

**Violencia doméstica:
un marco conceptual para la
capacitación del personal de salud**

Tere Venguer¹
Gillian Fawcett¹
Ricardo Vernon²
Susan Pick¹

1. Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP).
2. Population Council.

EL POPULATION COUNCIL busca ayudar a mejorar el bienestar y la salud reproductiva de las generaciones presentes y futuras del mundo, y ayudar a alcanzar un balance humano, equitativo y sustentable entre la población y los recursos. El Council analiza temas y tendencias poblacionales; realiza investigación biomédica para desarrollar anticonceptivos nuevos; trabaja con organizaciones públicas y privadas para mejorar la calidad y alcance de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva; ayuda a los gobiernos a influir sobre las conductas demográficas; divulga resultados de investigación en el área de la población a públicos apropiados; y ayuda a fortalecer la capacidad en investigación en países menos desarrollados. El Council es una organización no lucrativa que fue fundada en 1952. Se dedica a la investigación y está dirigida por una junta directiva multinacional. Su oficina matriz en Nueva York apoya una red global de oficinas en regiones y países, entre ellas la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. Las direcciones de estas oficinas son:

Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
Nueva York, Nueva York 10017, E.U.A.
Tel.: (212) 339-0500
Fax: (212) 755-6052
Correo electrónico: pubinfo@popcouncil.org
<http://www.popcouncil.org>

Population Council
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Escondida 110 Villa Coyoacán, 04000 México, D.F.
Tel. (525)554-8610; Fax: (525)554-1226;
Correo electrónico: inopalmx@mpsnet.com.mx

Esta publicación fue financiada por el Proyecto INOPAL III (Investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe) bajo el Contrato No. CCP-95-00-00007-00 con la Oficina de Población de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Responsable de la publicación: Silvia Llaguno
Impresión: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.
©1998 Population Council/INOPAL III

Cualquier parte de este documento podrá reproducirse sin permiso de los autores, siempre y cuando se reconozca la fuente y la información no se utilice con fines de lucro. Agradeceremos cualquier comentario o sugerencia de los lectores. Para solicitar más copias de este documento, materiales de difusión o requerir más información, por favor solicitarla a la Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

**Violencia doméstica:
un marco conceptual para la
capacitación del personal de salud**

Resumen

El proyecto consistió en desarrollar un marco conceptual para capacitar a médicos(as), enfermeras(os) y trabajadores sociales en la detección, apoyo, registro y referencia de pacientes mujeres, víctimas de violencia doméstica. Para realizarlo, las investigadoras llevaron a cabo una revisión de material bibliográfico sobre violencia doméstica, que incluyó estudios realizados tanto en México como en otros países, protocolos de instituciones de salud de los Estados Unidos de Norteamérica y publicaciones sobre distintos aspectos del fenómeno de la violencia. Además, se realizaron entrevistas con personal de instituciones de salud para seleccionar la información pertinente a la elaboración del programa de capacitación. El resultado final es un curso que utiliza metodología participativa y tiene una duración de 18 horas. El contenido básico está dividido en tres sesiones, en las que se tratan conocimientos generales, implicaciones de la violencia y percepción de rol del personal de salud, y desarrollo de habilidades específicas para el manejo de pacientes víctimas de violencia doméstica.

Introducción

Muchos estudios realizados en América Latina y otras regiones del mundo han mostrado que la violencia doméstica¹ es una amenaza importante contra la salud y el bienestar de las mujeres. Sin embargo, es básicamente a partir de la Convención de Belém do Pará (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer, 1994), que varios países latinoamericanos identificaron esta amenaza y han llevado a cabo acciones para tipificar la violencia familiar como un delito por el que se debe sancionar al agresor. En México, por ejemplo, el gobierno del Distrito Federal promulgó, en 1996, la Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, mientras que el gobierno federal aprobó las Reformas a los Códigos Civil y Penal de la República Mexicana en 1997. Estas acciones reconocen la violencia dentro de las familias como un problema público y son un primer paso para su prevención y control.

Pese al reconocimiento legislativo de la problemática, la violencia es un tema delicado del que casi nadie habla, ni siquiera las víctimas. Este silencio impide su prevención y control, por lo que, además de dar apoyo médico a las víctimas, los/las profesionales de la salud deben capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia doméstica, registrar estos casos y responder adecuadamente a las necesidades de las víctimas. Solamente así se crearán políticas de salud pública.

Estas razones impulsaron al Instituto Mexicano de Investigación de Familia y Población, A.C. (IMIFAP) a desarrollar un taller cuyo objetivo es, por un lado, sensibilizar al personal de salud ante el problema de la violencia doméstica y de la importancia de su rol y, por otro, proporcionarle los conocimientos y habilidades necesarias para la detección, registro, apoyo y referencia de casos de violencia de sus pacientes.

En este documento se presentan los resultados de una revisión bibliográfica sobre el tema, misma que permite identificar los elementos conceptuales más importantes que se deben incluir en la capacitación de los/las proveedores(as). El material está organizado en sesiones, y se propone que en la primera se revisen las definiciones existentes, los datos sobre la prevalencia e incidencia y se lleve a cabo una discusión sobre el impacto de la violencia en la salud física y mental. En la segunda sesión se analizará el papel de los/las prestadores(as) de servicios de salud ante este fenómeno y, finalmente, en la tercera sesión, se presentará la información destinada al desarrollo de habilidades para el manejo de los casos de violencia contra la mujer.

Sesión I. Conocimientos generales sobre la violencia doméstica

Algunas definiciones

Debido a la naturaleza compleja del fenómeno, el concepto de violencia es difícil de definir. Por ello, vale la pena revisar algunas propuestas.

Lori Heise (1994) expresa: “No existe una definición única que manejen todos(as) los/las activistas [...] Para algunas personas debe incluir cualquier acto u omisión que cause daño a las mujeres o las mantenga en una posición de subordinación [...] Una definición amplia permitiría incluir muchas violaciones de los derechos humanos de las mujeres bajo el concepto de violencia [...] Llamar a todo violencia limita la utilidad del concepto para describir estas formas tradicionales de abuso, como la violación y el abuso de las mujeres en las relaciones íntimas” (p. 46).

Lo que distingue a la violencia contra la mujer de otras formas de violencia es la fuerza o coerción (ya sea física, sexual, económica o psicológica) alentada y tolerada socialmente, siempre que las víctimas son mujeres. En ocasiones, esta fuerza se aplica de manera consciente para mantener el poder y control masculino; en otras, no existe esta intención, sin embargo su efecto causa daños que refuerzan la subordinación femenina.

Considerando lo anterior, se presentan las siguientes definiciones de violencia, violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer:

Violencia: “La violencia es un acto social y, en la mayoría de los casos, un comportamiento aprendido en un contexto permeado por inequidades sociales basadas en el género, la edad, la raza, etc., y con imágenes de violencia y fuerza física como la manera prevaleciente de resolver conflictos” (Hoff, 1994, p. 5).

Violencia intrafamiliar: La Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar para el Distrito Federal describe la violencia intrafamiliar como: “Aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tenga o lo haya tenido por afinidad civil; matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases:

- A) Maltrato físico. Todo acto de agresión intencional repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control.
- B) Maltrato psico-emocional. El patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.
- C) Maltrato sexual. El patrón de conducta consistente en actos u omisiones reiteradas y cuyas formas de expresión pueden ser: “negar las necesidades sexoafectivas, inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño...” (*Diario Oficial de la Federación*, 9 de julio, 1996, p. 50).

Violencia familiar: Por violencia familiar se entiende el “uso de la fuerza física o moral, así como las omisiones graves que de manera reiterada ejerza un miembro de la familia en contra de otro integrante de la misma, que atente contra su integridad física, psíquica o ambas, independientemente de que pueda producir o no lesiones; siempre y cuando el agresor y agredido habiten en el mismo domicilio y exista una relación de parentesco, matrimonio o concubinato” (*Diario Oficial de la Federación*, 30 de diciembre de 1997, p. 3).

Violencia doméstica o contra la mujer: “Cualquier acto de violencia de género que resulte, o pueda resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran ya sea en la vida pública o privada” (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, adoptada por las Naciones Unidas en 1993. Citado en *World Health Organization*, 1997).

Violencia contra la mujer: “Cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida, dirigido hacia una mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina” (Heise, Pitanguy & Germain, 1994, p. 47).

Los tipos de violencia

Las definiciones anteriores se refieren a diversos tipos de violencia, sin embargo cabe resaltar que aunque no todos(as) los/as especialistas están de acuerdo en una misma clasificación, todos los tipos de violencia tienen que ver con el control que el hombre ejerce sobre la mujer. Las autoras de este taller dividimos los tipos de violencia en cuatro categorías:

Violencia física: se habla de violencia física cuando una mujer se encuentra en una situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física. Las manifestaciones de este tipo de violencia pueden incluir: *a)* empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, arrojar objetos, estrangulamiento; *b)* heridas por arma; *c)* sujetar, amarrar, paralizar; *d)* abandono en lugares peligrosos; y *e)* negación de ayuda cuando la mujer está enferma o herida. El abuso físico es generalmente recurrente y aumenta tanto en frecuencia como en severidad a medida que pasa el tiempo, pudiendo causar la muerte de una persona.

Violencia psicológica o emocional: puede darse antes y después del abuso físico o acompañarlo. Sin embargo, no siempre que hay violencia psicológica o emocional hay abuso físico. Aunque la violencia verbal llega a usarse y/o aceptarse como algo natural, es parte de la violencia psicológica. La violencia psicológica puede incluir gritos, amenazas de daño, aislamiento social y físico (no poder salir, no hablar con otros, etc.), celos y posesividad extrema, intimidación, degradación y humillación, insultos y críticas constantes. Otras manifestaciones de la violencia psicológica son las acusaciones sin fundamento, la atribución de culpas por todo lo que pasa, ignorar o no dar importancia o ridiculizar las necesidades de la víctima, las mentiras, el rompimiento de promesas, manejar rápida y descuidadamente para asustar e intimidar, llevar a cabo acciones destructivas (romper muebles, platos y, en general, pertenencias de la mujer) y lastimar mascotas.

Violencia económica: esta es otra forma de controlar a la mujer haciéndola dependiente. Incluye el control y manejo del dinero, las propiedades y, en general, de todos los recursos de la familia por parte del hombre. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: *1)* hacer que la mujer tenga que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, ya sea para uso de la familia o del suyo propio; *2)* dar menos dinero del que el hombre sabe que se necesita a pesar de contar con liquidez; *3)* inventar que no hay dinero para gastos que la mujer considera importantes; *4)* gastar sin consultar con la mujer cuando el

hombre quiere algo o considera que es importante; 5) disponer del dinero de la mujer (sueldo, herencia, etc.); 6) que el hombre tenga a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio; 7) privar de vestimenta, comida, transporte o refugio.

Violencia sexual: generalmente, este es el tipo de violencia sobre el que les cuesta más trabajo hablar a las mujeres e incluye cualquier tipo de sexo forzado o degradación sexual, como: 1) intentar que la mujer efectúe relaciones sexuales o practique ciertos actos sexuales contra su voluntad; 2) llevar a cabo actos sexuales cuando la mujer no está en sus cinco sentidos, o tiene miedo de negarse; 3) lastimarla físicamente durante el acto sexual o atacar sus genitales, incluyendo el uso intravaginal, oral o anal de objetos o armas; 4) forzarla a tener relaciones sexuales sin protección contra embarazo y/o enfermedades de transmisión sexual; 5) criticarla e insultarla con nombres sexualmente degradantes; 6) acusarla falsamente de actividades sexuales con otras personas; 7) obligarla a ver películas o revistas pornográficas; 8) forzarla a observar a la pareja mientras ésta tiene relaciones sexuales con otra mujer.

En culturas donde la mujer tiene tan introyectada la importancia de ser madre, también llega a ser agredida a través de los hijos e hijas, cuando el hombre los ataca físicamente, los usa sexualmente, los fuerza a observar el abuso y los hace partícipes del atropello. De esta manera, el hombre controla a la mujer negándole su papel como madre defensora del bienestar de su descendencia.

Prevalencia de la violencia

En América Latina, diversos grupos de mujeres, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas de procuración de justicia han realizado investigaciones sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar. Aunque en general los estudios realizados por instituciones de servicio tienen un importante subregistro, sus datos señalan una tendencia creciente en el número de denuncias sobre violencia doméstica.

Las siguientes cifras reflejan la seriedad del problema en diferentes países:

Chile

Larrain (1994) entrevistó en 1992 a 1,000 mujeres entre los 22 y los 25 años de edad de la región metropolitana de Santiago. Sus datos mostraron que:

- El 59.8% de las mujeres sufre violencia por parte de su pareja.
- El 33.9% reporta violencia psicológica. Aunque no todas sufrían violencia física, todas las que sí la padecían (25.9%) también reportaron sufrir violencia psicológica.
- Un 22% de las mujeres ha solicitado atención en los servicios de salud, de las cuales, 81.2% describió a la atención como “útil”.
- De 17.2% de las mujeres que denunció el hecho a la policía, sólo 37.2% encontró “útil” dicho servicio.

Colombia

Una encuesta nacional de demografía y salud realizada en 1990 con 3,272 mujeres urbanas y 2,118 mujeres rurales (Profamilia, 1990, en Heise *et al.*, 1994) mostró los siguientes datos:

- El 33% informó que sufría violencia psicológica.
- El 20% reportó ser víctima de violencia física.
- El 10% informó ser víctima de violencia sexual por parte del esposo.

Costa Rica

En una investigación realizada en 1990 con 1,388 mujeres que acudieron a una clínica del Patronato Nacional de la Infancia (Chacón, Herrera, Rojas & Villalobos, 1990, en Larrain, 1994) se encontró que:

- El 50% de estas mujeres reportó abuso físico y 48% reportó abuso sexual.
- Las formas de violencia psicológica que más reportaron fueron amenaza de ser abandonadas por su pareja y amenaza de quitarles a los hijos.

