

Juana Robledo Martín et al.

## LA ATENCIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO VISTO DESDE LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES MALTRATADAS

### SANITARY PROFESSIONAL'S ATTENTION ON GENDER VIOLENCE SEEN FROM BATTERED WOMEN PERCEPTION

**Autor:** Juana Robledo Martín (1), Diana de la Fuente Aparicio (2), Ana Belén Salamanca Castro (1), Sara Sánchez Castro (3).

**Resumen:** Estudio cualitativo que pretende conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la labor de los profesionales sanitarios en la atención de los malos tratos en la Comunidad de Madrid.

Los resultados fueron validados mediante un proceso de triangulación.

Las mujeres identifican la asistencia sanitaria con la que se presta en el caso de lesiones físicas. Sin embargo, si indagamos en esa valoración, sí manifiestan buscar algo más de los profesionales que las atendían, aunque no son capaces de verbalizarlo ante ellos.

Las somatizaciones que el maltrato produce son tratadas por los profesionales sanitarios sin abordar la causa que las producen, y, cuando se identifica que dicha causa es el maltrato, sólo en algunas ocasiones los profesionales derivan a estas mujeres a psicólogos o psiquiatras. Sin embargo, esto no es algo que se identifique como una mala praxis ya que las mujeres establecen una función muy definida y rígida para cada profesional sanitario, donde, para ellas, el médico de Atención Primaria no estaría obligado a preocuparse por la salud y el bienestar psíquico de las personas que acuden a consulta.

Pensamos, por eso, que sería recomendable que la Comunidad de Madrid creara un programa de salud específico para atender a estas mujeres y garantizar, así, tanto una adecuada cobertura a las personas que se puedan encontrar en esta situación, como unas pautas mínimas de calidad en la atención que se presta.

**Palabras clave:** Maltrato, Violencia contra la mujer, Relaciones Profesional-Paciente, Atención sanitaria, Maltrato conyugal.

**Abstract:** Qualitative study whose objective is to know battered women perception regarding sanitary professional's attention on gender violence in Madrid Community.

The results were validated by a triangulation process.

Women identified sanitary assistance with those given when there exist physical injuries. However, if we keep questioning about it, they do express to look for something else from the professionals who attended them, although they are not able to say it before them.

Somatizations that ill-treatment produces are treated by sanitary professionals without attending to the cause that caused them, and, when it is identified ill-treatment as the cause, rarely sanitary professionals send them to psychologues or psychiatrics. However, this is not identified as a bad practice, because women establish a very defined and rigid function for each professional, where, as they understand, Primary Care doctor will not be required to worry about psychic health and wellbeing of people who attend to their offices.

We think, therefore, that it would be recommended that Madrid Community should create a specific health program to attend these women in order to guarantee, this way, a proper attention to people who may be in this situation as well as a minimum quality on the attention they received.

**Key words:** Ill-treatment, Violence against women, Professional-Patient Relations, Sanitary attention, Spouse Abuse.

**Fecha del trabajo:** 11/02/2009

**Centro de Trabajo:** (1) Departamento Investigación FUDEN, (2) Hospital 12 de Octubre, (3) Hospital Infanta Sofía (Madrid, España).

Juana Robledo Martín et al.

## INTRODUCCIÓN

La violencia hacia y contra las mujeres es una de las violaciones más graves de los derechos humanos.

Consiste en cualquier tipo de violación de la personalidad de la mujer, de su integridad física y mental o de su libertad de movimientos.

la violencia de género es considerada como un problema de estado y de salud pública, así como un tema de preocupación social.

Los medios de comunicación han comenzado a recoger como noticia los asesinatos de mujeres a manos de sus novios, parejas o ex parejas, lo que a veces hace que se piense que los malos tratos “están de moda”, o que está aumentando la violencia contra las mujeres, pero la violencia y los malos tratos han formado parte de nuestra vida cotidiana a lo largo de la historia, aunque esta violencia estaba normatizada y naturalizada, por lo que era invisible, no tenía reconocimiento y, por tanto, estaba silenciada y oculta. De hecho, pensemos en las numerosas tragedias de honor que existen en nuestra literatura, en las que el marido asesina a su mujer (y en muchas ocasiones, al amante de ésta) para impedir que su honra quede manchada a causa del adulterio cometido por ésta o por la mera sospecha que tiene del quebrantamiento de su fidelidad matrimonial, ya que, como se cita en “Los comendadores de Córdoba”, escrita en 1596 por Lope de Vega: *“La honra sólo se lava con sangre”*, o sirva también como ejemplo esta imagen (perteneciente a un manuscrito del siglo XII titulado Roman de la Rose), obra misógina que habla de cómo librarse de las malas artes de las mujeres.

