

LA MEDICALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

THE MEDICALIZATION OF GENDER VIOLENCE

Natalia Rodríguez Valladolid
 Universidad de la Rioja

Resumen: En las páginas siguientes se describirá el fenómeno de la violencia de género, como una problemática con gran prevalencia en España y sin embargo cabe señalar una invisibilidad del fenómeno en el sistema sanitario, debido fundamentalmente al proceso histórico de la medicalización que aún afecta en nuestros días. Comenzamos realizando una conceptualización breve de la violencia de género para contextualizar histórica y culturalmente este fenómeno, como premisa fundamental para comprender, en sentido amplio, los factores causales de la violencia. Posteriormente se realiza un contrapunto entre: *la visibilidad del fenómeno en su dimensión social por una parte y la invisibilidad de la violencia en su individualidad, exponiendo, de forma breve, las consecuencias que el maltrato produce en las mujeres* para comprender posteriormente la medicalización del fenómeno, teniendo presente como guía los argumentos de Foucault (1980). Aunque la crítica en las fundamentaciones expuestas acerca del abordaje de la violencia de género es manifiesta, la intención última es exponer una problemática social muy grave y los efectos de la medicalización y sus resquicios históricos sobre ella. Con esperanzas de que el cambio que ya se está produciendo continúe y otros cambios que serán venideros.

Palabras Clave: Violencia de Género, Medicalización, Sistema Sanitario.

Abstract: The following pages examine the phenomenon of gender violence as a prevalent problem in Spain but also as one that is largely invisible in the healthcare system, due mainly to the historical process of its medicalization, which remains influential even today. We begin with a brief conceptualisation of gender violence, providing a historical and cultural context to the phenomenon, because we believe that doing so is of fundamental importance in order to understand, in the broadest manner possible, the factors that cause violence. We then contrast the visibility of the phenomenon in its social dimension, on the one hand, with the invisibility of violence in individual cases, on the other. We briefly put forward the consequences that abuse has on women, so as to be able to subsequently understand the medicalization of the phenomenon, guided by the arguments of Foucault. While there is clearly a critique present in our discussion about how gender violence is addressed, our final intention is to describe a very serious social problem and the effects that medicalization and its historical impact have had on this problem. Our hope is that the changes now underway continue and that further changes are on the way.

Key Words: Gender Violence, Medicalization, Healthcare System.

| Recibido: 23/10/2013 | Revisado: 10/12/2013 | Aceptado: 09/01/2014 | Publicado: 31/01/2014 |

Correspondencia: Natalia Rodríguez Valladolid. Grupo de Investigación de Género de la Universidad de la Rioja. Dirección Postal: Edificio de Rectorado, Avda. de la Paz, 93, 26006 Logroño, La Rioja.
 Email: alitana@ono.com pagina web: www.unirioja.es/genero/.

Referencia normalizada: Rodríguez, N. (2014). La medicalización de la violencia de género. *Trabajo Social Hoy*, 71, 73-86. doi: 10.12960/TSH.2014.0004.

1. INTRODUCCIÓN: CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) adoptó la Declaración de Viena y el Programa de Acción donde se reconocen los derechos humanos de las mujeres como parte de los derechos humanos universales, y se señaló que las violencias por razón de sexo deben ser eliminadas. Se expuso además que son el resultado de prejuicios culturales incompatibles con la dignidad y el valor de la persona (OMS, 2002).

Durante siglos la violencia ha servido para controlar, dominar, someter a personas y grupos sociales. La violencia se ha basado en la supuesta superioridad de una raza o un pueblo sobre otro, de una clase social, económica o política sobre otra, de una religión, cultura o ideología frente a otra.

Pero existe además una violencia específica contra las mujeres que se ha utilizado como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad, las relaciones jerárquicas y de poder de los hombres sobre las mujeres. Lo que diferencia este tipo de violencia de otras formas de agresión es que el principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

La violencia de género procede de la desigualdad entre hombres y mujeres, siendo el resultado de la creencia, alimentada por la mayoría de las culturas, de que el hombre es superior a la mujer. El género es una categoría más amplia que la sexual, por lo tanto va más allá de las características biológicas y reproductivas. Se trata de un constructo social e histórico, es decir, que está sometido a cambio según las características de cada sociedad; por lo tanto define el conjunto de características diferenciadas que cada sociedad designa a hombres y mujeres.