Nicaragua

Un estudio realizado con una muestra de mujeres entre 15 y 49 años de edad (Ellsberg, 1997) mostró que:

- Del total de mujeres entrevistadas, 40% reportó haber sido víctima de abuso físico por parte de su compañero o ex compañero, incluyendo al novio. El 52% de las mujeres reportó haber sufrido por lo menos un episodio de violencia física por parte de su compañero.
- El 71% de las mujeres alguna vez casadas había experimentado violencia psicológica y 20% reportó haber sufrido violencia física, psicológica y sexual.
- El 94% informó que la violencia física fue generalmente acompañada por ofensas y humillaciones de otros tipos y 36% de las mujeres reportó que los golpes físicos solían ir acompañados de sexo forzado.
- Al catalogar los actos de violencia ocurridos durante el último año según su frecuencia y severidad, se encontró que las mujeres que sufrieron violencia severa reportaron mayor frecuencia, mientras que las mujeres que sufrieron violencia moderada tuvieron una frecuencia menor de incidentes violentos. Esto sugiere que la relación entre severidad y frecuencia es relevante para la detección y atención debido a que cuando una mujer llega al servicio de urgencias visiblemente lastimada, es posible que se trate de una mujer que ha sufrido violencia de manera recurrente.

México

Aunque en México no existen datos sobre la prevalencia nacional de la violencia contra la mujer, datos de estudios regionales revelan la importancia de tomar acción:

- Un estudio con 1,163 mujeres de zonas rurales y 472 de zonas urbanas en Jalisco encontró que 56.7% de las mujeres urbanas y 44.2% de las rurales reportó algún tipo de violencia. En 84% de los casos el agresor fue el marido y el motivo de la violencia fue identificado por las mujeres como celos y enojo (Ramírez y Uribe, 1993).
- Un estudio más reciente de la zona metropolitana de Guadalajara, encontró que de 581 mujeres alguna vez unidas en pareja, 56% reporta algún tipo de violencia en su vida, 43% infringida por su pareja (Ramírez y Vargas, 1997).

- En Ciudad Netzahualcóyotl se encontró que 33% de 342 mujeres alguna vez casadas o en unión libre, de 15 años o mayores, había vivido una relación violenta. De las mujeres violentadas, 66% había sufrido violencia física, 76% psicológica y 21% sexual (Shrader y Valdez, 1992, en Heise *et al.*, 1994).

- En un muestreo probabilístico de hogares en el área metropolitana de Monterrey, se vio que 30.6% de 1,064 mujeres alguna vez unidas de 15 años o más reportó algún tipo de violencia y 46.1% fue identificado como que sufre algún tipo de violencia (Granados, 1995). En este estudio se encontró que la prevalencia era mayor entre menor era la edad de la mujer y más bajo su nivel socioeconómico, sin embargo la prevalencia también fue importante para la clase alta.

- Valdez y Sanin (1996) entrevistaron a 110 mujeres en servicio de post-parto y post-aborto en un hospital civil de Cuernavaca. El 33.5% reportó haber sufrido algún tipo de maltrato. De las mujeres que sufrieron agresiones durante el embarazo, 70% reportó violencia psicológica, 40% violencia física y 37% violencia sexual. Como resultado del abuso físico las mujeres sufrieron moretones, sangrado vaginal y dolor en el bajo vientre. El maltrato se identificó como factor asociado al bajo peso de los niños(as) al nacer.

- Las estadísticas del Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVI) recopiladas desde su creación en 1990, señalan que entre 88 y 90% de las víctimas de violencia intrafamiliar son mujeres. Este dato coincide con las estadísticas internacionales que registran porcentajes similares (Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; Dirección General de Atención a Víctimas, 1997).

En México, al igual que en otros países, entre 30 y 60% de las mujeres entrevistadas informan haber sido víctimas de algún tipo de violencia, identificando en la mayoría de los casos a la pareja como el principal agresor. Esto confirma que la violencia contra la mujer es un problema social que requiere de programas orientados a su prevención y control.

Los sistemas de salud y la violencia contra la mujer

A pesar de que la violencia contra la mujer ha sido reconocida como un asunto legítimo de derechos humanos, su tratamiento como asunto de salud pública ha sido insuficiente, desconociéndose así los efectos tanto psicológicos como físicos en la salud de las mujeres, y el posible impacto acumulativo de la violencia a lo largo de la vida. Asimismo, aún en países desarrollados, existen pocos estudios sobre la carga que la violencia

contra las mujeres representa para los sistemas de salud y los países. Heise (1993) informa lo siguiente:

- “En países en desarrollo, como China, donde los problemas relacionados con la mortalidad materna y las enfermedades producto de la pobreza están relativamente controladas, los años de vida saludables que se pierden debido a violación y violencia doméstica representan 16 por ciento”.

- “A nivel global, la carga a la salud que representa el maltrato a la mujer entre las mujeres de 15 a 44 años, es comparable con la carga que representan otros factores de riesgo y enfermedades de interés mundial, entre las que se incluyen el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la tuberculosis, la sepsis durante el nacimiento, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares”.

- La amenaza de violencia tiene implicaciones en la salud sexual y reproductiva de la mujer. La violencia limita la capacidad de las mujeres para prevenir embarazos no deseados, y en caso de haberlos, la mujer no se cuida y no asiste a las consultas de control pre y post-natal. Por otro lado, limita su capacidad para cuidarse de enfermedades por infecciones sexualmente transmisibles (incluyendo el VIH), ya sea porque no puede negarse a tener relaciones sexuales o porque es incapaz de pedirle a su pareja que se proteja con el uso del condón.

McLeer y Anwar (1987) revisaron investigaciones relacionadas con la prevalencia de casos de violencia doméstica en las salas de emergencia de los Estados Unidos, y señalan:

- El abuso físico es la causa más común de lesiones en la mujer; ocasiona más consultas por lesiones que la suma de los accidentes automovilísticos, asaltos y violaciones.

- De las mujeres que acuden a urgencias con traumatismos, entre 16 y 30% declara que las lesiones son producto de violencia doméstica.

- Las lesiones son menos frecuentes las primeras veces que la víctima es maltratada, y solamente las reportan una de cada 25 mujeres. Esto quiere decir que las mujeres acuden a las instituciones de salud con quejas vagas que pudieran ser indicadores indirectos de violencia. Ello implica que la mayoría de las víctimas de violencia pasan por los servicios de urgencia sin ser diagnosticadas y sin intervenciones dirigidas a prevenir esta violencia y lesiones futuras.

- El 75% de las mujeres violentadas que han pasado por instituciones de salud sigue sufriendo agresiones, lo que significa una tendencia de maltrato crónico.

Como se ha visto, la mayor parte de los datos sobre las consecuencias de la violencia provienen de países más desarrollados. Sin embargo, existe suficiente evidencia que señala que la violencia también es una causa significativa de los trastornos en la salud de las mujeres en países menos desarrollados. Mientras no se cuente con programas de detección, prevención y control de la violencia, las mujeres seguirán siendo afectadas por enfermedades y trastornos que podrían haber sido evitados, y se continuará teniendo un exceso de consultas médicas que absorben recursos importantes de los presupuestos de las instituciones de salud.

La etiología de la violencia

Heise propone que “el dominio de los hombres sobre las mujeres es la base para cualquier teoría realista de la violencia”. Sin embargo, “excluir otros factores hace imposible explicar por qué algunos hombres golpean y violan a las mujeres y otros no lo hacen”. Además, “la teoría debe ser capaz de explicar dos cosas: por qué los hombres se vuelven violentos y por qué las mujeres, como grupo, son el blanco con tanta frecuencia” (p. 4). Heise revisó muchos estudios empíricos para determinar qué variables predecían la violencia y, a partir de esta información, clasifica los diversos factores de riesgo como provenientes de distintos ámbitos o niveles de influencia en un modelo ecológico. Esta clasificación incluye los siguientes factores:

Factores ontogénicos individuales: son las características individuales, tanto genéticas como aprendidas, que determinan el tipo de respuesta de una persona. Entre los factores individuales que pueden predecir el que un hombre sea violento son: haber presenciado situaciones de violencia doméstica y/o haber padecido abuso de niño, ya sea física o sexualmente. Sin embargo, es importante aclarar que no todos los hombres que abusan de la mujer fueron testigos de agresiones ni fueron agredidos de niños. Una investigación realizada por Caesar (1988, en Heise, en prensa, p. 5) encontró que 38% de los hombres violentos de su muestra nunca estuvo expuesto a la violencia en la niñez. Un posible tercer factor es haber tenido un padre ausente o desdenoso, pero su valor predictivo no es tan claro.

En relación con las mujeres, el único factor predictivo relacionado con ser víctima de violencia de una pareja masculina, es el hecho de haber presenciado violencia entre los padres o tutores en la niñez.

Factores del microsistema: para el hombre violento y su pareja, el microcosmos más inmediato es la familia, la cual, generalmente, es el lugar y el contexto de los episodios de abuso. Los factores predictores relacionados con este microsistema tienen que ver con la estructura de la familia tradicional-patriarcal, como el dominio masculino en la familia y el control de la riqueza familiar por parte del hombre. Otras variables que predicen el riesgo de violencia tienen que ver con un desequilibrio en la estructura de poder de la familia, como conflictos frecuentes en torno a la división de tareas, el consumo de alcohol por parte del marido y que la mujer tenga una mayor escolaridad que el hombre. Además, existe una asociación entre el consumo de alcohol y las adicciones en general, y entre éstas y la violencia física y sexual.

Factores del exosistema: según Heise, los predictores de riesgo en el ámbito de estructuras sociales son el desempleo o bajo nivel socioeconómico; el aislamiento de la mujer de amigos(as), vecinos(as) y de la familia; y la asociación del agresor con delincuentes a quienes tiene que demostrar su capacidad de agresión sexual para que lo tengan en alta estima.

Aunque todavía no está claro de qué manera se relaciona el nivel socioeconómico bajo con el mayor riesgo de violencia, se piensa que la pobreza genera estrés, frustración y un sentimiento de inadecuación en algunos hombres que no pueden cumplir con el papel de proveedores que se espera de ellos. Es posible también que la pobreza sea generadora de desacuerdos matrimoniales y/o que dificulte que las mujeres de bajos recursos dejen las relaciones violentas e insatisfactorias.

En cuanto al aislamiento de la mujer —causa y consecuencia de la violencia doméstica—, es interesante señalar que las sociedades en las que la familia y la comunidad sienten la obligación y el derecho de intervenir en asuntos familiares de carácter “privado”, tienen índices de violencia menores a los de las sociedades con culturas que consideran que lo que pasa entre la pareja no tiene por qué ser del escrutinio público.

Factores del macrosistema: estos se refieren a un conjunto de valores y creencias de las personas que incluye: la noción que establece que “un verdadero hombre” es dominante, rudo y mantiene el honor; roles de género rígidos y definidos según los cuales la mujer debe ser pasiva y sumisa y el hombre controlador y agresivo; la sensación de que se tiene el derecho de propiedad sobre la mujer; la aceptación social del castigo físico hacia las mujeres y la ética cultural que condona la violencia como una forma de solucionar los desacuerdos.

Embarazo y violencia: el embarazo también se considera factor de riesgo para la violencia doméstica, pues según estadísticas, tanto

de los Estados Unidos como de México, el maltrato frecuentemente empieza o empeora durante este periodo. Los siguientes datos documentan este hecho:

- Un estudio realizado en los Estados Unidos con 691 embarazadas, encontró que una de cada seis adultas embarazadas y una de cada cinco de las adolescentes embarazadas fueron víctimas de violencia física. Aproximadamente 60% de estas mujeres fue golpeado en dos o más ocasiones. Además, informa que era doblemente probable que las mujeres y adolescentes golpeadas acudieran a consultas de control prenatal sólo hasta el tercer trimestre del embarazo (McFarlane *et al.*, 1992 en McFarlane & Parker, 1994).

- Otros estudios indican que es dos veces más probable que las mujeres golpeadas durante el embarazo presenten aborto espontáneo y cuatro veces más probable que el producto nazca con bajo peso (Stark, Flitcraft, Zuckerman, Grey, Robinson, Frazier, 1981; Bullock & McFarlane, 1989, en Heise *et al.* 1994).

- La violencia contra las mujeres embarazadas en los países en desarrollo tiene un mayor impacto en la salud, debido a las ya precarias condiciones de las madres (desnutrición, exceso de carga de trabajo y falta de acceso a servicios de salud). En México, Valdez y Sanín (1996) señalan que las víctimas de violencia durante el embarazo tienen tres veces más complicaciones durante el parto y posparto inmediato que las mujeres no maltratadas. Asimismo, indican que los productos nacidos de madres maltratadas pesan 560 gramos menos que los de mujeres no maltratadas.

Los efectos del maltrato durante el embarazo son tanto físicos como emocionales. La mujer violentada desarrolla un cuadro de estrés asociado con depresión, angustia, y sentimientos de aislamiento. Se ha demostrado que los factores de riesgo de homicidio son mayores en mujeres maltratadas durante el embarazo, que en las violentadas en el año anterior al embarazo (Valdez & Sanín, 1996).

No se sabe a ciencia cierta por qué el riesgo de violencia doméstica aumenta con el embarazo, lo que sí se conoce es que el embarazo es, en mayor o menor grado, una etapa de estrés para el futuro padre. Es posible que se sienta agobiado por las responsabilidades futuras, o que esté resentido con un(a) hijo(a) que compite con él por el cuerpo de la madre, o con la mujer que le presta menos atención. Independientemente de las causas, los/las profesionales que atienden a embarazadas deben saber que ellas corren mayor riesgo de ser maltratadas, y que su vida y la de su hija(o) pueden estar en peligro.