Sin embargo sí es cierto que la violencia doméstica, en los últimos años ha pasado de pertenecer al ámbito privado a ser un fenómeno en ámbito público, es decir ha dejado de ser visto como un problema individual y ha pasado a ser considerado un problema social, en el que toda la sociedad y sus instituciones deben poner solución, y es este cambio el que ha podido hacer que la violencia doméstica hoy en día más visible y por tanto, objeto de estudio de diferentes ámbitos tanto sociales como sanitarios.

Sin embargo es importante considerar que a pesar de esta Pero esta mayor visibilidad no ha hecho que no siga siendo un problema infradiagnosticado, ya que las mujeres no suelen mencionar expresamente la existencia del problema. De hecho, aunque 1 de cada 3 consultas efectuadas en atención primaria tiene relación con la violencia de género, ya sea en forma de maltrato físico o psicológico, sólo la mitad de los casos de violencia de género son diagnosticados en Atención Primaria como tales. Uno de los principales motivos por los que no se diagnostica es que las mujeres no suelen manifestar que son víctimas de malos tratos, primero, porque, en muchos casos, ni ellas mismas son conscientes de serlo, también por miedo, ya que tienen miedo a qué pasará después de decirlo (se interpondrá denuncia y luego, ¿qué?), pero también, alguna de ellas comentaba que no lo decía por vergüenza, y esto nos hizo plantearnos... es lógico pensar que te de vergüenza

Juana Robledo Martín et al.

comentar algo a una familiar, a un allegado, pero... ¿a un médico, a una enfermera? No debería dar vergüenza en es caso, por eso nos planteamos el objetivo de este estudio, que es:

Objetivo:

Conocer la percepción de las mujeres maltratadas sobre la labor de los profesionales sanitarios en la atención de los malos tratos.

## METODOLOGIA

Se realizó un estudio cualitativo cuya población de estudio fueron mujeres maltratadas atendidas en la Comunidad de Madrid.

El acceso al campo se ha realizado a través de “porteros” que trabajan con mujeres maltratadas y el contacto con ellos nos ha permitido el acceso estas mujeres así como identificar a aquellas mujeres que podíamos considerar informantes claves considerando la situación psicológica en la que se encontraban y su capacidad de transmitir sus vivencias.

Para la recogida de datos fue necesario realizar 6 grupos de discusión y 8 entrevistas en profundidad a aquellas mujeres maltratadas consideradas informantes clave, hasta llegar a la saturación del discurso. Los grupos de discusión y las entrevistas fueron grabados y transcritos en su totalidad siendo revisados por los investigadores para verificar su contenido.

Todas las mujeres participaron de forma voluntaria, asegurando, el equipo investigador en todo momento, la confidencialidad de los datos.

El análisis de los datos se realizó concomitantemente a lo largo de todo el proceso de investigación, la reflexividad ha sido una constante en todo el proceso siendo el posicionamiento de los investigadores examinado por los mismos a través del diario de campo donde se refleja todo el proceso seguido tanto en la recogida de datos como en el análisis de la información. Los resultados del estudio fueron validados mediante un proceso de triangulación.

## RESULTADOS

Las mujeres identifican la asistencia sanitaria con la que se presta en el caso de lesiones físicas, de hecho, las que no han tenido malos tratos físicos justifican así su escasa relación con los centros sanitarios.

*“Bueno, es que yo tampoco, en mi caso, yo tampoco fui con lesiones, sólo fui una vez (cuando presenté la denuncia), cuando fui a asistencia sanitaria, entonces yo no puedo opinar mucho.”*

*“Lo que pasa que yo físicos no he tenido, (se refiere, por supuesto a malos tratos) entonces no he tenido que recurrir a ningún hospital, y...al no ser físicos que no tienes una prueba palpable entonces ¿Qué vas al médico y le dices mi marido es de esta manera, mi marido*

Juana Robledo Martín et al.

*me insulta, no aguanto esta situación...no se lo puedes decir a nadie, no te creen, ¿cómo demuestras una cosa así?..."*

Sin embargo, si indagamos en esa valoración, sí que manifiestan buscar algo más de los profesionales que las atendían, aunque no son capaces de verbalizarlo ante ellos por la situación psicológica en la que se encuentran. Esta búsqueda de ayuda no es directa y muchas veces se encuentra detrás de un cúmulo de invenciones que la mujer cuenta para ocultar la agresión.

