitario actúe como un lugar eficaz de detección precoz.

²⁶³ No es nuestra competencia el dilucidar las consecuencias legales de esta "recomendación". Lo único que se pretende poner de manifiesto es la paradoja que se le presenta al sanitario o a la sanitaria: si quieren corresponder a la demanda de la mujer debe de colocarse de algún modo (fuera de la ley); a la inversa, si quiere actuar conforme a la ley, debe de defraudar la confianza de la mujer, vulnerando también, en cierto modo, su propio código deontológico.





BIBLIOGRAFÍA

Alberdi I, Matas N. La Violencia Doméstica. Informe sobre los Malos Tratos a Mujeres en España. Colección Estudios Sociales nº 10. Barcelona: Fundación "la Caixa" 2002.

Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported Frequency of Domestic Violence: Cross Sectional Survey of Women Attending General Practice. BMJ 2002;324:271

Campbell J. Health. Consequences of Intimate Partner Violence. Lancet 2002;359:1331-1336.

Claramunt MC. Mujeres Maltratadas: Guía De Trabajo Para La Intervención en Crisis. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. PAHO/WHO 1999. <http://www.paho.org>

Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical Health Consequences of Physical and

Psychological Intimate Partner Violence. Arch Fam Med 2000; 9:451-457.

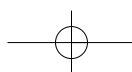
Elliot L, Nerney M, Jones T, Friedman P. Barriers To Screening for Domestic Violence. J Gen Intern Med 2002;17:112-116.

Golding JM. Intimete Partner Violence As a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta -Analysis. J Fam Viol 1999;14:99-133.

Hall D, Lynch MA. Violence Begins at Home. BMJ1998; 316: 1551-60

Hirigoyen Marie France. El Acoso Moral. El Maltrato Psicológico en la Vida Cotidiana. Ed Piados. Barcelona 1999.

Informe Del Defensor del Pueblo. La Violencia Doméstica contra las Mujeres. Oficina del Defensor del Pueblo. Madrid 1998.





La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

Informe Emakunde. La Violencia contra las Mujeres. Vitoria 2002. http://www.emakunde.es/actualidad/violencia/inform_c.htm#indice

Instituto de la Mujer. La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales 2000. <http://www.mtas.es/mujer/principal.htm>

Instituto Humanitario de París. Programa Daphne. Proyecto "Prácticas médicas frente a los malos tratos de pareja. París 1999. <http://www.sivic.org/esp/site-esp/index.htm>

Jewkes R. Intimate Partner Violence: Causes and Prevention. Lancet 2002;359:1423-29.

Kernic MA, Wolf ME, Holt VL. Rates and Relative Risk of Hospital Admission Among Women In Violent Intimate Partner Relationships. Am J Public Health 2000;90(9):1416-1420.

Lasheras Lozano, M^a Luisa; Pires Alcalde, Marisa [et al.] La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documentos Técnicos de Salud Pública, n^o 86. Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid 2003

Lorente Acosta, Miguel. El Rompecazas. Ed. Crítica. 2004.

McCauley J, Kern D, Kolodner K, Dill L, Schroeder A, DeChant H, et al. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence In Primary Care Internal

Medicine Practices. Ann Intern Med 1995;123:737-746.

Mullender A. La Violencia Doméstica, Una Nueva Visión de un Viejo Problema. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, 2000:pp76-80.

Naciones Unidas 1993. Viena Declaration; Part II/C. The Equal Status and Human Rights of Women

Naciones Unidas 1995. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. A/CONF.177/L.5/Add. 20. 15 de septiembre de 1995.

Naciones Unidas. Declaración Sobre La eliminación de la Violencia contra la Mujer. Nueva York, 1994. Resolución N^o. A/RES 48/104. de 20 de diciembre de 1993.

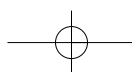
OMS. Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. Prevención De La Violencia Una Prioridad En Salud Pública. Ginebra 1996.