Mitos y realidades en torno a la violencia contra la mujer

Los/las profesionales de la salud, como cualquier otro miembro de una determinada comunidad, tienen ciertas creencias, mitos y tradiciones relacionados con las mujeres, el matrimonio, la familia y la violencia, algunos de los cuales les impiden tomar conciencia de la gravedad del problema y reconocer su responsabilidad como seres comprometidos con la salud y con la vida. Los mitos sobre la violencia contra la mujer pueden justificarla, minimizar su importancia y usarse como excusa para no tomar acción. Muchos refuerzan la creencia de que la culpa de la violencia es de la mujer, con lo que interfieren con la voluntad de proveer asistencia a la paciente. Corsi (1994), Schornstein (1997), Heise (1994), American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG (1995), Hoff (1994) y Helton (sin fecha) han descrito algunos mitos, así como sus correspondientes realidades. Enseguida se presentan algunos:

- **Mito:** La conducta violenta es innata en los hombres.
- **Realidad:** La violencia es una conducta que se aprende a través de los mensajes sociales y familiares. En este sentido, la violencia es una manera de resolver conflictos.

- **Mito:** Es perfectamente normal que un esposo golpee a su mujer en ciertas circunstancias.
- **Realidad:** La violencia es una violación a los derechos humanos de las personas. En ninguna circunstancia se tiene derecho de abusar de otra persona. Si bien es cierto que los conflictos provocan rabia, la violencia no es la única manera de expresarla, y dista mucho de ser la más adecuada.

- **Mito:** Las mujeres que son o han sido golpeadas “se lo han buscado”.
- **Realidad:** Aunque la conducta de una mujer provoque enojo en su pareja, esto no justifica el que sea maltratada. La conducta violenta es responsabilidad absoluta de quien la ejerce.

- **Mito:** La mayoría de las veces las mujeres que dicen ser víctimas de violencia lo que tienen es un desorden psiquiátrico.
- **Realidad:** Si bien es cierto que algunas mujeres sufren de desórdenes de esta naturaleza, en la mayoría de los casos un diagnóstico psiquiátrico desacreditará a la mujer que se atrevió a contar su historia de

abuso. Esto es algo a lo que deben estar alerta los/las profesionales de la salud, ya que la tendencia a buscarle explicaciones médicas a todas las conductas (medicalizar) y dar un diagnóstico de depresión o personalidad limítrofe, sólo oculta las raíces socioculturales del problema, evitando profundizar en las causas de esos síntomas.

- **Mito:** El número de mujeres que maltratan a sus parejas hombres y el de las madres que maltratan a sus hijos e hijas es prácticamente igual que la cantidad de padres, padrastros y novios abusivos.

- **Realidad:** Aunque es cierto que existen mujeres que maltratan a su pareja, el número es menor que el de hombres que maltratan a su pareja. Entre parejas, los daños más severos son responsabilidad de hombres abusadores. Cuando la violencia viene de la mujer, generalmente se trata de un acto de autodefensa y, por lo común, tiene pocas consecuencias o éstas son menos graves para el hombre.

- **Otra realidad:** Cuando las mujeres recurren a la violencia, sus compañeros reaccionan con más violencia e inclusive asesinato.

- **Otra realidad:** Respecto a las/los hijas(os), el dato no es preciso si se considera que las madres generalmente pasan más tiempo con ella(os) que los padres, y que su abuso no llega a ser severo.

- **Mito:** Las hijas de madres maltratadas siempre buscarán una pareja que las maltrate.

- **Realidad:** Si bien es cierto que existen estudios que correlacionan haber presenciado violencia entre los padres durante la niñez, con ser víctima de violencia, esto más bien podría explicar las razones por las que las mujeres permanecen en la relación de violencia y no el que “escojan” parejas abusivas. El abusador lo es por elección propia, no para “seguirle la corriente” a una víctima que lo escogió.

- **Mito:** La violencia es un problema privado entre dos adultos y no tiene por qué hacerse pública.

- **Realidad:** Las estadísticas presentadas sobre prevalencia demuestran que la violencia doméstica es un problema extenso que tiene costos altos para toda la sociedad. Cuando hablamos de la violación de los derechos humanos de una víctima que posiblemente no sepa cómo escapar del problema y que además puede estar en peligro, el problema se vuelve responsabilidad de todos(as).

- **Mito:** Las mujeres están seguras en el hogar. Corren más riesgos con los extraños o fuera de casa.

- **Realidad:** Contrariamente a la visión de la familia como un refugio de apoyo y amor, las niñas y las mujeres corren más riesgo de violencia en sus propias casas y de parte de alguna persona que conocen.

- **Mito:** Generalmente los actos de violencia se dan de manera aislada.

- **Realidad:** Los estudios indican que una vez que se está en el ciclo de la violencia, ésta ocurre de manera cada vez más frecuente y más grave, como lo muestran los estudios sobre la carga al sistema de salud.

- **Mito:** La violencia es un mal de las mujeres marginadas.

- **Realidad:** Aunque algunas investigaciones sugieren que la violencia doméstica es más común en familias de bajos recursos económicos, otras sugieren de manera consistente que la violencia se da en todos los estratos socioeconómicos y educativos. Se debe tener en cuenta que los datos de prevalencia provienen en su mayoría de organismos públicos, donde acuden más mujeres de escasos recursos económicos, razón por la cual se generaliza la información.

- **Mito:** Los hombres violentos sufren de enfermedades mentales.

- **Realidad:** Contrariamente a la opinión general, la mayoría de los hombres violentos no tiene trastorno mental alguno. Las investigaciones de Maiuro (1988, en Heise *et al.*, 1994) sobre hombres abusivos indican que son pocos los que tienen alguna psicopatología diagnosticada; y entre los que sí la tienen, no hay un patrón que demuestre que es la misma patología para todos. La mayoría de los hombres violentos ejercen lo que creen es su derecho natural de dominio de las mujeres.

- **Mito:** El abuso psicológico/emocional no es tan dañino como el físico.

- **Realidad:** Las personas que trabajan con víctimas de violencia doméstica reportan que las mujeres frecuentemente sienten que el abuso psicológico y la humillación son más devastadores que los ataques físicos. Heise (1994) reporta que en una investigación realizada en Irlanda, ante la pregunta, “¿qué fue lo peor de la experiencia de violencia física?”, las mujeres contestaron en este orden de prioridad: 1) la tortura mental, 2) vivir con miedo y aterrorizada, 3) la violencia física en sí, 4) la depresión o pérdida de confianza y 5) sus efectos en los hijos e hijas.

- **Mito:** El alcohol y la droga hacen que los hombres golpeen a sus mujeres.

- **Realidad:** Es común que tanto hombres como mujeres le adjudiquen la responsabilidad de la violencia al alcohol, en un intento de disculpar una conducta que de otra manera no sería tolerable. Sin embargo, aunque el efecto desinhibidor del alcohol exacerba la violencia, no es el causante *per se* de la violencia contra la mujer.

- **Mito:** La mayoría de las mujeres maltratadas nunca deja a sus agresores.

- **Realidad:** Algunas estadísticas de los Estados Unidos indican que entre 60 y 75% de las mujeres que acude a refugios, tarde o temprano abandona al hombre violento (Helton, sin fecha). Lo que ocurre, sobre todo en países en vías de desarrollo, es que muchas mujeres cuentan con pocos recursos económicos y tienen varios hijos, por lo que les cuesta más tomar la decisión de abandonar la relación. Por otro lado, tienen la esperanza de que el hombre cambie y con frecuencia creen en sus promesas de que no reincidirá en las agresiones.

- **Mito:** Las mujeres maltratadas que abandonan a su agresor después buscan a otra pareja que las maltrate.

- **Realidad:** Según los datos de prevalencia, es muy probable que una mujer sufra violencia por parte de una pareja alguna vez en su vida, pero las mujeres que logran escaparse de tal relación, frecuentemente evitan relaciones a futuro con el sexo opuesto.

- **Mito:** El que la víctima abandone al agresor garantiza que la violencia llegue a su fin.

- **Realidad:** Existen estudios que demuestran que la separación del agresor puede provocar más violencia y hasta la muerte de la mujer. Un reporte del FBI en los Estados Unidos señala que cada día mueren cuatro mujeres a manos de sus parejas masculinas y un tercio de todas las mujeres asesinadas lo son por el novio o esposo (Schulman, 1981; Browne, 1987; Federal Bureau of Investigation (FBI), 1992; en Schornstein, 1997).

- **Mito:** A las mujeres maltratadas les debe gustar el maltrato o de lo contrario abandonarían a sus parejas.

- **Realidad:** Existen múltiples razones de índole emocional, social y económica por las que una mujer no abandona a su agresor. Además, los sentimientos de culpa y vergüenza frecuentemente le impiden pedir ayuda, lo que de ninguna manera significa que le guste la violencia.

Sesión II. Las implicaciones de la violencia doméstica y el rol del personal de salud

El abuso hacia las mujeres conlleva implicaciones que el personal de salud debe conocer para comprender la importancia de su intervención. Como primer paso, es importante hablar de las consecuencias de la violencia, mismas que se catalogan básicamente en tres dimensiones: la del desarrollo socioeconómico del país, la de las/los hijas(os), y la individual. En cada una existen implicaciones específicas interrelacionadas e interactuantes entre sí, además de otras consecuencias. En seguida describiremos el impacto de la violencia doméstica en cada una.

El impacto sobre el desarrollo socioeconómico del país

La violencia de género afecta seriamente la participación de las mujeres en el ámbito laboral, lo que puede detener el desarrollo socioeconómico de un país. Por un lado, su productividad disminuye y pierden días de trabajo por las secuelas de la agresión. Por otro, el miedo al maltrato propicia que muchas mujeres no busquen promociones laborales que les permitirían recibir aumentos de salario. Heise (1994) señala dos puntos importantes: el abuso sexual ocasiona en las mujeres violentadas una menor educación y menores ingresos frente a aquellas que no han sufrido este tipo de abuso; la violencia provoca la ausencia de las mujeres en proyectos de desarrollo comunitario, ya que las amenazas de sus maridos, quienes temen perder el control, las hacen marginarse.

En los países latinoamericanos la violencia también afecta la planificación familiar. Muchas mujeres limitan el uso de anticonceptivos por miedo a la represalia de hombres que los rechazan por considerarlos coadyuvantes de infidelidad femenina y/o una afrenta a su masculinidad. Por lo mismo, las mujeres maltratadas, que constantemente están haciendo o dejando de hacer cosas que irriten a la pareja para así intentar evitar la violencia, difícilmente propondrán el uso de anticonceptivos.

Por último, hay que tomar en cuenta gastos médicos, como consultas, exámenes diagnósticos, hospitalizaciones, uso de salas de urgencia, medicinas y tratamientos especializados, incluyendo los psicológicos; gastos asociados con el sistema de justicia (agencias, minis-

terios públicos y policía); gastos de centros especializados para apoyar a víctimas de violencia, refugios para víctimas y sus hijas(os), y otros gastos, como visitas de trabajadora(e)s sociales, transporte y actividades de seguimiento del caso.

Impacto sobre los hijos e hijas

Según Heise (1994) y ACOG (1995), algunas de las posibles consecuencias son: exceso de sumisión y necesidad de apego, llanto excesivo, ansiedad, fobias, pesadillas, impulsos agresivos, problemas escolares y delincuencia, depresión, trastornos psicosomáticos, como dolores de cabeza y estómago, diarrea, úlceras, asma y enuresis, desórdenes en la alimentación y el sueño, indiferencia y vida fantasiosa y automutilación e ideación suicida.

Algunos expertos sugieren que a medida que estos(as) niños(as) crecen pasan de una etapa de simpatía y consideración por la madre violentada, a una hostilidad que aumenta y desemboca en agresión abierta hacia los padres, ya que empiezan a reproducir los patrones de conducta de los cuales son testigos(as).

Algunos(as) adolescentes intentarán frenar al abusador para que no dañe a la madre y, por lo tanto, pueden salir lastimados(as). Otros(as), simplemente huirán de sus casas convirtiéndose en niños(as) de la calle, con los riesgos que esta situación conlleva, incluyendo la prostitución.

En resumen, cuando un/una niño(a) es criado en una familia donde existe violencia, en la que sus modelos son un hombre agresivo y una mujer victimizada, el/la niño(a) cargará con cicatrices más difíciles de borrar que uno(a) que no pasó por esta experiencia.

Impacto sobre la mujer.

¿Por qué toleran las mujeres la violencia?

Para comprender por qué la mujer queda atrapada en una relación de abuso, o sale de ella, es importante conocer algunas de las teorías que intentan explicar este proceso. Una propuesta valiosa es la de Walker (1987), quien afirma que la violencia se desarrolla en una dinámica en la que la pareja se encuentra atrapada en un patrón de comportamiento cíclico compuesto de tres fases:

El ciclo de la violencia

Fase 1: Aumento de tensión. En este momento el agresor se enoja, discute y culpa a la mujer, provocando un aumento de la tensión en la relación. La mujer conserva un mínimo de control sobre la frecuencia y severidad de los episodios de abuso; puede apaciguarlos tratando de complacer al hombre o acelerarlos negándose a cumplir con sus exigencias. La razón de apresurar el estallido responde a que la mujer prefiere enfrentarlo de una vez en vez de seguir sufriendo la espera.

Fase 2: La explosión. Esta fase es la más corta, pero posiblemente la más dañina. Incluye la violencia física y consiste en un solo empujón, bofetada o golpe, o en horas de maltrato y terror, frecuentemente acompañadas del uso de armas u otros objetos que dañan y/o amenazan la salud de la mujer aún más. Es común que exista abuso psicológico y, en ocasiones, también sexual. Después de la fase 2 es cuando las mujeres acuden a los centros de salud, si es que lo hacen.

Fase 3: Luna de miel. En esta fase se da el alivio fisiológico de la tensión, lo que generalmente lleva a un arrepentimiento y a prometer no incurrir de nuevo en la violencia. También ocurre que el hombre niegue o minimice el abuso, o pida a la mujer que “no le vuelva a hacer perder la paciencia”. Existe la posibilidad de que, en etapas muy avanzadas de este ciclo, la fase 3 consista sólo en la ausencia de violencia.

