

¿Quién atiende a las mujeres maltratadas?

*Flor de Ma. Sánchez
Ma. de los Ángeles Garduño
Alejandro Cerda**

UNA PARTE FUNDAMENTAL de la atención al problema de la violencia hacia la mujer, recae en el personal médico; sin embargo, estos profesionales no reciben en su formación los elementos indispensables para brindar ayuda adecuada a las personas que la sufren. Esto se debe, por una parte, a la invisibilidad de la violencia en las relaciones cotidianas y por otra, a que este fenómeno tiene su origen en las relaciones de subordinación entre los géneros.

En este trabajo describimos y analizamos las opiniones de un grupo de médicos y médicas sobre aspectos que se relacionan con la atención de mujeres que sufren violencia intrafamiliar (VI). Queremos mostrar cómo, dentro de las instituciones de salud, las opiniones del personal médico sobre la violencia influyen negativamente en una atención sistemática y eficiente de las personas violentadas.

Se sabe que el mayor número de víctimas de la violencia intrafamiliar está en los niños, niñas y mujeres. Dado que son estas últimas quienes más acuden a los servicios de salud, debería esperarse que el personal de estas instituciones tuviera la posibilidad de brindar una atención especializada, para apoyarlas en la resolución del problema, no sólo en relación con los daños de su salud física, sino para que se identificaran y atendieran las situaciones de riesgo y sufrimiento que padecen.

Si tomamos a los médicos y médicas que participaron en este estudio como un ejemplo de los profesionales de la salud, podemos decir que su deficiente formación en el tema y sus propias representaciones acerca de

* Flor de Ma. Sánchez, Universidad Autónoma de Zacatecas, maestría en Ciencias de la Salud; Ma. de los Ángeles Garduño y Alejandro Cerda, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, maestría en Medicina Social.

T E M A T I C A

los roles de género los llevan a minimizar y ser permisivos ante los problemas de violencia intrafamiliar.

Esto repercute en la orientación de la atención hacia el daño físico directo; en pretender la ignorancia del contexto que encubre y propicia el problema. Las percepciones de médicos y médicas en torno a este problema y su actitud, ponen de manifiesto la necesidad de promover en las instituciones de salud la capacitación específica, que permita brindar una atención integral a las mujeres y menores de edad que enfrentan estas agresiones. Se puede comprender cómo los médicos y médicas aceptan o ignoran la violencia, en tanto se trata de sujetos contruidos socialmente que responden, como el resto de la población, a las determinaciones de género. Éstas enmarcan la presencia de violencia en la familia ejercida como el centro del control. Así se explica que la atención que brindan a las mujeres violentadas, no responda ni siquiera a una visión "técnica-clínica" en el sentido estricto, sino a concepciones, actitudes, prácticas y saberes relacionados con factores socioculturales sobre lo que es "masculino" y lo que es "femenino". Creemos que mientras no se tomen medidas adecuadas, los profesionales de la medicina, independientemente de su formación como terapeutas, seguirán usando sus prejuicios en la interpretación de la violencia hacia las mujeres.

Antecedentes

La preparación del personal de salud en los aspectos relacionados con la violencia intrafamiliar deberá partir de una reflexión profunda que recupere los planteamientos de la perspectiva de género. La premisa que debería guiar un nuevo modelo de formación en este aspecto es que "la construcción social jerarquizada de géneros, promueve el ejercicio del poder para unos y lo reprime para otros" (García, 1994:401), y por tanto las relaciones violentas en el ámbito de la familia sólo serán modificadas si se cuestionan las relaciones inequitativas entre varones y mujeres.

La violencia intrafamiliar además de los daños directos que genera en la salud, es el punto de partida de conductas que afectan en cadena las relaciones internas y externas de la familia, y marcan el origen de nuevos núcleos familiares violentos cuando los conforman personas que han sufrido la violencia. Por eso es indispensable hacer una crítica constante a la concepción

social sobre las relaciones violentas, comprender que la visión jerárquica entre géneros, y los argumentos sobre la inevitabilidad biológica de la violencia (Lewontin, 1991:32 y ss.), impiden optar por un cambio en las relaciones familiares.