2. CONTEXTUALIZACIÓN HISTÓRICA Y CULTURAL

En la construcción de la personalidad y de la identidad particular de cada individuo, existe un peso crucial de la tradición cultural a la que pertenece, de los paradigmas, valores y creencias que son asimilados de forma temprana e inconsciente. Un aspecto decisivo que también interviene es la estructura social en la que se vive, su organización jerárquica y el sexo que se tiene al nacimiento, porque este marca de manera definitiva la pertenencia a una de las dos subculturas perfectamente diferenciadas y ligadas entre sí, la subcultura femenina y la subcultura masculina.

Nuestra tradición judeocristiana tiene una estructura social patriarcal, la estructura de nuestra sociedad occidental es jerárquica, es decir, su funcionamiento se basa en estratificar los grupos sociales imponiendo jerarquías. Y es patriarcal porque las rela-

ciones humanas no son igualitarias, son relaciones de poder del varón, de dominio, sumisión, que se dan no solo en el campo social y económico, sino también en el de las relaciones personales.

Mediante el proceso de socialización se adquiere la identidad femenina y masculina, estas subculturas, corresponden a roles de género, es decir, a cómo socialmente se espera que actúen y sientan las mujeres y los hombres según su sexo.

Estos procesos de socialización son diferentes para hombres y mujeres, se desarrollan en lo microsocio, a través de vínculos o relaciones personales cargadas de afecto, lo que produce una importancia emocional profunda, que se establece en los primeros años de vida, cuando la capacidad cognitiva aún no se ha desarrollado.

La subcultura masculina es dominante, al varón se le educa para la fortaleza, la autonomía, la valentía, la seguridad, la agresividad, la objetividad, la actividad, la rapidez, etc., y a las mujeres para ser el contrapunto, la complementariedad del varón, es decir para la debilidad, la dependencia, la inseguridad, la ternura, la subjetividad, la pasividad, la lentitud, la cobardía...

Si una mujer se comporta con valores masculinos, como sucede ahora sobre todo en el espacio social donde demuestran ser autónomas, independientes, valientes, etc., son castigadas socialmente desde lo afectivo, su castigo es estar solas.

Paloma Andrés Domingo (2004) señala que *la violencia es aprendida socialmente, no es innata a la biología o genética del varón, es una forma de ejercer poder mediante el empleo de la fuerza física, psíquica, económica o política.*

El varón ha aprendido social y culturalmente a situarse en la posición de dominio y ha incorporado la violencia como una forma más de relacionarse con las mujeres, para conseguir sus objetivos y para resolver sus conflictos. En el polo opuesto se encuentra la mujer, que ha aprendido social y culturalmente a situarse en una posición de sumisión, prestando obediencia a quien la ama (padre, esposo, novio...), interioriza la superioridad por naturaleza del varón y su derecho a ser cuidado por ella, incorpora pues la violencia como una forma de relación naturalizada y cuando esta es de intensidad tiende a sentirse culpable.

3. LA VISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN SU GLOBALIDAD

En las tres últimas décadas, la violencia contra las mujeres ha comenzado a hacerse visible y a adquirir un reconocimiento social. En la actualidad es un tema de gran preocupación social. Los medios de comunicación junto con las asociaciones de mujeres han sido los impulsores de la sensibilización social.

Natalia Rodríguez

Como expone Inmaculada Romero (2004), en su artículo titulado *Desvelar la violencia una intervención para la prevención y el cambio*, este tema constituye una preocupación para los distintos países, cada vez más conscientes de esta problemática: *Gracias al movimiento feminista, a partir de los años setenta, en EE.UU. y en algunos países de Europa, también en España, se inicia de forma colectiva y organizada, acciones contra la violencia que comienzan a tener un impacto social.*

Actualmente las instituciones encargadas de las políticas para las mujeres, tanto estatales como autonómicas y municipales, recogen entre sus objetivos y actividades planes de acción y prevención contra la violencia que sufrimos las mujeres.