*"Yo lo que busco es que ellos se den cuenta, me pongo a mirarlos a los ojos (gesticula abriendo bien los ojos), les digo, tal, pero, por que a lo mejor no me atrevo..."*

*"Sí, me encanta pues que los médicos estén pendientes de que si tú vas con algo raro, que ellos metan chicha, y la policía lo mismo y que si les estás...que si ven llegar a una persona con un ataque de ansiedad, o a nosotras que nos ingresan con ataques de ansiedad cada dos por tres...muy habitualmente, pues que estén pendientes, y hasta con una mirada, que te tengo al lado, te estoy pidiendo socorro, y si tú estás pendiente, haz lo que tengas que hacer, si yo eso sí, yo estoy teniendo suerte, la verdad es que sí, he tenido mucha suerte, pero sí..."*

*"Fui al médico por la mañana cuando fui al médico de cabecera y me dijeron "Tú tienes que ir al hospital" y me fui y allí dije que había caído duchándome..."*

*"Yo una vez en el hospital fui con las piernas... fui a hacerme una ecografía porque estaba embarazada, y las piernas las tenía con moratones enormes, llenas (hace un gesto con las manos para enfatizar lo que dice expresando con las manos el tamaño de los hematomas) que dije, verás! y les dije que era de... que hacía full-contact, boxeo, todo eso y no, no... yo pensé que no iba a colar ...dije: ¡Va, no va a colar, cómo estoy!,... y lo dejaron pasar"*

Las somatizaciones que el maltrato produce (ansiedad, depresión, etc.) son tratadas por los profesionales sanitarios sin abordar la causa que lo produce o en los casos en los que se identifica que dicha causa es el maltrato, sólo en algunas ocasiones los profesionales derivan a estas mujeres a psicólogos o psiquiatras para que las atiendan.

*"Deberían ser un poco más humanos en el trato con el paciente, o sea "me duele muchísimo la cabeza, llevo ya quince días que me duele la cabeza", "¡tómame esto!", otro día me subió la tensión cuando yo soy propensa a tener la tensión baja, digo..."no sé, me siento...!sabes que yo tengo la tensión baja...", "¡una subida de tensión", y ni siquiera preocuparse en saber el porqué me ha podido subir la tensión, puede ser una cosa eventual..."últimamente estas muy nerviosa", "sí", "pues tómame una tila", ¡si a mi me tira un poco más de la lengua*

Juana Robledo Martín et al.

*yo lo hubiera dicho!, es ser un poco más humano, no te pido que me hagas un encefalograma, ¡no!"*

Interviene otra mujer:

*"Es tan fácil como decir: "¿qué pasa estás más nerviosa?, ¿tienes estrés en el trabajo? O ¿te ha pasado algo en casa?"*

Pero esto no es algo que se identifique como una mala praxis ya que las mujeres establecen una función muy definida y rígida para cada profesional sanitario, donde, por tanto, para las mujeres que han participado en el estudio, el médico de Atención Primaria no estaría obligado a preocuparse por la salud y el bienestar psíquico de las personas que acuden a consulta. Éste sólo se ocuparía de la salud física.

*"Es que depende, es que cada uno hace su papel, si llevas un palizón tremendo y necesitas una ayuda un poco más cualificada de un Hospital, yo, por ejemplo, el médico de cabecera no he ido, además es que nunca lo he pensado, un doctor, es que además te llaman a un doctor que está súper cualificado para esto, vamos, yo es que en ese caso, luego, en lo psicológico, pues una psicóloga, es que necesitamos de todo, porque ahora la psicóloga no nos va a ayudar con la cabeza abierta (risas) ¿entiendes? Sin embargo, la locura esta que tenemos..." (Más risas).*

*"Algunos es que parece que no se dan cuenta de la importancia del problema, porque mi doctora es muy buena doctora, pero cuando vas con este tema... se pone en guardia, se pone a la defensiva,..."*

En aquellos casos en los que estos profesionales se preocupan y ocupan de la atención a la salud mental, las mujeres lo interpretan como algo añadido a lo que es su función específica, es más una cuestión de "suerte" que el médico que te ha tocado sea "majo/a" o "tenga don de gentes" (como ellas lo califican) y se preocupe por esos aspectos de la salud.

*"¡Otros médicos sí se implican! ... yo fui a decírselo claramente porque estaba saturada, se lo dije: "tengo maltrato psicológico en casa" al principio es muy reacia porque no llevas síntomas de golpes ni nada y se queda así como diciendo...¿me estará diciendo la verdad? ¡es lógico que no sepa si le digo la verdad o mentira! Pero sí a raíz de eso me mandó un tratamiento y cada quince días me cita y se está conmigo quince minutos, ¡he tenido suerte!"*

*"Yo he conversado con muchas compañeras que han sido como yo, maltratadas, entonces...eh... me han dicho que los médicos son groseros, que los médicos no tienen*

Juana Robledo Martín et al.