Independientemente de otros factores que influyen para que una mujer maltratada no abandone a su agresor (miedo a represalias, a no poder mantenerse ella y sus hijos, al qué dirán), la etapa de arrepentimiento y promesas de cambio por las que pasa el hombre detiene a las mujeres, quienes aceptan las disculpas, promesas y regalos y pretenden creer que la situación va a cambiar. Sin embargo, las relaciones se alargan mientras la violencia tiende a ir en escalada y los abusos son cada vez más frecuentes. La mayoría de las mujeres víctimas de violencia (y sus hijos e hijas) aprenden a reconocer el patrón de conducta del compañero y tratan de utilizar varios mecanismos de ajuste para intentar prevenir el abuso o disminuir su intensidad. Sin embargo, hay que entender que el maltrato se da independientemente de lo que haga la mujer para impedirlo.

La desesperanza aprendida

Las relaciones de violencia llevan a las víctimas a la depresión. Una mujer constantemente lastimada, sin perspectivas, y que ha acabado por creer que su vida no tiene alternativas, caerá en un estado depresivo

que la paralizará aun más para tomar acciones, y percibirá su capacidad para escapar de la relación como nula.

Ya en dicho estado, conocido como desesperanza aprendida, la mujer se adapta a las circunstancias utilizando mecanismos como la minimización o negación, e inclusive la disociación. Walker (1989) dice al respecto: “cada vez con mayor frecuencia escogen hacer lo que tenga más probabilidades de éxito para minimizar el dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en vez de arriesgarse a que las lastimen aún más o las maten tratando de escapar”.

Cabe enfatizar que no todas las mujeres maltratadas que permanecen con el agresor responden a la violencia con pasividad. Muchas tratan de evitar situaciones que podrían alterar a la pareja, otras luchan en defensa propia y, de hecho, algunas matan a su agresor porque perciben que ésa es la única salida que les queda para acabar con la violencia (Dutton, 1992 en Schornstein 1997, p. 60).

Desorden por estrés post-traumático

Así como muchos veteranos de guerra, sobrevivientes de desastres u otras víctimas de situaciones de violencia, las mujeres maltratadas llegan a sufrir un desorden de ansiedad conocido como desorden de estrés post-traumático. Este se distingue por la aparición de uno o más de los siguientes síntomas: conducta autodestructiva e impulsiva; alteraciones en el afecto, síntomas de disociación, quejas somáticas, sentimientos de inadecuación, vergüenza, desesperación o desesperanza, sentirse dañada permanentemente, pérdida de creencias anteriores, hostilidad, retraimiento social, sentirse constantemente en peligro, incapacidad para relacionarse adecuadamente con las demás personas, cambio en las características previas de la personalidad.

Según la Asociación Americana de Psicología (APA) (1994), el desorden de estrés post-traumático se da cuando se cumplen las siguientes condiciones:

- 1) La persona ha estado expuesta a un evento traumático en que se dieron las siguientes condiciones: ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a uno o más eventos que impliquen muerte o amenaza de muerte, daños graves, amenaza a la integridad física propia o de otros y su respuesta fue de miedo intenso, horror o impotencia.
- 2) El evento traumático se experimenta persistentemente de una o más de las siguientes maneras: recuerdos angustiantes y recurrentes

tes que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, sueños recurrentes; actuar o sentir como si el evento estuviera pasando una y otra vez; angustia intensa al estar en contacto con eventos o cosas que pueden simbolizar o se parecen al evento traumático; reacciones fisiológicas al exponerse a situaciones internas o externas que simbolizan o se parecen al evento traumático.

- 3) Evitación recurrente de los estímulos asociados con el trauma y adormecimiento de la respuesta general (que no estaba ausente antes del trauma), indicada por tres (o más) de los siguientes factores: esfuerzos para evadir los pensamientos, sentimientos y conversaciones asociadas al trauma; esfuerzos por evadir actividades, lugares o gente que nos hacen acordarnos del trauma; incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma; disminución marcada del interés en participar en actividades significativas; sentimientos de desapego de otros; rango limitado de afecto (por ej. no gozar sentimientos de amor); sentido de un futuro limitado.
- 4) Síntomas constantes de aumento en la agitación (ausentes antes del trauma), indicados por dos o más de los siguientes: dificultad para dormirse o permanecer dormida, irritabilidad o explosiones de rabia, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuesta exagerada de susto.
- 5) Las alteraciones (los síntomas descritos en las secciones 2, 3 y 4) pueden durar más de un mes.
- 6) La alteración causa desórdenes clínicamente significativos o incapacidad para el funcionamiento social, laboral u otras áreas de funcionamiento.

El Síndrome de Estocolmo

La aproximación de Graham, Rawlings y Rimini (en Yllo & Bograd, 1988) para explicar la permanencia de la mujer en la relación violenta sugiere que algunas de las reacciones psicológicas de las mujeres maltratadas se explican como resultantes de la experiencia de haber padecido abuso de manera similar a los rehenes.

Al fenómeno de crear un vínculo con el agresor se le ha denominado Síndrome de Estocolmo. Éste tiene que ver con un asalto de banco ocurrido en Estocolmo, en el que entre asaltantes y rehenes se crearon tales vínculos que, incluso, una de las rehenes se comprometió posteriormente con uno de los delincuentes.

Este fenómeno de vincularse o “quedarse” con el agresor puede interpretarse como pasividad; sin embargo, es una estrategia activa de

supervivencia ante los riesgos que implicaría tratar de separarse (incremento de violencia e inclusive de riesgo de muerte). De hecho, el Síndrome de Estocolmo es considerado una respuesta “normal” ante una situación anormal.

Según Graham (*et al.*), el Síndrome de Estocolmo se presenta siempre y cuando se den las siguientes cuatro condiciones: se perciba una amenaza a la supervivencia física o psicológica y se crea firmemente que el abusador cumplirá con esa amenaza; la persona cautiva, dentro del contexto de terror, perciba la más mínima expresión de amabilidad de parte de su captor; exista un aislamiento total de perspectivas que no sean las del abusador; y que la víctima perciba incapacidad para escapar.

La teoría explica que la víctima necesita afecto y protección. Sin embargo, al encontrarse aislada de los demás su única opción es el abusador. Si éste expresa la más mínima consideración, la víctima niega su rabia ante el lado aterrador del agresor —ya que el sentimiento de rabia podría ser abrumador— y crea un vínculo con su lado positivo. Con la esperanza de que su agresor la deje vivir, la víctima se esfuerza por mantenerlo contento volviéndose hipersensible para detectar sus necesidades y estados de ánimo. A medida que va pasando el tiempo, y con tanto esfuerzo para tratar de pensar y sentir como el atacante, la víctima, de manera inconsciente, llega a sentir como suya la visión del mundo del antagonista. Sus necesidades, sentimientos y puntos de vista pasan a segundo plano, ya que interfieren con lo que debe hacer para sobrevivir. De esta manera, el agresor parece ser “el bueno” para la víctima y las personas que intentan ayudarla, como la familia, la policía, los/las terapeutas, pasan a ser “los malos” en su vida. El grado de penetración con el agresor es tal, que será difícil abandonarlo aunque se tenga la oportunidad. Después de todo, la víctima ha negado el lado violento del abusador y su propia rabia, por lo que no ve razones para abandonarlo. Además, y considerando el aislamiento en que se encuentra la mayoría de las víctimas, el agresor se convierte en la única fuente de consuelo.

En la dinámica de esta dependencia, existen dos mecanismos que dificultan la separación del agresor cuando la relación ha sido prolongada: miedo de la víctima a perder la única relación posible para ella y miedo a perder la única identidad que le queda, es decir, ser vista a través de los ojos del agresor. Estos miedos se expresan como miedo al abandono y a no saber quién se es, lo que se ve como una amenaza a la supervivencia psicológica. Aún después de la separación, prevalecen sentimientos de que el agresor volverá para atraparla una vez más y de que existe el riesgo de que la mate. La víctima “liberada” vive temerosa

de su supervivencia física y no se libera psicológicamente de su agresor, por lo que le es fiel durante mucho tiempo después de la separación, aun cuando aquél haya muerto.

Indicadores del Síndrome de Estocolmo

Para comprender este síndrome deben tomarse en cuenta algunos indicadores que se observan en el agresor y en la víctima:

- la víctima y el agresor mantienen un vínculo bidireccional;
- la víctima agradece intensamente las pequeñas amabilidades del abusador;
- la víctima niega o racionaliza la violencia contra ella;
- la víctima niega su propia rabia hacia el abusador;
- la víctima está en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del abusador y busca mantenerlo contento. Para lograrlo, trata de “meterse” en la cabeza del agresor;
- de acuerdo con el indicador anterior, la víctima percibe a las personas que desean ayudarla como “malas” y al abusador como “bueno”. Siente que el abusador la protege;
- para la víctima es difícil abandonar al abusador aún después de tener el camino abierto;
- la víctima tiene miedo de que el agresor regrese por ella aún cuando esté muerto o en la cárcel;
- la víctima presenta síntomas de estrés post-traumático.

Contrario a lo que comúnmente se piensa, la separación inmediata y definitiva no es una opción real para la mujer víctima de maltrato. La separación es parte de un proceso largo. Una mujer se separa y regresa con su agresor en numerosas ocasiones como una manera de probarse a sí misma en condiciones de independencia. Por otro lado, aún permaneciendo en la relación, la mujer puede lograr cambios, siempre y cuando reciba el apoyo necesario.

El atrapamiento y la recuperación

A partir de una investigación realizada con mujeres que habían sido maltratadas, Landenburger (1989) propone cuatro fases para describir el proceso de estar atrapada y recuperarse de una relación de abuso: apego, aguante, desapego y recuperación.

1) *El apego*. Abarca el desarrollo inicial de la relación y el comienzo del abuso. Los aspectos positivos dominan los aspectos negativos, ya que la mujer tiene el deseo y las expectativas de una relación de amor, familia, etc., y todas las características de la pareja se ven bajo esta luz positiva. Las señales de alarma se pasan por alto, normalmente adjudicando los problemas a lo nuevo de la relación. La mujer se esmera en tener contenta a la pareja y siente que si logra hacer todo bien, los problemas desaparecerán. No piensa en los problemas de la pareja sino en lo que ella está haciendo mal para provocar la violencia.

En algún momento de esta fase la mujer comienza a dudar de la normalidad de la situación y piensa en abandonar a la pareja, pero no hace planes para llevarlo a cabo. Es como si pensara que dejar a la pareja no depende de ella y sólo logra pensar que la relación terminará. Por otro lado, existe un conflicto constante entre los aspectos positivos de la relación y los pensamientos y sentimientos que la atormentan.

2) *El aguante*. Esta podría considerarse como una etapa de resignación, en la que la mujer siente que tiene que ajustarse al abuso. Se aprecian los buenos momentos y se bloquean los aspectos negativos. La víctima se centra en las posibles soluciones al abuso y no en el problema en sí. Continúa pensando que ella es la responsable, además de que siente que le ha invertido tanto a la relación que quiere creer a su pareja cuando le dice que no volverá a pasar.

Al mismo tiempo, la pareja empieza a esforzarse por cubrir el abuso para así protegerse del estigma social. Por su lado la mujer se preocupa, además, por el bienestar del hombre que podría ser encarcelado o perder su trabajo. Así las cosas, se retrae cada vez más, desarrollando sentimientos de minusvalía y perdiendo la esperanza de que la situación mejore. Se siente atrapada en una relación que cree no poder dejar, con el miedo de quedarse y no sobrevivir; siente que si se queda, su pareja la matará o ella a él. Todo esto la puede estimular para pasar a otro nivel de conciencia de su situación.

3) *El desapego*. Durante esta etapa, la mujer se empieza a identificar con otras mujeres en situación similar y ya puede darle nombre a lo que le ha estado pasando, tomando conciencia de que la violencia no es normal. Intenta buscar ayuda y encontrar gente que la apoye en vez de apoyarse en quienes la culpan o la cuestionan. Reconoce que le será difícil separarse, pero no ve los obstáculos como insuperables.

La mujer todavía permanece dividida: por un lado es fiel a su pareja, y por otro, piensa que debe abandonarlo si quiere sobrevivir. Comienza a creer que su vida no tiene sentido y que es mejor morir a seguir así. Aparecen sentimientos de rabia hacia ella y su pareja, mezclándose

con el miedo permanente. Es esta rabia la que le permitirá movilizarse y salir de la relación.

Una vez que se abandona la relación, la mujer experimenta sentimientos que pensó ya no existían. Vuelve a sentirse humana y sabe que es capaz de hacer lo que ella quiera. Sin embargo, estos sentimientos positivos van y vienen.

No es fácil que una mujer víctima de violencia sobreviva por cuenta propia; se necesita trabajo, esfuerzo, reconocer el sufrimiento y la ayuda de los demás. El proceso de depender y creer en sí misma puede tardar muchos años o nunca completarse. Puede regresar con su pareja una y otra vez, o puede seguir relacionada con su compañero por mucho tiempo, aún después de la separación. Su recuperación se dará cuando haya trabajado sus múltiples pérdidas y se haya librado de sus culpas y de la pérdida de su pareja.

4) *La recuperación.* Comprende desde el periodo de ajuste inicial hasta que la mujer recupera el equilibrio de su vida. La mujer se centra en las necesidades de comida, refugio y seguridad y debe aprender a no contar con su pareja. Al mismo tiempo, debe luchar constantemente contra las acusaciones de otros(as) que la culpan por el fracaso de la relación y debe pasar por un periodo de duelo, mismo que se agudiza cuando hay hijos(as) de por medio. En ocasiones, extraña los buenos momentos de su vida en pareja, sin embargo debe desprenderse de esa necesidad de cuidar a la pareja y concentrarse en ella misma.

El rol de los profesionales de la salud.

¿Por qué es importante intervenir?