4. LA INVISIBILIDAD DE LA VIOLENCIA EN SU INDIVIDUALIDAD

En la sociedad actual la sensibilidad, el grado de conciencia, la visibilidad o el umbral de percepción de la violencia contra las mujeres es muy diverso. Probablemente la mayoría estaría de acuerdo en calificar un puñetazo o una bofetada como una manifestación de maltrato físico, o una humillación brutal como violencia emocional, pero, al disminuir la gravedad de los hechos violentos, tal vez, el acuerdo no estaría tan generalizado. Esta situación la observamos también con muchas de las mujeres maltratadas que se atienden desde el ámbito sanitario. Hay una perspectiva subjetiva que no siempre coincide con la evaluación objetiva del trato que reciben en sus relaciones de pareja.

Esta paradoja se pone claramente de manifiesto en las encuestas que se realizan para evaluar la incidencia de este problema en la sociedad. Una de las encuestas más ambiciosas, la Macroencuesta -La violencia contra las Mujeres- (Instituto de la mujer, 2011, 2001a, 2001b), ponía de relieve que un 2,2 % de las mujeres encuestadas declaraban sentirse maltratadas en sus relaciones de pareja (el número era mayor si el causante de la violencia se extendía a otros miembros de la familia). Sin embargo, atendiendo a criterios técnicos, la encuesta detectaba un 9,2 % de mujeres que sufrían agresiones por parte de su pareja. Es decir, una enorme cantidad de mujeres estaba siendo maltratada en su hogar “sin saberlo”, sin considerarlo como tal.

Mujeres que viven en condiciones de desprecio, de humillación, de abuso, controladas, acosadas, también agredidas física o sexualmente, que asumen estas situaciones con la “normalidad” que produce la habituación. Otras mujeres perciben con toda claridad la situación de violencia que están padeciendo y, sin embargo, no pueden abandonarla, por la cantidad de obstáculos y de dificultades de todo tipo que se van a encontrar: económicas, personales, sociales, jurídicas, etc.

Vemos por tanto que una gran parte de la violencia que sufren estas mujeres queda invisible para todos, incluso para quienes la padecen. Esto se debe a que el abuso

que aparece en una pareja, lo hace de forma insidiosa, indetectable, con primeros incidentes de baja intensidad, que no pueden codificarse como violentos por “normales” y por incidentes aislados. Consisten inicialmente en un encadenamiento de silencios, reproches, descalificaciones, amenazas veladas, humillaciones ambiguas, difíciles de advertir. Una a una, estas conductas, aisladas, toleradas por naturales, van aumentando sutilmente su intensidad, alternando con manifestaciones amorosas, considerándolas banales e inofensivas, pero poco a poco, sin que se tome conciencia de ello, van creando un clima emocional de temor y coacción, en el que todo adquiere otro significado.

Por habituación, entendemos la exposición repetida a cualquier grado de violencia, incluso las muy débiles; esta habituación afecta y disminuye la conciencia crítica de percepción y de rechazo a la misma, distorsionando el umbral de tolerancia y constituyendo una especie de anestésico ante la violencia. Circunstancia agravada si además ha existido previamente una socialización infantil en un ambiente familiar violento, con una exposición anterior a situaciones de abuso. En estos ambientes, los niños y las niñas aprenden cómo cierto grado de violencia puede estar legitimado como método para resolver conflictos, y adquieren de una forma natural la asimetría de la relación entre sus padres, la desigualdad entre los hombres y las mujeres. La niña, en este caso, crece “acostumbrada” a determinadas actitudes hacia ella en cuanto a su condición de mujer desde la infancia hasta la edad adulta, y esto le hará percibir como normales situaciones que no lo son, y que ya ha interiorizado en su personalidad.