La perspectiva de género permite apreciar los matices que imprime la jerarquización entre lo femenino y lo masculino, en todos los hechos sociales. Y entender que la violencia en el hogar es “un complejo nudo cargado de elementos condicionantes genéricos retroalimentados culturalmente” (García, 1994:402). La retroalimentación de la violencia es posible porque la adquisición de una identidad, social y psicológica, es un proceso que contiene una relación positiva de inclusión —nos definimos en función de parecernos a unos— y otra de exclusión, somos diferentes de “los otros” (Badinter, 1992:175 y ss.). Como lo cotidiano es parte y resumen de la reproducción social, en ella se afirman aspectos que en comunidad desarrollan la conciencia del “nosotros”. Así, la violencia intrafamiliar se convierte en un eje de la identificación de los miembros de una familia; se acepta como forma de relación y se transmite como parte de la identidad de cada miembro, especialmente como participante de un género.

La violencia al ser asignada como propia a la identidad masculina, se aplica en el hogar fundamentalmente por el “jefe de la familia” y secundariamente por las mujeres en su rol de madres. En el primer caso representa la relación inequitativa de géneros y el control que asumen los varones como característica de lo masculino; en el segundo, refleja la cadena jerarquizada entre generaciones. De hecho también expresa antecedentes personales que han marcado los encuentros individuales entre lo masculino y lo femenino.

La reproducción de la violencia en la familia había sido callada por las razones antes expuestas; sin embargo, de unos años a la fecha, en todo el mundo, se han multiplicado las iniciativas para eliminarla de la vida social. Diversos estudios han avanzado en el camino de considerarla contraria a los derechos humanos y denunciar los daños que genera. Los resultados de estas investigaciones permitieron elaborar propuestas de acciones correctivas, preventivas y punitivas. Las medidas se han centrado en la protección de las mujeres y de los niños, ya que son ellos los más afectados.

Por ejemplo Koss, Goodman, Browne y colaboradores (1994:302), indican que en Estados Unidos, las estimaciones sugieren que al menos

dos millones de mujeres son atacadas severamente por sus parejas masculinas cada año, y que entre el 21 y 34 por ciento de todas las mujeres sufrirán algún episodio de violencia por parte de su pareja íntima masculina durante su edad adulta. Heise y colaboradores (1994:45) sistematizaron 35 investigaciones sobre violencia contra la mujer realizadas entre 1983 y 1993, encontrando prevalencias que oscilan entre 11.2 por ciento en Canadá y hasta 67 por ciento en Nueva Guinea. En el caso de México, un estudio realizado en Jalisco con 1,163 mujeres de la zona rural y 427 de la zona urbana, encontró que sufrieron VI el 44.2 por ciento en las zonas rurales y el 56.7 por ciento en las urbanas. En ambas partes el principal agresor fue el esposo (60 por ciento), (Ramírez, 1993:148 y ss.).

La primera Encuesta sobre Violencia Intrafamiliar (ENVIF), realizada por el INEGI (1999), en cerca de seis mil viviendas, en las 16 delegaciones políticas de la ciudad de México y 34 municipios conurbados del Estado de México, mostró que en uno de cada tres hogares se vive este fenómeno. También se encontró que en el 99.2 por ciento de los hogares reconocieron que el maltrato emocional es permanente. Y que en el 1.1 por ciento hay abuso sexual.¹ Investigaciones realizadas en el Servicio Médico Forense entre 1993 y 1997, revelaron que de 1,095 homicidios de mujeres, el 48 por ciento fue producto de la violencia doméstica, y en el 87 por ciento de esos casos, los victimarios fueron hombres conocidos. Pero además una de cada tres mujeres asesinadas tenía antecedentes de lesiones anteriores, como fracturas, hemorragias, golpes internos que no correspondían al momento del deceso. También se documentaron 300 asesinatos en infantes, por cada tres niñas un niño fue asesinado y ellas habían sido 11 veces más golpeadas que los niños. La ENVIF encontró que en el 70 por ciento de los hogares que reportan maltrato, éste volverá a ocurrir.²

La solución al problema de la violencia familiar enfrenta muchos obstáculos: uno es que su tipificación como delito es reciente, otro, que los afectados son niños y difícilmente la denuncian, y uno más relevante es que las mujeres no demandan a sus agresores. Esto último puede explicarse porque no reconocen que están siendo víctimas, por razones económi-

¹ Uno de cada tres hogares vive violencia familiar en el DF y el área metropolitana, revela encuesta del INEGI. México, mayo, 2000 (CIMAC).

² Un recién nacido proveniente de un hogar con violencia tiene 40 veces más riesgo de morir. México, agosto, 2000, (Miriam Ruiz/CIMAC).

cas, afectivas o temor a las represalias. La ENVIF mostró que sólo el 14 por ciento de los integrantes de hogares en que hay violencia buscó ayuda. Aunque son pocas las mujeres que solicitan ayuda específica para resolver el problema de la violencia, en los servicios de salud se pueden fomentar acciones de apoyo ya que ahí acuden inevitablemente, tanto por lesiones agudas como por los efectos crónicos que resultan del maltrato repetido.