La mujer no siempre logra emprender el camino a la recuperación por sí misma. Con esto en mente, es necesario que el personal de salud comprenda la importancia de su intervención y se prepare de manera acorde. No se pretende que los/las médicos(as), enfermeras(os), auxiliares de salud y trabajadoras(es) sociales se conviertan en psicólogas(os) de tiempo completo. Lo que se intenta es que reconozcan el problema de la violencia como un problema de salud pública y que se den cuenta de que dichos espacios son ideales para la detección de estos casos, ya que tarde o temprano las mujeres acuden a consulta por una u otra razón. Por otro lado, se busca que el registro adecuado de casos de violencia sirva para demostrar a las autoridades gubernamentales la magnitud del problema y que se tomen acciones al respecto. Por último, consideramos que el verdadero valor de la asistencia reside en el impacto que tendrá en la calidad de vida de las víctimas.

Con unas cuantas preguntas de rutina, la empatía necesaria para dar apoyo momentáneo y los conocimientos para referir a la paciente a centros de apoyo a víctimas de violencia, el personal de salud estará asumiendo su papel de guardián y promotor de la salud y de la vida.

Obstáculos para el manejo de la violencia contra la mujer

Barreras del personal de salud

En general, los/las profesionales de la salud adjudican la falta de detección a factores como el miedo de las propias pacientes a ser identificadas como víctimas; a que las pacientes no lo declaran voluntariamente durante la historia clínica; a que perpetúan ciertos mitos, o a que no están capacitadas(os) para hacerlo. Algunas de las barreras que impiden esta intervención, según un estudio de Sugg & Inui (1992) son:

1) *Incomodidad por identificación.* Cuando los/las médicos(as) perciben a sus pacientes como “iguales”, es más fácil que se identifiquen con ellos(as) y, por lo tanto, nieguen la posibilidad de la violencia. Para una persona que viene de una familia sin violencia, es difícil ver a otra del mismo nivel socioeconómico como víctima de la violencia. Por otro lado, el diagnóstico de abuso también puede estar sesgado porque los/las médicos(as) tengan alguna historia personal de abuso o violencia.

2) *Miedo a ofender.* Se relaciona con la incomodidad del médico por trabajar áreas que culturalmente se consideran privadas, y se expresa como miedo a ofender a la paciente y arriesgar la relación médico(a)-paciente. Aunque es cierto que para muchas mujeres es difícil exponer su condición, la realidad es que en la mayoría de los casos las mujeres quisieran que algún(a) profesional de la salud detectara el problema y las ayudara a solucionarlo.

3) *Incredulidad.* Sugg & Inui (1992) encontraron que aún en el caso de pacientes que respondieron positivamente a las preguntas en relación con la violencia, los/las médicos(as) no diagnosticaron el caso, expresando que necesitaban conseguir información “no sesgada” de otras personas que no fueran la supuesta víctima. Sus declaraciones expresan la creencia de que no se puede acusar a alguien de ser agresor “así nada más” y que es posible que la paciente esté mintiendo.

4) *Sentimiento de impotencia.* Los/las médicos(as) tienden a declarar que el problema es demasiado complejo y que no tienen “herramientas” para lidiar con él, lo que les frustra y hace sentir incapaces. En realidad, la mayoría de las mujeres maltratadas afirma haber querido que al-

gún(a) profesional de la salud le hubiera preguntado si era víctima de abuso. Las mujeres necesitan información para tomar decisiones informadas, y si se pone atención a sus necesidades, se exploran sus opciones, se les brinda atención médica y se les dan alternativas de referencia, se les ayuda a romper el ciclo de la violencia.

5) *Pérdida de control.* Existe frustración ante la dificultad de dar seguimiento a una paciente que se refiere por violencia, y ante la realidad de que los resultados dependen en gran parte de la misma. A esto se suma la falta de apoyo a la paciente tanto dentro del sistema de salud en general, como en el sistema judicial. En cuanto al apoyo institucional, existen pocos centros y no prestan el servicio esperado, como es el caso de los ministerios públicos y las delegaciones, por lo que existe la necesidad de formar y fortalecer tales opciones.

Asimismo, para muchos(as) profesionales es difícil aceptar que no controlan la conducta de sus pacientes. Esta necesidad de tener el control y de solucionar los problemas de manera rápida es uno de los mayores obstáculos para que los/las médicos(as) acepten intervenir en casos de violencia doméstica.

6) *La esclavitud del horario.* Esta es una de las razones más fundamentadas por los/las médicos(as), ya que el exceso de trabajo y falta de tiempo son una realidad.

7) *Desconocimiento de la magnitud del problema.* En este rubro vale la pena aclarar que un gran número de profesionales de la salud sienten que la violencia doméstica es tan baja que no vale la pena dedicarle tiempo. Algunos(as) otros(as) expresan que ese papel no les corresponde, lo que indica un claro miedo a comprometerse con su posible intervención.

En general, algunas de las implicaciones importantes del estudio arriba mencionado son:

a) La identificación de los/las médicos(as) con las pacientes de su mismo nivel socioeconómico puede provocar que éstas nunca sean diagnosticadas y que la violencia siga reconociéndose como algo que le pasa sólo a las clases marginadas; b) el miedo a ofender a las pacientes está arraigado en los valores culturales que definen lo privado. El hecho de que el/la médico(a) tenga estos valores, y al mismo tiempo esté consciente del daño perpetrado contra la salud, la pone en una situación de conflicto ante la cual no sabe reaccionar; c) los/as médicos(as) no se sienten ni están capacitados(as) adecuadamente para tratar la violencia doméstica, pues les resulta difícil manejar sus propios sentimientos ante lo que están oyendo y se sienten incómodos(as) de no saber qué hacer y d) el factor tiempo aumenta estas presiones y mie-

dos, por lo que resulta necesario reconocer que gran parte de las enfermedades tiene causas emocionales que necesitan investigarse más a fondo, y así ahorrar citas recurrentes por enfermedades crónicas que no se logran controlar.

Otras barreras del personal de salud

1. *Medicalización del problema.* Otra barrera es la tendencia a “medicalizar”, es decir, a interpretar los problemas, ya sean médicos o no, en un contexto estrictamente médico. Así, la paciente es diagnosticada como depresiva y el agresor es disculpado porque sufre de locura temporal.

2. *Actitudes prejuiciosas.* También existe una actitud generalizada que culpa a la víctima de su situación. La pregunta: “¿por qué las mujeres maltratadas se quedan con sus agresores?”, o la afirmación: “¡las golpean porque se dejan!”, ejemplifican la creencia tradicional de que es responsabilidad de la víctima hacer algo para detener el abuso. Si la actitud cambiara, ¿acaso no deberían ser los hombres abusivos los que tendrían que rehabilitarse o irse de sus casas? Tales actitudes tienen un impacto determinante en la dinámica de la relación con la paciente víctima de violencia, ya que pueden llegar a obstaculizar la adecuada aplicación de los conocimientos. De esta manera, por ejemplo, un(a) profesional de la salud que normalmente se comunica de manera adecuada (técnicamente correcta) con sus pacientes, puede, a través de una actitud prejuiciosa, olvidarse de la importancia de la comunicación y de cómo hacerlo adecuadamente con una víctima de violencia.

Barreras de las pacientes

Pese a ser una práctica común, la violencia doméstica sigue siendo uno de esos temas de los que no se habla. Cada vez existen más estudios que arrojan cifras alarmantes y, sin embargo, en el ámbito social son pocas las personas que han hecho algo para intentar combatirla. Este “silencio social” en el que pareciera haber un acuerdo tácito entre las mujeres violentadas y el resto de la sociedad para no hablar del tema, se manifiesta en el ámbito de la salud de tres maneras: la incapacidad o reticencia de la paciente para pedir ayuda médica, que la paciente le oculte información al personal de salud y que el personal de salud no haga preguntas relacionadas con el problema.

La víctima tiene un sinnúmero de razones para no hablar del tema. Algunas son más o menos controlables o más o menos reales que

otras, sin embargo, para ella todas son importantes y reales, todas incluyen el miedo, se relacionan entre sí y son utilizadas como barreras cuyo efecto sólo prolonga la relación de violencia y el consecuente sufrimiento. La siguiente información fue recopilada de varias fuentes como Schornstein (1997), Rodríguez, Szkupinsky & Bauer (1996), y Santa Clara County (1994):

1. *Barreras relacionadas con el agresor.* La paciente no habla del tema con el personal de salud porque tiene miedo de las represalias, ya sea por experiencias anteriores o por amenazas. La víctima sabe que el agresor estará enojado por su “indiscreción” y que lo más probable es que la lastimará aún más y que podrá tomar otras medidas de control, como aislarla más del medio externo, quitarle a los hijos, restringirla económicamente, abusar de ella sexualmente, e inclusive llegar a matarla. Por otro lado, la víctima teme que “por su culpa” detengan al agresor, lo encarcelen, pierda el trabajo o lo señalen socialmente. Por último, la víctima puede querer al agresor y estar convencida de que la violencia es justificada, ya sea porque él tiene problemas, porque estaba tomado o porque ella lo provocó, por mencionar algunas excusas.

2. *Barreras relacionadas con la familia y la sociedad.* Debido a que la sociedad y la familia, en general, consideran que la violencia es asunto privado entre dos personas adultas, y que la pareja ya ha desarrollado un sistema a través del cual se sobrentiende que lo que está pasando se debe ocultar, la mujer no se atreve a hablar porque iría contra lo que los/las demás esperan de ella. Hablar del tema abre la posibilidad de una especie de intromisión y de la eventual separación del agresor, lo que iría en absoluto detrimento de su papel como mujer. Tanto la familia como la sociedad esperan de ella que aguante como muchas otras y, probablemente, la rechazarán si no cumple. La víctima también piensa en sus hijos(as) y en que no puede privarles de su padre. Después de todo, la “integración” familiar es importante en nuestra cultura.

3. *Barreras relacionadas con la propia víctima.* Por un lado, la víctima tiene miedo de la eventual separación, pues no se siente capaz de mantenerse económicamente y menos de sostener a sus hijos(as). De igual manera, sufre el temor de perder a sus hijos(as) o de no poder cumplir debidamente con la responsabilidad de ser papá y mamá. En general, tiene miedo de quedarse sola con todo lo que implica ser una mujer sola y con hijos(as) en nuestras sociedades.

Por otro lado, se debe tomar en cuenta que la mujer víctima de maltrato generalmente lleva mucho tiempo de ser agredida, lo que ha propiciado un detrimento en su autoestima y, en consecuencia, en su capacidad de acción.

4. *Barreras relacionadas con el personal de salud.* En general, los/las pacientes perciben al personal de salud, y sobre todo a las/los médicos(as), como “semidioses(as)” distantes, siempre ocupados(as), sin tiempo para escuchar problemas que van más allá de las enfermedades. Por otro lado, la poca confianza en la relación médico(a)-paciente propicia que ésta imagine que si confiesa su problemática, el profesional de la salud la podría traicionar y todos, inclusive su pareja, se podrían enterar.

Por último, cabe mencionar que muchas mujeres que han acudido a centros de apoyo a víctimas de violencia y a instituciones de procuración de justicia solamente han perdido su tiempo y no las han ayudado.

Al reflexionar sobre estos factores, surge la pregunta ¿cómo puede una mujer asustada, con autoestima baja, tratando de cuidar las apariencias, de proteger a la pareja, y con el respeto natural que infunde el personal de salud, declarar que es víctima de violencia?

El personal de salud debe comprender que si para los/las especialistas es difícil tratar el tema, para la víctima es extremadamente doloroso, humillante y amenazador. Por ello, debe estar alerta a detectar signos específicos y debe capacitarse para adquirir los conocimientos y habilidades que le permitirán intervenir de manera adecuada.

Consideraciones éticas en relación con el manejo de casos de violencia contra la mujer

Existen múltiples consideraciones éticas en relación con el papel del personal de salud en la violencia doméstica. ¿Sigo insistiendo para que mi paciente, de quien estoy segura(o) de que es víctima de violencia, reconozca su situación o debo asumir que si lo niega una y otra vez en cada consulta es que no lo quiere compartir conmigo? ¿Debo hacer preguntas si siento que no podré manejar las posibles consecuencias? ¿En qué puede influir que yo haya sido víctima de violencia? ¿Cuál es mi verdadero papel ante el sufrimiento humano? ¿Mi obligación sólo incluye aliviar síntomas o puedo ofrecer soporte y alternativas de apoyo a mis pacientes que sufren?

La delimitación de las responsabilidades del personal de salud

El juramento hipocrático compromete a médicos(as) a estar a disposición de sus pacientes, pero a la vez plantea algunos cuestionamientos

éticos sobre el ejercicio de los derechos y deberes de los/las facultativos(as): *a)* el derecho de llegar temprano a casa en lugar de retrasarse escuchando los problemas de las pacientes; *b)* el derecho al reposo cuando se sienten mal o están enfermos(as); *c)* el derecho a proteger la vida y no arriesgarla por atender y apoyar a pacientes maltratadas cuyos agresores pueden tomar represalias por haberse involucrado en “lo que no es de su interés” y *d)* el derecho a la educación, a la vida familiar, a la diversión y, en general, a la intimidad.

Por otro lado, no cabe duda de que la víctima de violencia que llega ante el profesional de la salud necesita que le pregunten, la escuchan sin enjuiciarla y le enseñen a dónde acudir para que le apoyen y asesoren.

La toma de decisiones y/o resolución de los conflictos derivados serán siempre de carácter personal, sujetos al criterio de cada individuo.

Preparación para la intervención

Para abordar el problema de la violencia doméstica, los/las especialistas deben reflexionar sobre el compromiso adquirido y prepararse para contar con: los conocimientos que le harán tomar consciencia de la magnitud del problema, le permitirán entender las consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres y en el ámbito familiar y social, les ayudarán a comprender la dificultad que tienen las mujeres para abandonar una relación de violencia y les facilitarán la comprensión de sus propios sentimientos y prejuicios hacia la violencia; las habilidades que le permitirán llevar a cabo la detección, el apoyo y la referencia de manera empática, clara y apoyadora. Asimismo, serán herramientas útiles que, apoyadas en el conocimiento, servirán para hacer diagnósticos diferenciales, identificar a mujeres en situaciones de riesgo y presentar alternativas.