Esta habituación, esta naturalización de los primeros incidentes violentos impide a las mujeres, por un lado, detectar la violencia que están padeciendo, y por tanto, poder abandonar la relación, y por otro lado, expone a la mujer, sin tener conciencia de ello, a graves secuelas sobre su salud física y psicológica, tal y como se ampliará posteriormente.

Con todo lo dicho acerca de la idea de proceso de instauración de la violencia, de su visibilidad y naturalización, podemos imaginar un modelo con forma de pirámide, que tendría los siguientes escalones: en la base se situarían las actitudes y los comportamientos de desigualdad, de asimetría y abuso, y, en progresión ascendente, en el segundo escalón aparecerían los comportamientos confusos que podrían parecer amorosos, en el tercero, la violencia psicológica, y por último, la violencia física, aumentando en gravedad los episodios violentos a medida que avanza la relación y se asciende en la pirámide. Desde el interior de esta pirámide, la mujer no percibe la progresión y el agravamiento de la situación y gran parte de ella, la parte inferior, queda oculta e invisible para ella misma y para los demás (ver Figura 1).

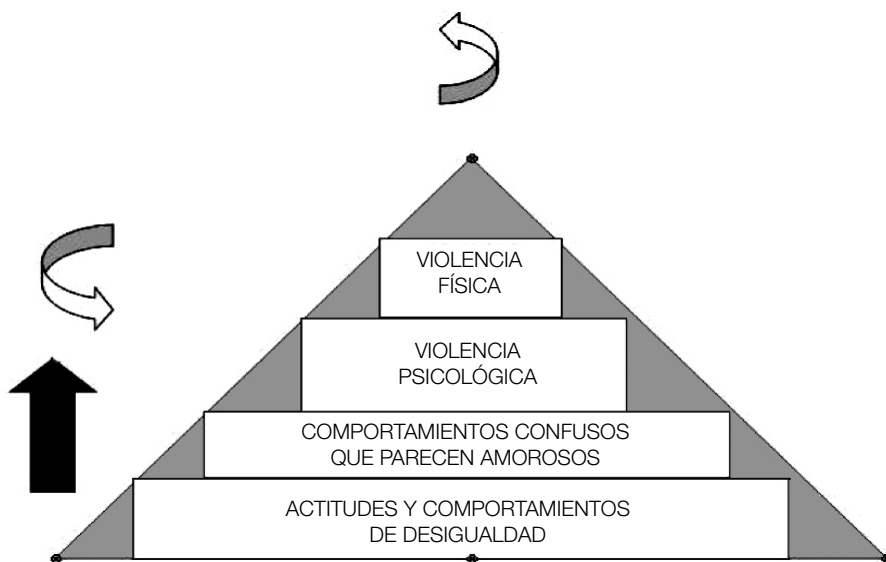


Figura 1. Proceso de instauración de la violencia.

Fuente: Elaboración propia.

Lorente (2001) en su obra nos manifiesta lo siguiente: *De esta forma, la reflexión crítica debe ir, precisamente, a destacar esa "anormalidad", no debemos dejar que se instauran en las relaciones entre hombres y mujeres ese tipo de conductas impositivas que, en un principio, parecen ser totalmente inocuas, pero que, por ese modelo de relación basado en un desequilibrio de fuerzas a favor del hombre, son consideradas como territorio conquistado al que nunca se renunciará.*

Vemos, por todo lo dicho, que una necesidad prioritaria para las mujeres que sufren violencia en sus relaciones de pareja, consiste en desvelar todo aquello que se les ha mantenido oculto, inadvertido, que han creído "normal", pero que en realidad ha funcionado como peldaños de la progresión ascendente de la violencia. De esta manera, pueden trabajar acerca de sus sentimientos de culpa, de su sensación de estar "enloqueciendo". Solo así pueden entender cómo han llegado a esta situación y encontrar respuestas, causas, a lo que les está pasando, empezando a atribuir su malestar emocional, sus trastornos inespecíficos de salud, toda su sintomatología a los efectos de una relación perversa, y no a sí mismas, a su personalidad, o a su forma de ser.