Aún en los servicios de urgencias donde los casos son identificados por los prestadores de servicios, se hace poco por resolver el problema de las mujeres que evidentemente son violentadas (Híjar, 1997:565 y ss.). Estudios internacionales han reportado que la violencia es la causa más frecuente de ingresos hospitalarios por lesiones en las mujeres de 15 a 44 años; el departamento de Salud de Estados Unidos apunta al maltrato como la primera causa de daños a la mujer (Stark, Filtcraft, 1998:35), otros reportan entre el 22 y 35 por ciento de los ingresos por este motivo. Sin embargo, la mayoría de los casos permanecen ocultos debido a la carencia de interrogatorios o registros adecuados. Se considera que solamente el cuatro por ciento de ellos son detectados por los médicos que los atienden.

Lo anterior ya había sido señalado por las feministas como “ceguera y sordera” de las instituciones, pues ante la evidente demanda de las mujeres, los distintos profesionales prefieren ignorar la violencia y sus consecuencias. Algunos autores señalan que en no más del 13 por ciento de mujeres que presentaban violencia doméstica y acudieron a los servicios de urgencias, el médico les preguntó el origen de las lesiones (Abbot, 1995:1763 y ss.). De igual manera, señalaron que en el 20 por ciento de los casos no hicieron nada, aun cuando fueron informados del maltrato. Otros estudios muestran que las usuarias de los servicios, se pronuncian porque los doctores busquen de manera rutinaria a las víctimas de violencia y les otorguen información acerca de recursos de asistencia social y legal (Panagiota, 1997:1075 y ss.).

Lo señalado no es privativo del sector salud, sino de la mayoría de las instituciones sociales y legales; en ambas, uno de los grandes obstáculos para que las víctimas de violencia encuentren atención adecuada, es que los mismos prestadores de servicios la aceptan como parte de las relaciones familiares e incluso algunos la ejercen. Esto propicia que se niegue o minimize el problema; los profesionales, como miembros de una sociedad, comparten las creencias y mitos sociales acerca de la violencia; algunos ven

T E M A T I C A

el problema como algo personal o íntimo de la pareja y piensan que su intervención puede ser una invasión de la privacidad; otros condicionan su respuesta dependiendo de su propia apreciación de la víctima, es decir, si consideran que en verdad lo es, que existe un peligro inminente, y otros rehuyen el compromiso argumentando atributos que la desacreditan, tales como el ser alcohólica, adicta, indecisa, etcétera. Algunos especialistas en el área han señalado que el personal de salud hasta el momento no cuenta con capacidad para atender esta problemática, pues en muchas ocasiones anteponen sus prejuicios.

Un esfuerzo relevante para frenar este tipo de violencia ha sido emprendido por el Comité por una Maternidad sin Riesgos,³ integrado por instancias oficiales de salud y organismos de la sociedad civil, que han puesto en discusión el papel estratégico de las instituciones de salud en el abatimiento de la violencia doméstica, señalando que el personal de salud no ha cumplido con esa tarea, en gran parte por la falta de información y capacitación para identificar y tratar a las mujeres maltratadas. Y señala que experiencias desarrolladas por ONG muestran que con entrenamiento y protocolos adecuados, el personal de salud se sensibiliza y puede contribuir eficazmente a la detección y atención de este problema. La atención de la violencia intrafamiliar en los servicios de salud quedó establecida junto con sus lineamientos para las instituciones públicas del sector en la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999. Ahora, está pendiente la capacitación de su personal en el sentido que ésta marca. La atención que deberán recibir las víctimas de violencia en función de la norma, será el resultado de una adecuada formación del personal de salud. Los contenidos de los cursos deberán capacitar para responder a un diagnóstico sobre los conocimientos, las carencias teóricas y metodológicas y sobre todo las concepciones acerca de la violencia que guían su actuación actual frente al problema. Sólo a partir de la situación identificada se podrán generar los contenidos de la capacitación que respondan a la norma.

En este sentido, se realizó este estudio exploratorio para conocer las concepciones de un grupo de médicos y médicas que asistían a un curso de educación continua, en el que se tocó, entre otros temas, el de la violencia. Este cuestionario será aplicado a un universo mayor, en el desarrollo de

³ Las muertes maternas por violencia, están ausentes en los certificados de defunción. México, noviembre, 2000 (Silvia Magally/CIMAC).

una línea de investigación sobre el problema de la atención a las mujeres violentadas en el estado de Zacatecas. Los resultados aquí mostrados, permiten un primer análisis sobre algunas de las dificultades que se encontrarán cuando se capacite al personal de salud en aspectos de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar.