OMS. Informe mundial sobre la violencia y la salud (resumen). Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Pérez Carracedo L. Maltrato. Del Miedo a la Denuncia. OeNeGe, octubre 2000

Plichta S, Falik M. Prevalence of Violence and Its Implications for Women's Health. Women's Health Issues 2001;11:244-258.

Polo Usaola C. Maltrato A La Mujer en la relación de pareja. Factores rela-





cionales implicados. Tesis Doctoral. Alcalá de Henares 2001.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Wai Shan Chung, Moorey S, Feder G. Identifying Domestic Violence: cross Sectional Study In Primary Care. *BMJ* 2002;324:274.

Salber P, Taliaferro L. Reconocimiento y Prevención de la Violencia Doméstica en el Ámbito Sanitario. Ed. Cedesc. Barcelona 2000. pp50

Saltzman LE, Fingerhut LA. Building Data Systems for Monitoring and Responding to Violence Against Women. *MMWR* 2000;49(RR11):1-18.

Schafer J, Caetano R, Clark CL. Rates of Intimate Partner Violence In The United States. *Am J Public Health* 1998; 88:1702-1704.

Silverman JG, Raj A, Mucci LA, Hathaway JE. Dating Violence Adolescent Girls and Associated Substance Use, Unhealthy Weight Control, Sexual Risk Behavior,

Pregnancy and Suicidality. *JAMA* 2001;286:572-579.

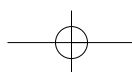
Sotomayor E. La Violencia contra las Mujeres. Estudio Sobre la Situación y Características de las Mujeres en los Centros de Acogida. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer 2000.

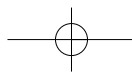
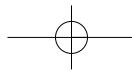
Varela Nuria. Íbamos a ser Reinas. Mentiras y Complicidades que sustentan la Violencia contra las Mujeres. 2ª ed. Barcelona: Crónica Actual 2002.

Villavicencio Carrillo P, Sebastián Herranz J. Violencia Doméstica: su impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres. Ed. Instituto de la Mujer. Madrid 2001.

Watts C, Zimmerman C. Violence Against Women: Global Scope and Magnitude. *The Lancet* 2002; 359: 1232-37.

WHO. World Report on Violence and Health. World Health Organization. Geneva 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/main.cfm.





COLECCIÓN DE DOCUMENTOS TÉCNICOS DE SALUD PÚBLICA

- Nº 1 Guía para el diagnóstico y manejo del Asma.
- Nº 2 Sida y Escuela.
- Nº 3 La salud bucodental en la población infantil en la Comunidad de Madrid.
- Nº 4 El discurso de las personas ex fumadoras en torno al consumo de tabaco.
- Nº 5 Alcohol y Salud.
- Nº 6 Actualizaciones sobre Tabaco y Salud.
- Nº 7 Protocolo de actuación en brotes causados por la ingesta de alimentos.
- Nº 8 Mortalidad por cáncer en la Comunidad de Madrid, 1986-1989. Análisis geográfico.
- Nº 9 La cultura del alcohol entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 10 Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 11 Discurso del personal sanitario de la Comunidad.
- Nº 12 Protocolo de actuación ante una meningitis de cualquier etiología.
- Nº 13 Residuos de plaguicidas organoclorados en alimentos de origen animal consumidos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 14 Manual de Inmunizaciones.
- Nº 15 Recomendaciones para el control de emergencias epidemiológicas en centros escolares.
- Nº 16 La cultura del tabaco entre los jóvenes de la Comunidad de Madrid.
- Nº 17 Actitudes ante el Asma. Los asmáticos y profesionales opinan.
- Nº 18 Encuesta de nutrición en la Comunidad de Madrid.
- Nº 19 La cultura del alcohol de los adultos en la Comunidad de Madrid.
- Nº 20 Encuesta de prevalencia de asma de la Comunidad de Madrid.
- Nº 21 Protocolo de actuación ante la fiebre tifoidea.
- Nº 22 Maltrato infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.
- Nº 23 Factores determinantes de los hábitos y preferencias alimenticias en la