Esta visibilización supone para ellas una poderosa herramienta de prevención y de cambio, por lo que es necesaria una toma de conciencia de las mujeres de su situación (clarificación como técnica de intervención en Trabajo Social), lo que les posibilita poder detectar riesgos que no conocían, y de los que por lo tanto no se defendían.

Su campo cognitivo comienza a modificarse, comienzan a entender la concepción de la violencia y cómo les afecta. Inician una comprensión de cómo es su contexto más próximo, su análisis se torna más negativo y, a su vez, lo desnaturalizan. Y esta función de abrir las miras de las víctimas de violencia, de sentir la propia problemática servirá de factor movilizador para iniciar una nueva etapa, desde el empoderamiento, para salir de esta situación de violencia: en definitiva, de evitar esta violación grave de los derechos humanos. Y nos concierne a todos los agentes sociales que intervenimos desde los distintos ámbitos de intervención (sanitario, servicios sociales, jurídico, educativo y policial) atajarlo como una función primordial y esencial que nos compete.

5. CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Los síntomas que aparecen, se pueden clasificar de forma didáctica, en síntomas psíquicos y físicos. De forma resumida se reflejan en la siguiente tabla, que se ha elaborado a partir de la recopilación de las señaladas por varios autores (ver Tabla 1).

Tabla 1. Principales síntomas de la violencia

FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatismos, sobre todo, en cuello, espalda, pecho, y brazos, habitualmente bilaterales. • Heridas y traumatismos maxilofaciales, dentales, rotura de tímpano, desgarró del lóbulo de la oreja por arrancamiento del pendiente. • Quemaduras. • Sistema inmunológico deficiente, mayor vulnerabilidad a la enfermedad. • Obesidad. • Hematomas en diferentes estadios evolutivos. • Cefalea crónica, dolores lumbares crónicos, síntomas gastrointestinales, colon irritable, problemas dermatológicos, palpitaciones, astenia, fibromialgia, muerte. • Enfermedad de transmisión sexual (ETS), embarazos de riesgo, embarazos no deseados, abortos, dolores pélvicos crónicos, dispareunia, infecciones urinarias de repetición.
PSÍQUICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos por estrés postraumático. • Baja autoestima, ansiedad, depresión, hipocondría, fobias, crisis de pánico. • Abuso de drogas, psicofármacos, alcohol. • Trastornos de alimentación (bulimia, anorexia). • Trastorno por somatización. • Influencia en la subjetividad. • Tentativas de suicidio.

Natalia Rodríguez

SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Dificultad para establecer relaciones sociales. • Pérdida de empleo. • Absentismo social. • Absentismo laboral. • Cese de actividades culturales, deportivas, políticas, y de ocio.
----------	--

Fuente: Elaboración propia.

Muchas veces no se precisa llegar a la violencia física grave para destruir la salud y el bienestar de la mujer.

La violencia de género afecta tanto a la vida de la mujer, como a la de los hijos y a la del resto del entorno familiar, tanto a nivel físico, psicológico, como a nivel cultural por la “carga del código patriarcal”, esta situación puede perpetuar la violencia en los hijos e hijas.

Señalaremos a continuación algunas de las consecuencias sobre los hijos:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral.
- Sentimientos de amenaza.
- Dificultad de aprendizaje.
- Dificultades en la socialización.
- Comportamientos violentos con compañeros.
- Enfermedades psicosomáticas.
- Víctimas de maltrato.
- Alta tolerancia a las situaciones de violencia.

La violencia tiende a ser más frecuente y grave con el paso del tiempo. No se trata solamente de un gravísimo problema de salud para las personas que lo padecen. Es además un problema sociosanitario con unas repercusiones económicas difíciles de calcular. Y analizando las consecuencias, la mujer ocupa posiciones en el desarrollo de su rol como cuidadora, organizadora y de crianza; por lo tanto si su capacidad está mermada y minimizada hace que las funciones que desempeña se tambaleen ocasionando dificultades en el ámbito familiar y social de forma clara y directa.