La seguridad de la paciente y del(a) profesional de la salud

Existe el riesgo de homicidio de las víctimas de violencia por su pareja o ex pareja, por lo que debe ser obligación absoluta de los/las profesionales de la salud valorar el riesgo que una mujer maltratada corre antes de que ella abandone la institución de salud. Se debe tomar en cuenta que el tipo de lesiones y la gravedad o levedad de las mismas, no predice el riesgo de violencia futura. Es decir, el hecho de que la mujer se pre-

sente con lesiones leves, no quiere decir que su vida no corra riesgo, o viceversa. Además, muchas mujeres tienden a minimizar el peligro que enfrentan. Se profundizará este aspecto de evaluación de riesgo en la siguiente sesión. También deberán considerar que las mujeres cuya relación ha sido de violencia prolongada, llegan a matar a su agresor, con las consecuentes implicaciones.

Por otro lado, se debe considerar la seguridad del personal de salud, ya que cada vez que éste(a) detecta y/o apoya y/o refiere a una víctima de violencia, existe el riesgo potencial de que sea amenazado(a) o agredido(a) por el mismo agresor.

Como lo señala Schornstein (1997), el hombre que agrede a su pareja y que tiene miedo de que ella lo denuncie, la acompañará a los servicios médicos para evitar ser delatado. Este riesgo potencial no se cumplirá, siempre y cuando el/la profesional de la salud proceda con debida precaución. Por ejemplo, al detectar una probable víctima de violencia, no deberá indagar sobre el posible abuso, si su pareja está presente. Aún cuando la paciente entre sola a consulta y revele el maltrato, el/la profesional de salud deberá prevenirla acerca de las consecuencias de informar a su pareja sobre esta revelación. De esta forma, protegerá tanto a la paciente como a sí mismo de una posible agresión.

La confidencialidad

El factor confidencialidad ha sido una regla a seguir en la profesión médica. A través de la historia, el “secreto médico” ha tenido como propósito básico proteger los intereses personales de los/las pacientes, y la mayoría conserva la confianza en el secreto profesional de los galenos.

Sin embargo, el tema de la violencia es considerado algo tan privado y vergonzoso que aún ante la certeza de la confidencialidad las pacientes no lo revelan con facilidad. Si a esto le sumamos el miedo tan real en relación con las represalias del abusador, las probabilidades disminuyen aún más. Por ello, es de vital importancia que el personal de salud tome las medidas necesarias para que sus entrevistas siempre se lleven a cabo a solas con la paciente (sin la presencia de la pareja) y en un lugar que garantice la privacidad.

Cabe señalar que, aunque en general éste no es el caso en el departamento de urgencias de las instituciones de salud, debe considerarse que en México y el resto de Latinoamérica las pacientes mujeres frecuentemente entran a consulta acompañadas, por lo que es importante reflexionar sobre las implicaciones relativas a la confidencialidad y la pertinencia de hacer preguntas sobre posible maltrato.

Sesión III. Desarrollo de habilidades y recursos para el manejo de la violencia contra la mujer

Aprendiendo a detectar casos de violencia contra la mujer

Los datos que a continuación se presentan fueron tomados de: American Medical Association (1994) y de ACOG (1995b):

Signos y síntomas directos²

El personal de salud debe estar alerta a las siguientes lesiones que puede presentar una víctima de violencia:

Hematomas	Laceraciones	Equimosis
Fracturas	Heridas	Esguinces
Quemaduras	Traumatismo craneoencefálico	Lesión muscular
Luxaciones	Trauma ocular	Raspaduras

Las manifestaciones visibles ocurren con más frecuencia en la parte central del cuerpo, en la cabeza y el cuello. Es conveniente explorar las condiciones del cabello y cuero cabelludo, así como revisar cara y cuello, pecho, abdomen, pelvis y nalgas y muslos. También es importante estar atentos(as) a heridas o lesiones en distintas etapas de cicatrización o mejoría. Las heridas en los antebrazos pueden ser el resultado de un intento de defensa propia. Es muy importante aclarar que el grado o tipo de herida de una paciente no necesariamente refleja la gravedad del ataque. Por ejemplo, un intento de asesinato con arma de fuego puede no dejar rastros.

Haciendo hincapié en la relación embarazo-violencia, los/las profesionales que atienden a embarazadas deberán estar alertas a: lesiones en pechos, abdomen y área genital, o dolores inexplicables; abuso de sustancias adictivas, mala nutrición o desnutrición, depresión y falta de asistencia, asistencia esporádica o asistencia tardía a las consultas de control prenatal; abortos “espontáneos”, pérdidas y labor prematura.

Además, hay que tomar en cuenta que el estrés de vivir en una situación de violencia también tiene consecuencias fisiológicas como: dolores psicogénicos, dolores crónicos (por ej. cefaleas), desórdenes del sueño y del apetito, fatiga, disminución en la concentración y problemas gastrointestinales, dermatitis, palpitaciones, mareos, parestesias o falta de aire, y dolores atípicos, problemas ginecológicos, como infecciones

vaginales y del tracto urinario muy frecuentes, así como dispareunia y dolores pélvicos. Algunos médicos(as) han notado que los padecimientos crónicos como asma, convulsiones, diabetes, artritis, hipertensión y problemas del corazón, se ven exacerbados o no se controlan tan eficientemente en mujeres que sufren maltrato.

Los siguientes padecimientos no son inmediatamente observables y tienen que ver con la salud mental de la víctima: depresión, ataques de pánico, síntomas de ansiedad (palpitaciones, temblor, sudoración), hipervigilancia, trastorno de somatización, reacciones típicas de estrés post-traumático (pesadillas, revivir el episodio, etc.), abuso de alcohol y/o drogas e intentos de suicidio.³

Cada vez se hace más patente que casi todas las enfermedades tienen al menos algún componente emocional. Es responsabilidad del personal de salud saber hacer diagnósticos que vayan a la(s) causa(s) de los problemas y que descarten la posibilidad de la violencia como la raíz del padecimiento.

El diagnóstico diferencial

Es importante que el personal de salud comprenda que la violencia doméstica es la causa de muchos padecimientos físicos y psicológicos, sin negar la posibilidad de que existan otros factores. Si no se indagan las verdaderas causas, la mujer seguirá siendo maltratada y el personal de salud la seguirá atendiendo tradicionalmente, intentando “curarla” una y otra vez.

Signos y síntomas indirectos

Los factores que a continuación se presentan son útiles como posibles claves de que la paciente es víctima de violencia.

1) *Presentación inicial.* La paciente describe muy vagamente la causa de la lesión, la explicación no coincide con la lesión, acude a consulta tiempo después de que ocurrió la lesión.

2) *Cómo se comporta.* Está nerviosa, ríe de manera inapropiada, llora, suspira, muestra ansiedad, está a la defensiva o enojada, no sostiene la mirada, le cuesta mirar a los ojos, le resta importancia a sus lesiones.

3) *Lo que dice.* Habla de una “amiga” que es víctima de la violencia, hace mención del mal carácter de su pareja, dice que está nerviosa y que no sabe por qué, menciona haber padecido abuso de niña o haber visto cómo abusaban de su madre.

4) *Historia clínica.* Ahí puede observarse propensión a accidentes, hipocondría, visitas frecuentes a consulta, quejas vagas o síntomas sin evidencia de anormalidades fisiológicas, uso frecuente de tranquilizantes menores o analgésicos, tratamientos inconclusos, negación de ayuda.

5) *Comportamiento del compañero.* Observa y controla las interacciones, responde las preguntas dirigidas a la mujer, comportamiento demasiado esmerado, comportamiento hostil y arrogante con el personal de salud, se niega a dejar la sala de revisión.

En general, un indicio indirecto de una relación de violencia podría ser una pareja/esposo demasiado ansiosa que intenta estar cerca de la mujer en todo momento y que trata de controlar la conversación, desviándola de ciertos temas y contestando por ella. Es importante que si no se separó, o no se pudo separar a la pareja antes de entrar a consulta, se le indique de alguna manera que no entrará a la sala de exploración. Algunos(as) médicos(as) cuelgan letreros que especifican que el acceso es sólo para pacientes, y de esta manera solucionan la situación y logran el tiempo a solas que permitirá las preguntas pertinentes.

6) *Control indirecto que el agresor ejerce sobre la víctima.* El/la especialista debe estar atento(a) a las siguientes circunstancias de la paciente: tiene acceso limitado a las instituciones, no sigue los tratamientos médicos, no compra medicinas, falta a sus citas, no tiene manera de transportarse por sí misma, no tiene acceso a las finanzas y no puede comunicarse por teléfono, no usa condón u otros métodos anticonceptivos, su pareja nunca le comunicó que tenía alguna enfermedad sexualmente transmisible, incluyendo VIH.

7) *Las mujeres embarazadas tienen más tendencia a:* comenzar su cuidado prenatal tardíamente, no acudir a las citas, aumentar poco de peso y malnutrirse, inducirse abortos o tener abortos espontáneos, comenzar su trabajo de parto anticipadamente.

A pesar de las características de cada situación, por lo general las mujeres víctimas de violencia parecen asustadas y avergonzadas y, frecuentemente, son evasivas. Pueden llegar a negar la violencia aún ante la evidencia y, si la reconocen, con frecuencia la minimizan o se sienten responsables de ella.

La importancia de la comunicación y la calidad del trato en la relación personal de salud-paciente

La comunicación entre el personal de salud y la paciente es vital para la detección efectiva de cualquier enfermedad. En relación con la violencia, el proceso de detección requiere de más habilidades de comunica-

ción que las utilizadas cotidianamente, ya que el fenómeno involucra dimensiones que no se tocan en la práctica médica diaria. Para poder comunicarse con éxito, el/la profesional de la salud debe tener en mente, en todo momento, que quizás esa sea la única y última oportunidad que esa mujer tendrá de ser oída y, posiblemente, rescatada, y deberá actuar de tal manera que la información se entienda y que la paciente comprenda que alguien se preocupa por ella y la puede asesorar.

Factores importantes en la comunicación

Las pacientes estarán dispuestas a hablar sobre la violencia doméstica siempre y cuando sientan que el/la profesional de la salud está verdaderamente interesado(a) y desea escucharlas, crean que podrá ayudarles y sientan que les garantiza la confidencialidad. Sólo así se abrirá el camino para la verdadera comunicación con la consecuente posibilidad de ayuda y cambio. A continuación se presentan algunos factores que facilitan la comunicación, animando a la paciente a hablar y permitiendo que se establezca un verdadero diálogo.

1) *La atención.* Nada de lo que digamos tendrá impacto alguno si la paciente detecta que nuestra cabeza está en cualquier lado menos en sus problemas. Tanto para exhortarla a expresarse como para hablarle, es importante verla a los ojos, tener una postura corporal derecha y orientada hacia ella y reafirmarla constantemente, ya sea con leves inclinaciones de la cabeza o breves exclamaciones. El/la profesional de la salud debe ser paciente y brindarle tiempo, respetar su espacio físico y acompañarla en sus emociones; debe estar atento(a) a todo y demostrarlo.

2) *La empatía.* Aunque cada ser humano reacciona de manera diferente ante las situaciones de la vida, sabemos que existe similitud en cuanto a las sensaciones que éstas provocan en los individuos. Así, un(a) profesional de la salud que no ha estado expuesto a la violencia doméstica puede ponerse en el lugar de la paciente y sentir y demostrar su comprensión de la situación. Cuando la empatía se logra, la paciente siente que ha sido comprendida. Esto exige estar atento a la comunicación verbal y no verbal, omitir juicios de valor, ponerse en el lugar de la paciente para luego dar puntos de vista personales acerca de la problemática. Sin la empatía no puede darse la comunicación efectiva, pues se corre el riesgo de estar hablando de dos realidades diferentes.

3) *La claridad del lenguaje.* Aunque ciertos términos médicos han pasado a ser parte del léxico de la generalidad de la población (por ejemplo, infarto, náusea, apendicitis), el personal de salud frecuentemente

habla en términos que no son comprensibles para la gente. El uso de un lenguaje común es básico para el entendimiento entre dos personas y los/las profesionales de la salud no deben olvidar que los términos que para ellos/ellas son rutinarios, no forman parte del vocabulario de la paciente. Si a esto le sumamos la ansiedad normal de la consulta médica y la posible ansiedad producto de la relación de violencia, la comprensión se tornará aún más difícil.

4) *La eficacia de las preguntas.* Son herramientas que permitirán conocer apropiadamente la situación de la paciente. Las preguntas se clasifican en abiertas (permiten una respuesta detallada y fomentan la reflexión) y cerradas (permiten solamente un sí o un no). El/la profesional debe saber cuándo propiciar una respuesta detallada que fomente la reflexión, pero también debe saber orientar amablemente a la paciente para que sea más específica cuando su respuesta ya no esté proporcionando datos facilitadores.

5) *El uso del silencio.* El uso apropiado del silencio facilita la reflexión de la paciente, permitiéndole apropiarse de la información que se le está proporcionando. Además le hace sentir que hay respeto por sus procesos (miedo, tristeza, pena) y permite al interlocutor(a) darse cuenta de la situación emocional de la otra persona. El silencio será tan largo como las dos personas lo deseen, sin embargo, si el/la profesional decide terminarlo debe tener claro que lo hace por razones independientes a su propia incomodidad o incapacidad para soportarlo. El silencio de la paciente requiere de un acompañamiento atento por parte del(a) profesional de la salud.

6) *La retroalimentación.* Es una herramienta que permite clarificar la comunicación para cerciorarse de que la información ha sido realmente comprendida. Por ejemplo, después de haberle explicado a la paciente el ciclo de la violencia, el/la profesional de la salud le dirá, “podría explicarme ud. qué pasa para que en su caso se vaya acumulando la tensión?”, o “¿cómo fue su luna de miel?”