La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud

- población adulta de la Comunidad de Madrid.
- Nº 24 Guía para realizar un análisis de riesgos en la industria.
- Nº 25 Guía para la realización de Auditorías medioambientales en las empresas.
- Nº 26 Guía de actuación frente a la zoonosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 27 La influencia de los adultos en los comportamientos de los adolescentes de 14 a 16 años escolarizados en la Comunidad de Madrid.
- Nº 28 Encuesta tuberculina. Comunidad de Madrid. Curso 1993-1994.
- Nº 29 II Encuesta de serovigilancia de la Comunidad de Madrid.
- Nº 30 Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la Comunidad de Madrid.
- Nº 31 Manual de buenas prácticas higiénico-sanitarias en comedores colectivos.
- Nº 32 Informe sobre la salud y la mujer en la Comunidad de Madrid.
- Nº 33 El VIH en las relaciones heterosexuales de alto riesgo.
- Nº 34 La actividad física en la población adulta de Madrid.
- Nº 35 Los accidentes infantiles en la Comunidad de Madrid.
- Nº 36 Factores que determinan el comportamiento alimentario de la población escolar en la Comunidad de Madrid.
- Nº 37 La diabetes del adulto en la Comunidad de Madrid.
- Nº 38 Diagnóstico microbiológico de tuberculosis en laboratorios de primer orden.
- Nº 39 La salud bucodental en la población anciana institucionalizada de la Comunidad de Madrid.
- Nº 40 Fauna tóxica en la Comunidad de Madrid.
- Nº 41 La menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios.
- Nº 42 Dietas mágicas.
- Nº 43 Guía de aplicación del sistema A.R.I.C.P.C. en establecimientos de producción y almacenamiento de carnes frescas.
- Nº 44 Guía para la prevención y control de infecciones que causan meningitis.
- Nº 45 Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños.
- Nº 46 Programa regional de prevención y control de la tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 47 Las representaciones sociales sobre la salud de la población activa masculina de la Comunidad de Madrid.
- Nº 48 Las representaciones sociales sobre la salud de los niños de 6 a 12 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 49 Manual de buenas prácticas para el control de vectores y plagas.
- Nº 50 Las representaciones sociales sobre la salud de los mayores madrileños.
- Nº 51 Actitudes y creencias frente al cáncer de mama de las mujeres de 50 a 65 años de la Comunidad de Madrid.
- Nº 52 La infestación por piojos.
- Nº 53 Manual de mantenimiento para abastecimientos de agua de consumo público.
- Nº 54 Ideas actuales sobre el papel del desayuno en la alimentación.
- Nº 55 La Tuberculosis: Un problema de Salud Pública. Material docente de apoyo para profesionales sanitarios.
- Nº 56 Guía de autocontrol en obradores de pastelería.
- Nº 57 La mortalidad de la infancia en Madrid. Cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX.
- Nº 58 Guía para la prevención de la Legionelosis en algunas instalaciones de riesgo.