Estrategia metodológica

Para aproximarnos al problema de la atención médica de casos de violencia contra las mujeres, planteamos el diseño de una investigación exploratoria con técnicas cualitativas, con un grupo de médicos y médicas, que nos permitiera conocer las representaciones que éstos tienen en torno a los roles de género, la forma en que se percibe el problema, la actitud que toman frente a hechos de violencia, concepciones y prácticas en torno a su papel como profesionales de la medicina en estas situaciones.

El cuestionario contiene 73 preguntas cerradas y abiertas. Algunas de elaboración propia y otras tomadas de algunos aplicados por otros investigadores (Méndez, 2001:2).

La cédula toca los temas de “lo femenino” y “lo masculino”, la importancia del problema de la violencia familiar, causas de ésta y disposición a apoyar a mujeres víctimas en su papel de profesionales de la salud.

Se diseñaron tres secciones, la primera con preguntas abiertas que permiten respuestas extendidas; se exploró en ellas lo que consideran son y deben ser los roles de los varones y mujeres; el ejercicio de la autoridad, las características más apreciadas de lo femenino y lo masculino; y cuáles son las principales amenazas a la masculinidad y la feminidad.

En otra sección se incluyeron preguntas semicerradas en las que se buscó información acerca de la identificación personal y profesional; sobre su práctica concreta al estar en contacto con los casos; por último, en otro apartado de preguntas cerradas de opción múltiple se buscaron sus opiniones relacionadas con el tema, proponiendo cinco opciones de respuestas de mayor a menor de acuerdo con las afirmaciones planteadas.

El grupo que respondió al cuestionario, nueve médicas y ocho médicos, estaba asistiendo al Programa Nacional de Educación Continua para Médicos Generales, (Pronadamec), promovido por la Academia Nacional de Medicina, capítulo Zacatecas.

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con cuatro temas que se incluyen en el cuestionario.

“Lo femenino”, “lo masculino” y la violencia

a) El “rol masculino” visto por los médicos (lo que se aprecia, lo que debe ser y las amenazas).

- Entre las cualidades que aprecian de “lo masculino”, encontramos en orden de frecuencia: la responsabilidad, la firmeza de carácter, la amistad, la honestidad y la formalidad.
- Respecto al “deber ser” de lo masculino, se pronunciaron a favor del ser responsable, orientador, respetuoso, íntegro, trabajador, cumplir con sus metas y aspirar a ser “lo mejor”.
- Entre las amenazas hacia la masculinidad, se enunciaron: el machismo, la agresividad, la liberación femenina, el vicio y su propio ego.

b) El “rol femenino” visto por los médicos (lo que se aprecia, lo que debe ser y las amenazas).

- Entre lo que aprecian de las mujeres, encontramos los atributos de la belleza, la ternura, brindar amor, el “instinto materno”, su abnegación, su ser “hogareña”, su comprensión y su capacidad de administración.
- Para ellos, la mujer debe ser afectuosa, amable, responsable, transmisora de amor, paciente, honesta, respetuosa, bella, inteligente, hogareña y “coadyuvante en las figuras paternas”.
- Las amenazas que enfrenta la feminidad son: el machismo, la vanidad y “la falta de valores femeninos”.

c) El “rol masculino” visto por las médicas (lo que se aprecia, lo que debe ser y las amenazas).

- Los atributos más admirados son, honestidad, “su fuerza”, “que se impone como jefe de familia”, su comprensión, su inteligencia, su entereza y “que acepten no ser los únicos que pueden”.

- Los hombres “deben ser” responsables, honestos, cariñosos, fuertes, amables, atentos, tranquilos, seguros de sí mismos, congruentes, conscientes de que van a formar una familia y tolerantes con la superación y participación de la mujer.
- Las amenazas para la masculinidad se centraron en la “liberación femenina y/o emancipación”, la preparación de las mujeres, la posibilidad de perder el poder, el machismo y “el que se atenta contra su integridad física y mental”.

d) El “rol femenino” visto por las médicas (lo que se aprecia, lo que debe ser y las amenazas).