7) *El respeto (valores religiosos y culturales, sentimientos y autonomía).* Estos son elementos indispensables para la buena comunicación. El personal de salud deberá tener claro cuáles son sus valores y considerar que cada paciente tiene los suyos, y que son éstos los que probablemente dificultan, por un lado, el hablar del problema de violencia y por otro, el que la paciente abandone la relación de violencia. Si la paciente percibe sanción o burla en los gestos o palabras del personal de salud, disminuirá la credibilidad en su interlocutor(a) y limitará o se negará a hablar de su situación. Además, hay que tomar en cuenta que es importante respetar la autonomía de cada paciente, teniendo cuidado de no caer en un exceso de “paternalismo”. La tentación de ayudar a un

ser humano que sufre puede ser difícil de controlar para algunas personas, sin embargo deben recordar que tratar de rescatar a la paciente sin hacerla consciente de que ella es la responsable de tomar sus propias decisiones, sólo diversificará su dependencia, ahora hacia otra persona.

También en relación con la autonomía, el personal de salud debe saber que aunque la paciente exprese haber comprendido la información, es muy posible que no tome la decisión de acudir a un centro de apoyo, denunciar a su agresor o abandonarlo, ya que, como hemos visto anteriormente, para ella no resulta fácil alejarse de la relación de un momento a otro. Obligarla o insistir es seguir el mismo patrón de comportamiento que el agresor: es controlarla en vez de ayudarla a tomar sus propias decisiones.

El tamizaje de rutina

La violencia con sus secuelas médicas y psicológicas tiene una prevalencia tan alta que el tamizaje de rutina se justifica plenamente, sobre todo en las áreas de atención primaria, emergencias, ginecología y obstetricia, traumatología, pediatría y salud mental.

Debido a que muchas mujeres no se reconocen como víctimas de violencia, deben hacerse preguntas relativas al abuso doméstico de manera rutinaria. Aunque las mujeres no aborden el problema por iniciativa propia, muchas lo discutirán al preguntárseles de manera sencilla y directa, sin juicios y en un ambiente de confidencialidad y seguridad, que incluye la ausencia de la pareja. El/la profesional de la salud deberá abrir el tema con algún comentario que señale comprensión como: “Debido a que la violencia es tan común en la vida de las mujeres, yo siempre pregunto”. Aun si en esa primera vez la paciente no responde, ya ha recibido el mensaje de que el/la profesional se preocupa y de que está consciente de que la violencia es una posibilidad real. Esta preocupación validará sus propios sentimientos y reforzará su capacidad de pedir ayuda cuando pueda o esté lista para hacerlo.

Las preguntas de rutina sobre violencia no sólo permiten identificar a las mujeres violentadas que están acudiendo a consulta, sino también para evaluar el riesgo/seguridad de las que ya han sido violentadas y para aumentar la conciencia de las que no han estado expuestas a relaciones de abuso. También son especialmente importantes para detectar a las que han salido de una situación de abuso, abandonando al agresor o divorciándose, pues como ya se mencionó, esto puede haber aumentado el riesgo.

Hacer preguntas sobre abuso puede parecerle difícil a muchas(os)

profesionales de la salud, aunque sólo sucede al principio, ya que una vez que se reconoce su importancia como una forma legítima de ayudar en los procesos de salud-enfermedad, e inclusive para salvar vidas, la mayoría de los/las profesionales superan sus dudas iniciales y se sienten más cómodos(as). Además, a la larga se dan cuenta de que clínicamente hablando es lo mismo llevar a cabo un tamizaje de rutina para detectar violencia que para detectar prácticas sexuales de riesgo, dietas tendientes al aumento del colesterol o condiciones que propician el cáncer cérvico-uterino.

Cómo preguntar efectivamente

Las personas que se sienten muy incómodas al introducir el tema de la violencia, sobre todo en casos donde no existe una evidencia directa de abuso, pueden apoyarse en alguna(s) de las siguientes frases adaptadas de los trabajos en clínicas de los Estados Unidos (Colorado Department of Health, 1992; Stark, 1994).

- Los/las profesionales de la salud sabemos que la violencia contra la mujer es un problema común y que un porcentaje muy alto son maltratadas por sus maridos. ¿Le pasa o le ha pasado esto alguna vez?
- No sé si usted también tenga este problema, pero muchas de mis pacientes son víctimas de abuso por parte de su pareja, y como algunas se sienten tan incómodas o están tan asustadas que no lo hablan de manera voluntaria, yo ya le pregunto a todas mis pacientes. ¿Tiene usted algún problema de violencia?
- Algunas mujeres piensan que no han cumplido como debe ser con sus parejas y que por eso se merecen que las maltraten. La verdad es que nadie se merece que la maltraten. ¿Alguna vez la han golpeado o amenazado por algo que hizo o dejó de hacer?

En ocasiones es mejor comenzar con preguntas indirectas y luego pasar a las directas. Algunos ejemplos serían:

- ¿Últimamente ha estado bajo mucha presión? ¿Tiene problemas con su pareja/esposo? ¿Discute o pelea mucho con su esposo/pareja? ¿De las discusiones pasan a las peleas físicas? ¿Llega usted a asustarse? ¿Alguna vez ha salido lastimada?
- Me da la impresión de que está preocupada por su pareja/esposo. ¿Me puede contar un poco de lo que está pasando? ¿A veces hace cosas que la asustan?

- Mencionó que su pareja/esposo pierde la paciencia con sus hijos. ¿Me puede contar un poquito más? ¿Alguna vez ha amenazado o lastimado a los niños o a usted?

Independientemente de cómo inicie uno el tema, es importante que después se hagan preguntas directas y específicas:

- ¿Alguien le pegó? ¿Quién le pegó? ¿Fue su esposo/pareja?
- ¿Su pareja/esposo le ha pegado o la ha lastimado alguna vez?
- ¿Ha sido maltratada por su esposo/pareja alguna vez?
- ¿Alguna vez su pareja ha destruido cosas que para usted eran muy preciadas?
- ¿Alguna vez su pareja ha amenazado o maltratado a sus hijos u otras personas cercanas a usted?
- ¿Alguna vez su pareja la ha forzado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería? ¿La obliga a llevar a cabo prácticas sexuales que la hacen sentir incómoda?
- Todos peleamos en casa. ¿Qué pasa cuando usted y su pareja pelean o no están de acuerdo en algo?
- ¿En ocasiones le llega a tener miedo a su pareja?
- ¿Su pareja alguna vez le ha prohibido que salga, que vea a sus amigos/familiares, que trabaje o que continúe estudiando?
- Usted mencionó que su pareja usa drogas/alcohol. ¿Cómo se comporta cuando lo hace? ¿La agrede verbal o físicamente?
- Estoy preocupado(a) porque pienso que sus síntomas pueden deberse a que alguien la lastimó. ¿Alguien la ha estado maltratando?

Aún y cuando la paciente lo niegue, es importante que el profesional de la salud demuestre que le preocupa una posible situación de violencia, ya que a pesar de que la paciente no reconozca abiertamente su situación, puede captar el mensaje. Independientemente, siempre se deberá proporcionar información sobre el abuso y se le indicará la ubicación de los centros de apoyo o números telefónicos a los que hablar en caso de emergencia. Por seguridad de la mujer, ésta deberá ser una tarjeta muy discreta, sin nombres. Otra opción de información consiste en poner carteles en la sala de espera. En todo caso, es importante alentar de cualquier forma a la paciente para que regrese si tiene problemas o necesita contactarse con alguno de los centros sugeridos. El/la profesional debe registrar sus sospechas y acciones en la historia clínica.

Otro riesgo que corren los/las profesionales de la salud en sus primeros intentos de detección es el de presionar a las pacientes para que contesten cada una de las preguntas que les hacen. Se debe alentar a

las víctimas a que hablen, sin embargo, existen muchas razones para que no lo hagan, desde no comprender las preguntas hasta no tenerle suficiente confianza al(a) interlocutor(a).

Algunas de las razones por las que una paciente pudiera negar su situación, aunque fuera obvio que es víctima de violencia son: no está preparada emocionalmente, acepta la culpa, teme al rechazo, se siente avergonzada, tiene la creencia de que no volverá a suceder, tiene miedo a las represalias e intensificación de los hechos violentos, no cree que existan soluciones viables, desconoce los recursos comunitarios, aún no tiene confianza en el/la profesional de la salud, no es el lugar adecuado para una “confesión” de ese tipo, el interrogatorio no se llevó a cabo de manera apropiada, la paciente no es víctima de violencia.

Por último, es importante que se lleve a cabo una evaluación de rutina en aquellas familias en las que alguno de los miembros de la pareja, o los dos, se encuentre en un programa de rehabilitación de drogas o alcohol. Existen estudios que indican que 75% de las esposas de alcohólicos ha sido amenazada de violencia y 45% ha sido atacada por sus parejas/esposos alcohólicos (AMA, 1994). También, y debido a las razones mencionadas con anterioridad, es de vital importancia evaluar rutinariamente a las mujeres embarazadas (Valdez y Sanin, 1996).

Cuando ya se tiene un diagnóstico de violencia

La primera reacción del personal de salud

Una vez que se ha determinado que la paciente es víctima de violencia existen varias posibilidades de intervención. Sin embargo, aun si no está preparada para abandonar la relación o tomar otras acciones (asesorarse, buscar apoyo, terapia, etc.), es importante que el/la profesional de la salud reconozca y le dé importancia a la situación. El silencio y la falta de consideración o de interés constituyen una aprobación tácita a la violencia y perpetúan mitos como el de que la violencia es algo personal entre una pareja y/o que ocurre por culpa de la paciente. Por otro lado, reconocerla y mostrar preocupación ayuda a confirmar la gravedad del problema y la necesidad de resolverlo.

Será de suma importancia que el/la profesional tenga mucho cuidado con su reacción no verbal y con lo que diga en el momento en que la paciente reconozca, de una manera u otra, que es víctima de violencia. Reacciones de sorpresa o disgusto, o frases como “¿por qué no lo abandona?”, “¿qué hizo para enojarlo?”, “¿cómo puede permitir esto?”, “¿cómo lo aguanta?” o “¡yo nunca dejaría que eso me pasara!”, pueden

tener un efecto terrible sobre la víctima, que lo último que necesita es que la hagan sentir débil, inferior, mala y/o tonta. Al adjudicar la responsabilidad a la víctima y no al agresor, lo único que se logra es aumentar sus sentimientos de inadecuación y reforzar su baja autoestima. Esto la hará sentirse aún más sola, tendrá más miedo de pedir ayuda y, por lo tanto, tendrá menos posibilidades de tomar medidas para escapar de la relación.

Lo que sí debe hacer el/la profesional de la salud en el momento en que confirma el diagnóstico de violencia es escuchar atentamente, demostrar comprensión a través de gestos y hacer comentarios que confirmen que la violencia no es normal, que no es la manera de resolver los problemas y que nadie, haga lo que haga, se merece que la maltraten. Puede informarla brevemente del ciclo de la violencia, apoyándose en material audiovisual (cartel, folletos), u orientar la conversación mediante estas preguntas: “¿le gustaría hablar de lo que ha pasado/está pasando?”, “¿cómo se siente respecto a ello?” o “¿qué le gustaría hacer al respecto?”.

También debe pensar que quizás es la primera persona en quien la víctima confía y la primera que puede expresarle que sus sentimientos de rabia, impotencia y de estar lastimada, de sus deseos de cambio y de buscar apoyo, son normales. De esta manera podrá iniciar el proceso mediante el cual la víctima se empezará a ver como una persona independiente y autónoma, con posibilidades de tomar decisiones.

Apoyando a las pacientes: ruta a seguir

Los/las profesionales de la salud se encuentran en una posición única que les permite que sus pacientes lleguen a confiar en ellos(as) y, por consiguiente, les confiere el poder para ayudarlas de manera significativa o victimizarlas aún más. Tienen el poder para hacer sentir peor a la víctima, encasillándola como responsable del abuso o restándole importancia y minimizando la violencia. También pueden ponerla en más riesgo y violar la confianza depositada en ellos(as). Es decir, en vez de ayudarla, destruirla aún más. Sin embargo, también tienen la gran posibilidad de creer en sus pacientes, de reconocer lo doloroso de su situación, de respetar su autonomía, de ayudarlas a planear su futuro sin correr riesgos y de proporcionarles suficiente información de lugares donde la pueden ayudar.

Existen ciertos pasos que no pueden ser ignorados después de haber hecho un diagnóstico de violencia doméstica, y antes de que la paciente salga de consulta. Hablar de ellos representará unos minutos del

tiempo del(a) profesional pero son necesarios si queremos que la intervención cumpla con su propósito.

1) *Evaluación de riesgo y retroalimentación.* El/la profesional deberá explicar a la paciente, de la manera más sencilla posible, que existe una relación entre la violencia y el riesgo de muerte, ya sea que la víctima muera a manos del agresor o que ella lo mate. Esto deberá hacerse con cuidado, evitando ser alarmistas, pero proporcionando información real sobre los riesgos. Deberá expresarle que aunque no puede predecir si ese será su caso, es necesario valorar el riesgo que corre. De esta manera, ella podrá tomar una decisión más adecuada respecto a su seguridad.

El/la profesional de la salud deberá evaluar, como precaución básica, los siguientes puntos: ¿qué tan segura estará si regresa a casa?; ¿qué tan seguros están los/las niños(as) u otras personas a su cargo?; ¿desea o no regresar con el agresor?; ¿tiene o no amigos(as)/familiares donde se pueda quedar temporalmente?; ¿necesita o no un refugio de manera inmediata?; ¿necesita de manera urgente que le den asesoría en crisis o no?; ¿necesita orientación legal?; ¿necesita apoyo emocional/psicológico?