6. MEDICALIZACIÓN DEL FENÓMENO

La dinámica de la violencia de pareja se caracteriza, entre otras cosas, por agresiones cíclicas, pero también por el aislamiento de la víctima y el menoscabo de su autoestima. Esto dificulta que la mujer exprese la situación de vulneración de derechos en que se encuentra. Especialmente, porque a pesar del daño psíquico ocasionado, presenta un grado elevado de control interno como mecanismo de defensa para tolerar la situación abusiva.

Estos mecanismos de defensa no evitan la necesidad de que la mujer trate las dolencias físicas y emocionales asociadas a su situación, acudiendo a consulta con el personal de Atención Primaria de Salud. Sin embargo, no suele referir espontáneamente la situación de violencia en la que vive. Incluso es probable que ella misma no sea capaz de identificar el nexo de causalidad entre sus dolencias y las agresiones reiteradas recibidas.

Entendiendo que el maltrato en todas sus modalidades: físico, psíquico, económico y sexual se materializa con diversa sintomatología anteriormente descrita. La paciente no entiende el proceso en el cual está inmersa, por lo que es necesaria una intervención, sobre todo, dirigida en un inicio a la realización de un estudio exhaustivo sobre la situación. Con mecanismos de escucha activa y contemplando otros aspectos sociales o dimensiones (el familiar y social en el caso que nos ocupa) como contextos originarios de una serie de síntomas, que no tienen su raíz en una causa biológica. Las dolencias manifiestas como la hipertensión o la ansiedad que sufren algunas de estas mujeres, y que reflejan en la consulta se tratarán con fármacos, pueden pasar años y la paciente es posible que prosiga con su tratamiento, permaneciendo el fenómeno invisible a los ojos de los profesionales.

El proceso de medicalización afecta a la vida en general y es necesario hacer partícipe al paciente independientemente de la enfermedad o del riesgo que tiene de sufrir una enfermedad. Es imprescindible que se cuestione la opción médica y que el paciente opine sobre lo que cree que le está sucediendo, porque en el fondo, una víctima de violencia de género reconoce que es infeliz, que no ríe, que está sufriendo y reacciona con tensión cuando se le pregunta si tiene problemas en casa.

Se continúa dudando sobre que algún síntoma físico provenga de una causa psicológica, o de que un fenómeno social produzca tantas consecuencias físicas y psíquicas en una persona de forma sistemática y no puntual o causalmente.

No sirve con medicar a estas mujeres; es necesario comenzar una relación de ayuda, una vinculación que posibilite un proceso de recuperación, de clarificación del diagnóstico social operativo, que, como profesionales, observamos una vez analizadas las variables de su situación. Necesitan tiempo de escucha, un tratamiento a largo plazo, y además, si fuera preciso, tratamiento farmacológico, pero conociendo las causas que lo provocan. Y no desde una concepción puramente biologicista y paliativa.

Es imprescindible que desde el ámbito sanitario se visibilice el fenómeno, y que se utilice el espacio privilegiado que el sistema sanitario ofrece para paliar la vulneración de estos derechos fundamentales.

Kishore (2002) conceptualiza la medicalización como *la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos*

Natalia Rodríguez

problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. La medicalización de la vida con el objetivo explícito de atraer la atención sobre la tendencia en aumento a clasificar como enfermedades los problemas de la gente (la violencia contra las mujeres en el caso que nos ocupa).

Foucault (1980) ha puesto el acento en demostrar la relación entre la reclamación biomédica sobre el carácter “verdadero” y “neutral” del conocimiento sobre el cuerpo y los procedimientos de poder y prácticas discursivas. El modo en que se percibe el cuerpo y sus procesos no tienen mucho que ver con una pretendida realidad objetiva, siendo esta una construcción social.

Existe una creencia, posiblemente promovida desde el sistema sanitario, de que la medicina es omnipotente, que puede solucionar cualquier problema y que la tecnología avanza a pasos agigantados para hacernos vivir más y mejor y que la salud no tiene precio. Pese a este evidente progreso Foucault (1980) alude que no mejora el bienestar sanitario.

¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño físico grave al menos una vez o le ha hecho agresiones menores en forma reiterada?, (por ejemplo: empujones, golpe de puños, quemaduras, zamarreos, mordeduras, ahorcamiento, pellizcos, palizas, golpes con objetos, tirón de pelo, patadas, daño con armas, cachetadas, otra forma), ¿sucede actualmente?