- Lo que más admiran es honestidad, comprensión, inteligencia, humanidad, que son muy valiosas, valientes y que sean firmes en sus decisiones.
- La mujer debe ser: responsable, cariñosa, comprensiva, “un punto de apoyo”, frágil, femenina, luchadora, segura de sí misma, preparada para aceptar los cambios actuales, con las mismas cualidades que el hombre, amable, atenta y consciente de que va a formar una familia.
- Las amenazas para la feminidad son “el no romper criterios entre las mismas mujeres”, los problemas, el machismo, esforzarse para aprender más y las adicciones.

e) Actitud de los médicos ante la violencia.

- Entre los ocho médicos que participaron, uno se declaró abiertamente a favor de “la dureza para hacerse respetar como la autoridad de la casa”, argumentando que “hay algunas veces que es necesario ser autoritario o enérgico”.
- Dos de ellos respondieron que esa “dureza” puede estar justificada en algunos casos. Para ellos, podría ser utilizada “cuando tu psicología no te alcanza”, “pero no siempre”.
- El resto de los participantes se pronunciaron en contra de esa “dureza”, haciendo alusión a la necesidad de comunicación y de orientación hacia los hijos.

T E M A

f) Actitud de las médicas ante la violencia.

- Tres afirmaron estar de acuerdo con la “dureza” como forma de hacer respetar la autoridad: “Sí, pero sin llegar a agresiones físicas”, “Sí, cuando un hijo quiere hacer lo que no está bien” y “Debe tenerla el hombre cuando los hijos no hacen caso”.
- Tres más respondieron con cierta permisividad: “No precisamente”, “no necesariamente” y “No lo creo, pero sí se dan casos”.
- Las tres restantes se pronunciaron en contra de la dureza: “No voy de acuerdo con la dureza por ningún padre”.

La importancia del problema de la violencia familiar

- a) Situaciones de violencia como causa de consulta solicitada por mujeres. Si bien la “violencia” no aparece expresamente como uno de los principales motivos de consulta, se mencionan algunos diagnósticos que podrían estar relacionados con este tipo de situaciones. Tres médicos dijeron que traumatismos, neurosis, síndrome de colon irritable y enfermedad ácido-péptica, son causas de consulta que tienen relación con la violencia y que ésta puede deberse a que el esposo estaba ebrio, enfadado o que le faltaba amor por la pareja, también que el maltrato puede deberse a la falta de dinero o de empleo. Entre el grupo de las nueve médicas, encontramos que cuatro de ellas hacen alusión a situaciones violentas por problemas de pareja o psicológicos, y sobre los trastornos que podrían derivarse de estos: crisis nerviosas, gastritis, problemas emocionales y depresión.
- b) Casos de violencia contra la mujer en los últimos tres meses. Existe diferencia en la detección de éstos, ya que el promedio detectado por los médicos durante los últimos tres meses fue de 1.3 por médico, mientras que los detectados por las médicas, fue de 2.5.
- c) Situaciones de violencia como prioridad. Respecto de la pregunta en torno a si se considera prioritaria la formación de recursos humanos para la salud capacitados en la temática de la violencia, el promedio de varones y mujeres se sitúa en la respuesta “neutral”.
- d) Situaciones de violencia y su importancia en la práctica médica. Respecto a la consideración de que la violencia contra la mujer es un

problema importante en su práctica médica, todas las médicas manifestaron estar “completamente de acuerdo” o “de acuerdo”. Por el contrario, entre el grupo de médicos, encontramos que cinco de ellos manifiestan estar “completamente de acuerdo” o “de acuerdo”, mientras que dos de ellos dicen estar, uno, “en desacuerdo” y otro “completamente en desacuerdo”.

Causas de la violencia y su disposición a apoyar a mujeres víctimas

- a) Percepciones en torno a las causas de la violencia. Respecto de las causas de la violencia contra la mujer, los médicos mencionaron, en primer término, el nivel socioeconómico bajo y la falta de empleo; en segundo lugar el haber presenciado durante la niñez situaciones de violencia, posteriormente a la familia patriarcal y las diferencias sociales por ser hombre o mujer y por último, la personalidad violenta del hombre y el masoquismo de la mujer. Por otro lado, las médicas señalaron las siguientes causas como relevantes: el haber presenciado durante la niñez situaciones de violencia, la personalidad violenta del hombre y el masoquismo de la mujer. Posteriormente mencionaron el nivel socioeconómico bajo y la falta de empleo; por último, a la familia patriarcal y a las diferencias sociales por ser hombre o mujer.
- b) Razones para no brindar apoyo en casos de violencia. Como se aprecia en el cuadro siguiente, que resume los comentarios de quienes respondieron la pregunta correspondiente a por qué no brindar ayuda, solamente un médico y una médica contradijeron su sentido, y afirmaron que sí prestarían ayuda a las mujeres violentadas que acuden a consulta.