2) *Presentación de alternativas y plan de emergencia.* La paciente deberá sentir en todo momento que el/la profesional de la salud se preocupa por su seguridad. Éste(a) tiene la responsabilidad de ponerle las alternativas sobre la mesa y preguntarle qué es lo que ella quisiera hacer o quisiera que sucediera —siempre recordando que la acción a tomar dependerá de la víctima—. Si la mujer desea regresar a su casa o siente que es seguro hacerlo, de todas maneras se le debe advertir que es conveniente que tenga un plan de emergencia por si se ve en peligro. Este consistirá en ubicar adónde puede ir con sus hijos —si los hay—, tener llaves de su casa (y del coche si lo hay), documentos (acta de nacimiento/pasaporte, contrato de renta/escrituras, licencia de manejar, estados de cuenta, constancias de educación), dinero para emergencias (aconsejarle que vaya tomando cantidades pequeñas del gasto), y una maleta con algo de ropa para las/los hijos(as) y ella, en casa de alguien en quien se pueda confiar, entre otras cosas.

3) *Centros de apoyo a víctimas/albergues.* Antes de que acabe la consulta, el/la profesional debe asegurarse de que la paciente se encuentre bien e instarla a que tome las acciones necesarias para no correr riesgos y, posteriormente, para acabar con la relación de violencia. Asimismo, le deberá proporcionar información sobre los centros de apoyo para víctimas de violencia. Al respecto es importante informarle que allí también le explicarán alternativas de apoyo emocional y legal para víctimas, y tratamiento para agresores.

Por otro lado, el personal de salud deberá estar alerta a casos en que la víctima necesite ayuda psicológica de manera inmediata. Si llegara a detectar tendencias suicidas/homicidas, o en general cualquier conducta que no se perciba como congruente con la situación, deberá explicarle a la paciente que es importante que acuda al centro de apoyo para que la ayuden. Si la paciente acepta deberá referirla de inmediato.

Todo(a) profesional de la salud deberá estar informado(a) sobre los centros de apoyo a víctimas de violencia y su ubicación. De igual manera, es necesario que las instituciones de salud tengan identificadas a las personas específicas con quienes llegarían las víctimas referidas, ya que la paciente no recibirá el mismo trato si solamente es referida a un centro sin especificar con quién, que si la enviamos a buscar a determinada persona con la que ya nos hemos presentado y hemos establecido una cierta relación.

En todo caso, se debe advertir a las víctimas que el proceso de atención puede ser lento, exhortándolas a no desesperarse ya que la meta final es importante. Si la situación es de extremo peligro o insostenible para la víctima, será necesario hacer referencia al albergue para mujeres víctimas de violencia.

4) El registro de casos. El historial médico o historia clínica puede ser un documento valioso respecto a la credibilidad de una víctima, ya sea al momento de solicitar ayuda legal, cuando quiera levantar cargos, e inclusive en caso de estar acusada de homicidio, evento que desafortunadamente se asocia con el último esfuerzo de una mujer para protegerse a sí misma. También servirá para dar seguimiento a la paciente dentro de la institución de salud, y/o para que otros(as) especialistas dentro de la institución y la paciente, no tengan que pasar por el doloroso proceso de detección de nueva cuenta. Para facilitar la información es importante que exista un acuerdo intrainstitucional sobre el lugar donde se deberán anotar las observaciones. Esto permitirá que el/la especialista en turno pueda identificar a las mujeres víctimas de violencia fácil y rápidamente.

Al anotar la descripción del incidente se debe procurar citar a la paciente y los datos registrados deben ser objetivos y precisos. Es sumamente importante que, de ser posible, la información registrada incluya si hubo/hay arma de por medio, y de qué tipo. Esto servirá para evaluar riesgo futuro.

Los/las profesionales de la salud deberán tener presente que, debido a las múltiples razones descritas con anterioridad, el registro puede ser motivo de ansiedad. Por ello, es vital asegurarle a la paciente, las veces que sea necesario, que su caso, como el de todas las víctimas de abuso, será tratado con absoluta confidencialidad.

Siempre habrá que recordar que la seguridad de la paciente está antes que nada y actuar de manera acorde, teniendo en cuenta que no debe imponer su autonomía y decisión sobre la de ella, ya que estaría actuando como el agresor.

Por último, se debe agregar que las instituciones de salud deben ponerse de acuerdo sobre la forma en que implementarán el sistema de registro de casos y sobre las políticas respecto al acceso a los registros.

Análisis institucional del manejo integral de los casos de violencia contra la mujer

La determinación de la ruta ideal de trabajo y de quién o quiénes van a ser los/las profesionales responsables de trabajar la violencia doméstica es responsabilidad absoluta de cada institución. Sin embargo, en relación con el personal, la experiencia en la implementación y desarrollo de otros programas ha demostrado la utilidad de los equipos multidisciplinarios.

Aún cuando el personal de salud esté capacitado para detectar, apoyar, registrar y referir, es conveniente que esté conformado en equipos compuestos por personal médico, de enfermería y de trabajo social, y apoyados por personal de archivo y de seguridad.

Además es necesario escoger a un equipo interdisciplinario específico que sea responsable de supervisar la implementación del protocolo, identificar las posibilidades de asistencia dentro de la comunidad, coordinarse con los centros de apoyo y delegaciones, capacitar continuamente al personal, y resolver los problemas cotidianos. También será conveniente dar seguimiento mediante hojas de registro de casos de violencia que tendrán los/las profesionales designados.

Si además la institución de salud cuenta con material educativo en la sala de espera y/o salas de exploración, las pacientes y la comunidad en general podrán ir tomando consciencia de la gravedad del problema, aprender que la violencia no es la manera adecuada de resolver conflictos y descubrir que se puede recibir apoyo para salir de ella.

Reflexión final

La intención de las autoras al desarrollar este marco conceptual, fue presentar los puntos que se consideran más relevantes para la capacitación del personal de salud, propiciando el análisis y la reflexión de los mismos. Se espera que este curso permita que los/las médicos(as),

enfermeras(os) y trabajadores sociales conozcan la gravedad del fenómeno de la violencia contra la mujer y comprendan la importancia de su intervención.

Notas

¹ Los términos violencia doméstica, violencia contra la mujer y violencia de género se utilizarán indistintamente para hablar de la violencia ejercida contra la mujer en la relación de pareja.

² La cuarta parte de los intentos de suicidio llevados a cabo por mujeres norteamericanas —y la mitad de los intentos de mujeres afroamericanas— han sido precedidos por abuso (Stark, 1984, en Heise *et al.*, 1994).

³ Por signo se entiende todo lo que es visible para el médico y por síntoma lo que siente o manifiesta la paciente.

Referencias

American Medical Association. (1994). *Diagnostic and treatment guidelines on domestic violence [Guía para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica]*. Chicago: American Medical Association.

American Psychiatric Association. (1994, 4^o ed.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de desórdenes mentales]*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (1995a, agosto). *Domestic violence [Violencia doméstica]*. (Boletín técnico. Núm. 209). Washington, D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (1995b). *Violencia doméstica. El papel del médico en la identificación, la intervención y la prevención. Una conferencia con diapositivas*. Washington D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists

Colorado Department of Health. (1992, julio). Suggested protocols for victims of spousal and elder abuse [Protocolos sugeridos para víctimas de violencia conyugal y para ancianos(as) víctimas de abuso]. Colorado Department of Health.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. (1994, Septiembre). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer. Convención de Belém do Pará*. Lima: CLADEM.

Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.

Diario Oficial de la Federación, Martes 9 de julio de 1996. *Primera Sección. Sobre Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar*, pp. 50-55.

Diario Oficial de la Federación, Martes 30 de diciembre de 1997. *Primera Sección, Capítulo III- Artículo 323, Sobre Nuevas Reformas Civiles y Penales sobre Violencia Intrafamiliar para el D.F.*, pp. 2-7.

Ellsberg, M. C. (1997). *Candies in hell. Domestic violence against women in Nicaragua* [Confites en el infierno: Violencia doméstica contra las mujeres en Nicaragua]. Sweden: Umea.

Graham, D. L. R., Rawlings, E. & Rimini, N. (1988). Survivors of terror: Battered women, hostages, and the Stockholm syndrome. En K. Yllo & M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park, CA: Sage. pp. 217-233.

Granados, M. (1995). *Salud reproductiva y violencia contra la mujer, una aproximación desde la perspectiva de género. El caso de la zona metropolitana de Monterrey*. Resumen no publicado, Consejo Estatal de Población, Monterrey, México.

Heise, L. L. (en prensa). Violence against women: An integrated, ecological model. [Violencia contra las mujeres: Un modelo ecológico integrado]. *Violence against Women Journal*.

Heise, L. L., Pitanguy, J. & Germain, A. (1994). *Violence against women. The hidden health burden*. [Violencia contra las mujeres. La carga oculta sobre la salud]. Washington, D.C.: The World Bank.

Helton, A. (sin fecha) *Protocol of care for the battered woman* [Protocolo de atención para las mujeres maltratadas]. March of Dimes.

Hoff, L. A. (1994, agosto). *Violence issues: an interdisciplinary curriculum guide for health professionals* [Asuntos de violencia: Un curriculum interdisciplinario para profesionales de la salud]. Ottawa: Health Canada.

Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship [Un proceso de atrapamiento y recuperación de una relación abusiva]. En *Issues in Mental Health Nursing*. 10, pp. 209-227.

Larrain, S. (1994). *Violencia, puertas adentro: la mujer golpeada*. Santiago: Editorial Universitaria.

McLeer, S. & Anwar, R. (1987). The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence [El papel del médico de urgencias en la prevención de la violencia doméstica]. *Annals of Emergency Medicine*. 16:10, pp. 107-113.

Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal. (1997). *Violencia sexual e Intrafamiliar. Modelos de atención*. México, D.F.: Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Ramírez, J.C. & Uribe, G. (1993). Mujer y violencia: Un hecho cotidiano. *Salud Pública de México*. 35, pp. 148-160.

Ramírez, J.C. & Vargas, P. N. (1997, marzo) *¿Qué tan serio es el problema de la violencia contra la mujer? Algunas datos para la discusión*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México.

Santa Clara County (1994, abril). *Domestic violence protocol for health providers* [Protocolo sobre violencia doméstica para profesionales de la salud]. Santa Clara County, EU.

SchorNSTein, S. (1997). *Domestic violence and health care. What every professional needs to know* [Violencia doméstica y sistemas de salud: Lo que todo profesional necesita saber]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Stark, E. (1994). Discharge planning with battered women [Planificación para dar de alta a mujeres maltratadas]. *Discharge Planning Update* 14. Núm. 2.

Valdez, R. & Sanín, L. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*. 38, pp. 352-362.

Walker, L. (1987). *Terrifying Love: Why battered women kill and how society responds* [Amor que aterroriza. Por qué las mujeres maltratadas matan y cómo responde la sociedad]. New York.: Harper & Row.

Walker, L. (1989). Psychology and violence against women [Psicología y violencia contra las mujeres]. *American Psychologist*. 44, pp. 695-702.

World Health Organization. (1997). *Violence against women. A priority health issue* [Violencia contra las mujeres. Un asunto prioritario de salud]. Geneva.: World Health Organization.

Otros títulos de la serie

Documento de trabajo núm. 1. *La anticoncepción de emergencia como elemento de la atención a víctimas de violación*

Ricardo Vernon, Raffaella Schiavon, Silvia E. Llaguno

Documento de trabajo núm. 2. *Educación sobre salud sexual y reproductiva en áreas indígenas de Guatemala a través de maestros bilingües*

Gloria Cospín, Ricardo Vernon

Documento de trabajo núm. 3. *Oferta sistemática de servicios de planificación familiar y salud reproductiva en Guatemala*

Ricardo Vernon, Emma Ottolenghi, Federico León, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 4. *Incrementando la utilización de servicios de salud reproductiva en una clínica de Lima*

Aníbal Velásquez, Lissette Jiménez, Adolfo Rechkemer, María E. Planas, Federico R. León, Rubén Durand, Alicia Calderón

Documento de trabajo núm. 5. *Estrategias de información sobre anticoncepción de emergencia*

Martha Givaudan, Ricardo Vernon, Carmen Fuertes, Susan Pick

Documento de trabajo núm. 6. *Encuesta de necesidades de información, educación y comunicación (IEC) sobre salud reproductiva en seis etnias en México*

Javier Cabral, Ángel Flores, Francisco Huerta, Carmen Baltazar, Fabiola García, Concepción Orozco, Carlos Brambila

Documento de trabajo núm. 7. *Costos de las consultas de atención integral en salud reproductiva en Guatemala*

Carlos Brambila, Jorge Solórzano

Documento de trabajo núm. 8. *Uso de listados para detectar y referir mujeres a los servicios de salud reproductiva*

Luis Améndola, Delmy Euceda, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Norma Ali

Documento de trabajo núm. 9. *La respuesta del consumidor a los cambios de precios de los servicios de planificación familiar y salud reproductiva*

Teresa de Vargas, John H. Bratt, Varuni Dayaratna, James R. Foreit, Daniel H. Kress

Documento de trabajo núm. 10. *Estrategias para involucrar a los hombres en el cuidado de la salud reproductiva: de la administración de la granja a la administración de la familia*

James Foreit, Rebecka Lundgren, Irma Mendoza, Dolores María Valmaña, Judy Canahuati

Documento de trabajo núm. 11. *Sí, se puede: cómo mejorar la calidad de la atención post-aborto en un hospital público. El caso de Oaxaca, México*

Ana Langer, Cecilia García-Barrios, Angela Heimbürger, Lourdes Campero, Olivia Ortiz, Carmen Díaz, Vilma Barahona, Francisca Ramírez, Beatriz Casas, Beverly Winikoff, Karen Stein

Documento de trabajo núm. 12. *Investigación operativa en planificación familiar y salud reproductiva*

Federico R. León

Documento de trabajo núm. 13. *Tres estrategias para promover el sostenimiento de las clínicas de CEMOPLAF en Ecuador*

John H. Bratt, James Foreit, Teresa de Vargas