- Nº 59 Anuario 1.999. Sociedad Madrileña de Microbiología Clínica.
- Nº 60 Actualizaciones sobre el tratamiento del tabaquismo.
- Nº 61 La enfermedad celíaca
- Nº 62 Programas de Salud Pública 2.000
- Nº 63 Memoria 1.999. Programas de Salud Pública
- Nº 64 Programa Regional de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Período 2.000-2.003
- Nº 65 Memoria 1.996-1.999 del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la Comunidad de Madrid.
- Nº 66 Aplicación de técnicas de análisis espacial a la mortalidad por cáncer en Madrid
- Nº 67 Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid
- Nº 68 Guía de actuación frente a las zoonosis en la Comunidad de Madrid
- Nº 69 Manual de notificación. Sistema de enfermedades de declaración obligatoria
- Nº 70 Polen atmosférico en la Comunidad de Madrid
- Nº 71 El farmacéutico agente de salud
- Nº 72 Comportamientos sexuales y medidas de prevención entre hombres que tienen relaciones con hombres
- Nº 73 Plan de eliminación del sarampión en la Comunidad de Madrid
- Nº 74 Ciudades saludables y sostenibles. Plan de salud municipal
- Nº 75 Tratamiento de la pediculosis de la cabeza
- Nº 76 Programas de Salud Pública 2.002
- Nº 77 Mortalidad en Vallecas
- Nº 78 Planes y Programas de Salud Pública 2.003
- Nº 79 Guía para el diseño e implantación de un sistema HACCP y sus prerrequisitos en las empresas alimentarias
- Nº 80 Guía de actuación para el abordaje del tabaquismo en atención primaria del Área 3
- Nº 81 Control sanitario del transporte de alimentos
- Nº 82 Perfil alimentario de las personas mayores en la Comunidad de Madrid
- Nº 83 Esporas atmosféricas en la Comunidad de Madrid
- Nº 84 Estudio del mapa alimentario de la población inmigrante residente en la Comunidad de Madrid
- Nº 85 Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid
- Nº 86 La violencia contra las mujeres considerada como problema de Salud Pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas
- Nº 87 Memoria 2002. Programas de Salud Pública
- Nº 88 La promoción de la salud en el medio rural: Necesidades y demandas expresadas por las mujeres
- Nº 89 Las concepciones de salud de las mujeres. Informe 2000. Sistema de Información sobre salud de carácter sociocultural
- Nº 90 Valoración de las necesidades socio-sanitarias de las personas mayores de la Comunidad de Madrid
- Nº 91 Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante
- Nº 92 La Violencia de pareja contra las mujeres y los Servicios de Salud. Informe del estudio cualitativo
- Nº 93 Las Concepciones de Salud de los

- Jóvenes Informe 2004. Volumen I:
Discurso sobre la Salud y la
Enfermedad
- Nº 94 Las Concepciones de Salud de los
Jóvenes Informe 2004. Volumen II:
Prácticas y Comportamientos relati-
vos a los hábitos saludables

COLECCIÓN NUTRICIÓN Y SALUD

- Nº 1 La dieta equilibrada, prudente o salu-
dable
- Nº2 El desayuno saludable
- Nº 3 Nuevos alimentos para nuevas ne-
cesidades
- Nº 4 El agua en la alimentación (próxima
publicación)
- Nº 5 La alergia a los alimentos
- Nº 6 El pescado en la dieta
- Nº 7 El aceite de oliva y la dieta medite-
rránea
- Nº 8 Frutas y verduras, fuentes de salud

COLECCIÓN DOCUMENTOS DE SANI- DAD AMBIENTAL

- Manual para el autocontrol y gestión de
abastecimientos de agua de consumo pú-
blico
- Control del riesgo químico de sustancias y
preparados peligrosos. Manual de buenas
prácticas
- Guía para la prevención de la
Legionelosis en instalaciones riesgo (pró-
xima publicación)
- Campos electromagnéticos: I Telefonía y
Salud Pública (próxima publicación)

COLECCIÓN PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

- Nº 1 Dormir bien: Programa para la mejo-
ra del sueño
- Nº 2 La memoria: Programa de estimula-

- ción y mantenimiento cognitivo
- Nº 3 Salud mental en el anciano:
Identificación y cuidados de los prin-
cipales trastornos
- Nº 4 El anciano frágil: Detección, preven-
ción e intervención en situaciones de
debilidad y deterioro de su salud
- Nº 5 Prevención y promoción de salud del
anciano institucionalizado: La resi-
dencia como espacio de convivencia
y de salud
- Nº 6 La salud bucodental en los mayores:
Prevención y cuidados para una
atención integral
- Nº 7 Guía de higiene integral en residen-
cias de personas mayores
- Nº 8 Derecho a una visión en los mayo-
res: Evitar la ceguera evitable.
Prevención y cuidados para una
atención integral
- Nº 9 Actividad física y ejercicio en los
mayores. Hacia un envejecimiento
activo

Página web: www.publicaciones-isp.org

La violencia de pareja
contra las mujeres
y los servicios de salud



Informe del estudio cualitativo