*paciencia, que no quieren dar el paro... o sea, no hay comprensión, eh...no hay un poquito de...ese don de gentes, o sea, los médicos deberían estar más capacitados en este plano, porque los médicos estudian tanto me imagino... que ya están con la paciencia....que no tienen don de gentes, paciencia, [...] deberían tener un poquito más de conciencia con nosotras, las mujeres así, porque...!no es fácil, no es fácil!!"*

Esta misma mujer dice:

*"Yo he tenido que pedir por favor a la señorita sanitaria siempre que he cambiado de médico que por favor me den un médico que tenga paciencia, porque yo he oído tantas historias de miedo de médicos, negativas de médicos, que yo siempre, siempre que he tenido que cambiar de médico, he ido a la ventanilla cuando me estaban haciendo el cambio de domicilio y le he dicho: "por favor, el único favor que le pido es que me ponga con un médico que tenga paciencia, que tenga don de gentes", yo estuve antes de venir aquí en un centro de mujeres maltratadas, y ahí yo veía a mis compañeras que se derrumbaban, que se...venían llorando, venían destrozadas y les decía: pero, ¿qué te ha puesto así? Y ... pues el médico no me entiende, piensa que yo no necesito... no confía en mí..., no tiene paciencia..., me ha gritado..." le decía: ¿pero por qué?, no te pongas así, trataba de consolarlas un poco, pero ha habido muchas cosas..."*

Reclaman que, aquellos casos en los que es sabida la existencia de maltrato, los médicos no hacen un seguimiento del problema, algo que ellas apuntan como aspecto a mejorar en la asistencia que se presta. En este sentido, según manifiestan, son los pediatras los que más suelen preguntar a la mujer cómo siguen las cosas:

*"Pues mira yo hace un año que fui al de cabecera y le enseñé lo que había pasado, ella hizo un parte de lesiones y lo mandó al juzgado, desde entonces yo habré ido a la doctora...pues como una vez al mes, a lo mejor te ha vuelto a preguntar a ti (tono irónico) a mí no me ha vuelto a preguntar más, ¡con eso te puedes hacer una idea!, que lo más lógico es que cuando vuelves: "al final me has hecho caso, has denunciado a la policía o que ha pasado con esto, te encuentras bien, o ha vuelto a suceder algo...", a mí no me ha vuelto a pregunta más, es más, yo sí le he vuelto a preguntar a ella porque mis niños son muy pequeños y su padre sigue yendo a ella que es también su doctora de cabecera para ver en que situación estaba este señor para cuando le toque llevarse a los niños y me ha dicho que ella no me podía facilitar ningún tipo de información sobre eso, es que no quiero saberlo por mí, ¡a mí me da igual!, pero este señor se va a llevar a mis hijos."*

Al preguntarle a esta mujer si el pediatra se había interesado por sus hijos, ella responde:

*"Si, mira la pediatra de mis hijos se interesa ¡cinco veces más! que la doctora de cabecera, hoy por ejemplo he estado en el pediatra con mi hijo y lo primero que me ha preguntado:*

Juana Robledo Martín et al.

*“¿qué tal sigues?, ¿cómo está la situación?, ¿sigues con el mismo miedo?, ¿te sigue persiguiendo por la calle?, ¿han vuelto ha hacer algo al niño?...” en seguida me ha preguntado cuatrocientas cosas a la vez, y la de cabecera te repito que es que llevo un año...que es la única que tiene constancia porque yo desde luego no le he dicho nada nunca, pero ese sí tiene constancia de que me pasó y sí, se limitó a verme las lesiones, a tal...hizo su parte, me dijo “denúncialo en la comisaría”, yo no lo denuncié, ¡faltaba más...!, he vuelto a ir como ¡trece veces! Voy casi todos los meses, a mí no me ha vuelto a preguntar nunca nada. La pediatra sí, yo la pediatra me pregunta muchísimo, ¡sobre mí, eh! En particular, no me pregunta sobre el niño, me pregunta a mí directamente “¿cómo estás?, ¿cómo te encuentras?”, tengo mucha confianza con ella...lleva a mis niños desde que nacieron, a los dos, no sé es otra relación y...esa sí me pregunta sí, pero ni la enfermera...y la doctora de cabecera mil veces me la cruzo por los pasillos cuando voy al pediatra que podía pararse un segundo y decirte: “¿qué tal estás?”, no...da igual”*