Papel del profesional médico frente a la violencia

- a) Formación recibida sobre atención de la violencia. Respecto del haber recibido orientación en torno a “situaciones de violencia contra la mujer”, como parte de su formación profesional, la totalidad de las médicas y los cinco médicos que sí respondieron a esta pregunta, señalaron que no han recibido ningún tipo de instrucción.

Médicos	Médicas
• Falta de cooperación del paciente. • Falta de decisión del paciente (cede a la voluntad del esposo aunque la maltrate). • Las demandas no proceden en apoyo a la mujer. • Yo la ayudaría. • Falta de tiempo. • Violencia del esposo y bajo criterio. • Baja cultura del familiar (violentos y luego toman represalias).	• Sí la ayudaría. • Que no coopere la paciente. • No estar segura de la información. • Falta de preparación para dar información. • Falta de tiempo en la consulta. • Institucional. • Porque ella no acepta la ayuda. • Porque no se le da la debida importancia por parte de la institución a la que se manda. • Para salir adelante debemos colaborar como humanos.

- b) Trascendencia del papel del médico en la violencia. Al ser interrogados en torno a la importancia del rol del médico en la detección y manejo de casos de violencia contra mujeres víctimas del abuso, cuatro médicos consideraron que su participación es “intrascendente”, mientras que otros tres la consideraron “relevante”. Por su parte, cinco médicas respondieron que su participación es “relevante”, mientras que tres de ellas la consideraron “intrascendente”.
- c) Acciones que se realizan en torno a las situaciones de violencia. Al responder acerca de las acciones que los médicos realizan cuando tienen sospechas de estar ante una mujer violentada, éstos respondieron con mayor frecuencia que dialogan con las mujeres que han sido agredidas y les brindan orientación legal. En menor medida, les brindan apoyo psicológico y solamente en uno de los casos, el médico refirió que “le instruiría a solicitar certificado de lesiones”. Por otro lado, las médicas respondieron que principalmente brindan apoyo psicológico y dialogan con las mujeres agredidas. Asimismo, refirieron que en menor medida se brinda orientación legal, se avisa a autoridades o al Ministerio Público y, solamente una de ellas, refirió que realiza “acta de lesiones”.

- d) Instituciones y normatividad en torno a la violencia. En torno a las instituciones que identifican para referir a víctimas de la violencia, los médicos ubicaron el DIF, la Comisión de Derechos Humanos y el Departamento de Trabajo Social del Ayuntamiento. Por su parte, las médicas señalaron, además del DIF, a las autoridades locales, al Ministerio Público y a INMUZAC (Instituto de la Mujer Zacatecana). Se preguntó también cuántos conocían la existencia de la norma 190 y su contenido: dos mujeres médicas dijeron saber de su existencia, pero nadie conocía su contenido.

Discusión

En la exploración del tema de lo masculino y lo femenino, hay una clara referencia a las características que la sociedad ha impuesto como parte de las identidades de género. Tanto varones como mujeres destacan que las cualidades masculinas se relacionan con fuerza y sobre todo con responsabilidad; eso supone que no cuestionan que los varones deben ser jefes y proveedores de la familia. Valdría la pena explorar opiniones sobre las composiciones familiares en las que las mujeres tienen o comparten la jefatura familiar.

Respecto al papel de las mujeres, unas y otros comparten la idea de atributos supuestamente femeninos como comprensión, fragilidad, afectividad. Pero debe destacarse que ellas consideran, además de esas características, a la valentía que lleva a la lucha.

Las preguntas referidas a las amenazas sobre feminidad y masculinidad fueron respondidas de manera ambivalente, ya que no se puede saber si la amenaza es considerada positivamente o negativamente, sin embargo las semejanzas y las diferencias entre las que proporcionaron unos y otras resultan interesantes. Acerca de las amenazas a la masculinidad, tanto ellos como ellas refieren a la liberación femenina. Ellos agregan el vicio y el egoísmo, y ellas la preparación de las mujeres que lleva a la pérdida del poder por parte de los hombres.

En cuanto a las amenazas a la feminidad, los varones piensan que son la falta de valores, la vanidad y el machismo. Este último también fue señalado por las mujeres, pero además se refirieron al esfuerzo por aprender más, y una idea que parece indicar que son negativas las disputas entre mujeres.

Como se ve en las respuestas sobre la permisividad frente a la violencia, éstas no fueron uniformes; entre los varones uno se manifestó por la dureza, dos por su aplicación en casos específicos y cinco médicos la rechazaron. Entre ellas hubo mayor aceptación, pues tres la consideran parte de la autoridad necesaria, tres que debe aplicarse en casos específicos y tres más, se manifestaron totalmente en contra. Las respuestas son reflejo de las opiniones diversificadas que se expresan en la sociedad respecto al carácter pedagógico de la violencia. Se han logrado avances en el sentido de considerar negativa la violencia por los daños que provoca en la dinámica familiar, pero se considera necesaria para imponer autoridad.

Sobre la importancia del tema se perciben algunos de los prejuicios acerca de las situaciones de violencia, pues a partir de su actividad de consulta médica señalan a la ebriedad, el enfado, la falta de amor o problemas económicos. Estas causas dejan ver que comparten una idea sustentada en prejuicios de género, que interpreta a la violencia como resultado de factores relativamente externos. Y eluden la responsabilidad por ejercerla, cuando culpan a otros, la niegan, la minimizan y en resumen se coluden con el victimario, y como dice Patrizia Romito (1997:30) este rechazo a reconocer el problema y la complicidad con el hombre violento, priva a las mujeres de un servicio que necesitan y al cual tienen derecho.

Respecto a los daños a la salud que se adjudican a la violencia, en el caso de los médicos se hizo referencia a una etiología relacionada con lo orgánico, mientras que las médicas destacaron los síntomas emocionales; esto refuerza la idea de que ellas reconocen algunos aspectos que no son visibles, por ejemplo la depresión o los trastornos emocionales que causa la violencia. Esta mayor visibilidad en las médicas se refuerza cuando vemos que ellas en promedio reconocieron 2.5 casos en los últimos tres meses mientras que ellos detectaron 1.3 casos en promedio en el mismo periodo, probablemente esto se debe a la mayor sensibilidad frente a la violencia sufrida por mujeres, incluso a sus propias experiencias o a la preferencia de las afectadas para acudir con los profesionales de su mismo género.

Todas las médicas respondieron que la violencia sí es un problema de la práctica médica, mientras que tres de los ocho médicos dijeron estar en desacuerdo. Esto hace pensar que para lograr una capacitación del personal médico en este tema sería necesaria una intervención previa para crear un ambiente de aceptación al tema.

Con los resultados sobre el tercer tema, causas y disposición a apoyar a las víctimas, se puede comprender mejor la idea antes señalada respecto a no reconocer la responsabilidad sobre la violencia; así, el alcohol se convierte en un factor que determina la presencia de la violencia y de hecho como un atenuante, pues se considera que deja fuera la posibilidad del autocontrol. Al hablar de enfado también se busca una justificación ya que se adjudica a la víctima el papel de detonador. Los médicos señalaron en el grupo de respuestas sobre la importancia, y en las que se refieren a las causas, al desamor, los problemas de dinero y la falta de empleo. Estas apreciaciones aparecen como una falta de reconocimiento y débil condena de la violencia, y representan una forma de colusión social que justifica sus causas aparentes.

Las médicas hicieron referencia a una de las explicaciones más comunes: la psicológica, presentándose como psicologización abusiva (Romito, 1997:28) que funciona en dos niveles: cuando la demanda de información, ayuda médica, social, económica o legal de las mujeres es reducida hipotéticamente a las dificultades psicológicas de la mujer, o bien cuando el campo psicológico se reduce al masoquismo y la codependencia de la víctima, lo que crea un sentido de culpabilidad en la mujer y es señalado como causa de la violencia tanto por médicos como médicas.

Algunos de ellos señalaron una personalidad violenta en el hombre y masoquismo en las mujeres, esto lleva a psicologizar e individualizar el hecho y por tanto a justificarlo. Pocas respuestas muestran alguna consideración general de la violencia como eje del control masculino.

En este apartado se encuentran las razones por las que brindan o no apoyo a las mujeres que sufren violencia; sólo un médico dijo abiertamente que sí la apoyaría, otros respondieron que son las propias pacientes quienes no cooperan o no tienen decisión, uno de ellos dijo que las demandas no proceden, y uno más argumentó falta de tiempo.

Las médicas por su parte, tuvieron respuestas similares, falta de tiempo, falta de cooperación de las mujeres, y sólo una respuesta se refirió a la falta de preparación para dar información.