*“¡Que sí!, yo también te puedo hablar...la pediatra de mi hermana es de Madrid, yo no tengo nada que ver, y yo he tenido a los niños constipados y he bajado a la pediatra de mi hermana en su centro de salud sin cita, “me pasa esto con los niños, estoy aquí con mi madre una temporada y no sé que hacer”, “¡ah!, ¿tú eres la cuñada de no sé quién?” “sí”, “¡ah! ¿La que ha dejado al marido?” “sí” “¡enhorabuena!” “¿cómo que enhorabuena?” claro tú te quedas...¡yo no conozco a esa mujer de nada!”sí hija, te has librado de una familia conflictiva emocionalmente a tope, ¡ven para acá que te voy a mirar a los niños! Y cada vez que estés donde tu madre pide cita como si fuera para tus sobrinos que yo te los miro”, ¿eso quién te lo hace?, yo igual que te digo una cosa te digo otra, o sea...pero mi doctora por su carácter o...porque cada uno tiene sus problemas ¡yo que sé! Es una persona que es más seca, más reacia, no te pregunta...¡lo poco que sabe es porque yo se lo cuento, no porque ella me pregunte a mí ¿oye como estás?, ¿qué te ha pasado?!”*

algo que ellas justifican por el escaso tiempo del que disponen los médicos para atender pacientes en las consultas de Atención Primaria.

*“No te pueden dedicar tiempo cuando en cinco minutos te meten a dos pacientes, entonces yo llego allí y a mí me apetece explicarle, que me atienda, que...me de una idea por donde coger el camino, pero entiendo que no pueden tener paciencia ninguna cuando tienen la sala ¡así! Y cada cinco minutos dos personas, si con que se paren a mirarte la garganta y a auscultarte ¡no pueden hacer nada más!”*

Juana Robledo Martín et al.

## DISCUSION

Comprobamos que la asistencia que se presta a las mujeres maltratadas es deficiente, cuando de la atención psicológica hablamos. La adecuada atención a la salud mental de estas mujeres no debería ser cuestión de suerte parece que la perspectiva biopsicosocial de nuestro actual concepto de salud, vigente por otro lado, desde 1946, cuando la OMS lo definió así en su carta magna, pero que parece aún no ha calado suficientemente en los profesionales sanitarios. La salud mental sigue sin ser un tema de salud.

Este estudio corrobora lo obtenido por nosotras mismas en una investigación anterior en la que queríamos saber si las enfermeras de Atención Primaria se encontraban capacitadas para detectar malos tratos, y en el que concluíamos que era necesaria una relación de confianza con la paciente para que ésta comunicara la existencia del maltrato. Por eso, pensamos que se debería mantener una actitud empática cuando atendemos a una persona con este problema de salud, no debemos juzgarla por sus actuaciones (yo no soy quién para juzgar a nadie, además, no se en qué fase del proceso se encuentra la mujer, no se si realmente está preparada para tomar decisiones, para denunciar, para abandonar al agresor...), lo que yo sí puedo hacer es escucharla, intentar ayudarla (que precisará una ayuda más específica para su problema que la que yo, como enfermera, la pueda proporcionar, pero bueno, puedo remitirla a otros profesionales más cualificados para que la atiendan,) informarla de los recursos a los que puede acudir (a veces, el sólo hecho de acudir a una terapia grupal, ya les sirve de ayuda, de apoyo, y les da la fuerza y el ánimo suficiente para poder empezar a realizar cambios, a tomar decisiones, porque ven: primero que lo que le ha pasado y le pasa a ella, le pasa también a otras personas, no es algo tan raro como al principio les puede parecer, y también porque ven a personas que ya se encuentran en una etapa más avanzada del proceso de maltrato, y entienden que de esto se puede salir, y que esas personas se encuentran mejor tras la separación de su agresor).

Debería también, por tanto, como enfermera, analizar mis propias actitudes y mis propias creencias sobre el maltrato y la víctima de malos tratos, puesto que, como indican los resultados de un estudio cualitativo realizado en Brasil, los patrones culturales influyen las creencias que yo pueda tener frente al maltrato, y estas actitudes influyen en la manera que yo me relaciono, y por tanto, atiendo a las personas con este problema.

Para concluir, a partir de los resultados obtenidos en este estudio, pensamos que sería recomendable que la Comunidad de Madrid creara un programa de salud específico para atender a estas y otras personas con situaciones sociales anómalas, con el fin de garantizar, de esta manera, tanto una adecuada cobertura a las personas que se puedan encontrar en esta situación, como unas pautas mínimas de calidad en la atención prestada en los Centros de Salud, adecuando de esta manera, la atención sanitaria a la perspectiva biopsicosocial de nuestro actual concepto de salud.