Por último, en el tema del papel profesional en relación con la violencia, se reconoce en general que no han recibido formación; tres médicos y cinco médicas consideran que su participación es relevante y la proporción contraria se manifestó hacia la intrascendencia de su participación (cinco

médicos y tres médicas refieren esta respuesta). Por tanto, se ve que además de una capacitación para atender a las mujeres que han sufrido violencia, se debe emprender una campaña para que el personal médico conozca el problema y pueda situarse como agente de cambio. El diálogo que dicen tener con las mujeres agredidas deberá avanzar en el sentido que sólo dos entrevistados manifestaron, que orientan a las mujeres para que realicen la denuncia y encuentren el apoyo adecuado, psicológico y legal.

Finalmente, queda claro que hace falta difundir la norma 190 y lograr una coordinación efectiva entre las instituciones de salud y aquellas orientadas a la atención de las mujeres que sufren violencia.

Conclusiones

- Las representaciones en torno a los roles de género de médicos y médicas constituyen un obstáculo para brindar una adecuada atención a las víctimas de violencia intrafamiliar y para la aplicación de la norma.
- La permisividad y minimización de este tipo de violencia por el personal médico está presente en su práctica diaria y se refleja en la no detección de los casos.
- Es claro que para una adecuada implementación de la norma se requiere una previa y efectiva capacitación al personal de salud.
- Que dicha preparación deberá incluir de manera imprescindible el enfoque de género.
- Una mayor difusión y distribución de la norma 190.

Finalmente, abordar la violencia desde las instituciones implica dos dimensiones simultáneas: una al interior del propio sistema de salud y su organización, y otra hacia sus profesionales como reproductores de la estructura patriarcal de la sociedad y de prácticas discriminatorias contra las mujeres; por ello la aplicación de la norma constituye un reto para el sector salud, pues como receptor inicial de muchas víctimas de esta violencia debe jugar un rol activo y ser sensible en el desarrollo de modelos de atención integrales para su registro y prevención.

Bibliografía

- Abbott, J. *et al.* (1995), "Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an Emergency Department", *Population. JAMA*, June 14, v. 273, n. 22, 1763-1767.
- Asociación Mexicana contra la Violencia hacia las Mujeres (COVAC), Fondo de Población de las Naciones Unidas y PGJDF, *Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia*, Octubre de 1995.
- Badinter, Elisabeth (1992), *XY La identidad masculina*, Alianza, Madrid.
- García, Bárbara y García Colomé (1994), "Violencia intrafamiliar", en *Antología de la sexualidad humana*, tomo III, Porrúa/CONAPO, México.
- Heise, L., L. Pitanguy y A. Germain (1994), "Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud", *Programa Mujer, Salud y Desarrollo*, Washington, OPS.
- Híjar, M., López, M.V. y Blanco, J. (1997), "La violencia y sus repercusiones a la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México", en *Salud Pública de México*, n. 39.
- Koss, M.P. *et al.* (1994), "No safe haven: Male violence against women at home, at work and in the community", *Am Psychol. Association*, Washington, DC.
- Lewontin, R.C., S. Rose y L.J. Kamin (1991), *No está en los genes: racismo, genética e ideología*, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Crítica, Grijalbo, México.
- Méndez, Pablo *et al.* (2001), "Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del IMSS, Morelos", en *Salud Pública de México*, en prensa.
- Panagioti V., Caralis y Regina Musialowski (1997), "Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims", en *Southern Medical Journal*, v. 9, n. 11.
- Ramírez, Juan Carlos y María Concepción Patino Guerra (1996), "Mujeres de Guadalajara y violencia domestica: resultados de un estudio piloto", en *Cadernos Saude Publica*, Río de Janeiro, 12(3):405-409.
- y Griselda Uribe (1993), "Mujer y violencia: un hecho cotidiano", en *Salud Pública de México*; v. 35 (2), pp. 148-160.
- y Patricia N. Vargas (1997), "¿Qué tan serio es el problema de la violencia doméstica contra la mujer? Algunos datos para la discusión", *VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Puública*, 2-5 de marzo, Cuernavaca, Morelos, México.

Romito, Patricia (1997), "Estudiando la salud de las mujeres: epistemología, metodología y cambio social", en *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias*, n. 20, Instituto de la Mujer y Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, Barcelona.

Stark, E., Filtcraft, A. (1988), "Violence among intimates. An epidemiological review", en *Handbook of family violence*, V.D. Van Hasselt. USA.

— and Frazier, W. (1996), "Medicine and patriarchal violence", *Women at risk. Domestic violence and women's health*, SAGE Publications, USA, pp. 3-38.