En el planteamiento que realiza Foucault (1980) con respecto al modelo de organización de la salud desde el siglo XVII, alude a que los partidos políticos incorporan la temática de salud a su programa, al asumir la ciudadanía la atención sanitaria como derecho. El Estado presenta intereses en actuaciones sanitarias, y es, en los últimos años, cuando ha comenzado en España la movilización en la creación de recursos destinados para mujeres víctimas de violencia de género, promulgando la Ley Integral de Violencia, sensibilizando con campañas publicitarias a la sociedad, obteniéndose que la sociedad sea consciente de este problema.

El autor ya mencionaba la capacidad de matar de la medicina, y con la invisibilización del maltrato en el ámbito sanitario ¿a cuántas mujeres se podría haber salvado la vida si el diagnóstico hubiese sido preciso? Y si se hubiesen activado los mecanismos de abordaje integral, ¿cuánta sintomatología podríamos haber evitado y minimizado? ¿Cómo se ha influido en la cronificación médica de la problemática? ¿Hasta dónde ha llegado la yatrogenia en estas mujeres?

Las consecuencias de la medicalización provocan en primer lugar, que se está etiquetando de enfermos a personas que podemos considerar sanas y se les está sometiendo a tratamientos que conllevan indudables efectos adversos, tanto por el mismo proceso de etiquetado como “anormal”, como por los posibles efectos de las terapias, que nunca son absolutamente inocuas. En segundo lugar, las formas no médicas de

afrontar las dificultades se están devaluando y olvidando, y la capacidad de valerse por sí mismo y sentirse capaz de superar los problemas, se está reduciendo. El olvido de la dimensión social en el análisis de los síntomas de las mujeres víctimas de violencia de género que manifiestan, evita una intervención integral posterior.

La mujer, no tiene entonces, la percepción de víctima de violencia, sino de paciente del centro de salud, con cierta dependencia, (acuden en repetidas ocasiones), para lo que necesita un tratamiento integral de su padecimiento y no solo el farmacológico. Con este proceso, se está codificando, en términos de salud-enfermedad, comportamientos que anteriormente permanecían en otras áreas de la vida social.

El espacio social pasa a ser controlado en nombre de ciertos objetos que son traducidos como posibles de ser abarcados por el campo médico, Foucault (1980) plantea que:

La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, el estatuto de la exclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de las dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así una justificación y la apariencia de un fundamento.

Cada cultura define:

El ámbito de los sufrimientos, de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones funcionales, de los trastornos de conducta que corresponden a la medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada. En último término no existe un ámbito que pertenezca de pleno derecho y de modo universal a la medicina (...) la enfermedad es, una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra –práctica y teóricamente– medicalizado (Foucault, 1980).

A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y, al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, estos son tratados (medicalizados), pero no implementando estrategias de intervención global¹ que minimicen, en la medida de las posibilidades, el riesgo y se consigan objetivos de cambio en la situación-problema.

¹ Entendemos la intervención de forma global, la que aborda de forma integral, es decir, ahondando en los diferentes factores causales que intervienen en la mayoría de las problemáticas. En el caso del maltrato influyen factores: culturales, personales, familiares, sanitarios, sociales, económicos etc. Por lo que no solo debemos intervenir desde el campo sanitario desde una visión médica.

Si el sistema sanitario es capaz de detectar con tecnología punta enfermedades como por ejemplo de tipo neurodegenerativas y, sin embargo, presenta dificultades para descubrir y detectar el maltrato de tantas mujeres que visitan a su médico de cabecera, con el simple instrumento de la escucha activa, de la conexión de factores y de realizar una entrevista con empatía, sin distorsiones y en un ambiente de confianza, algo está fallando en su funcionamiento. Queda latente la autoridad médica, el pensamiento unilateral en la dispensa de fármacos o de la satisfacción de la emisión de un diagnóstico preciso, sin hacer partícipe al paciente en su opinión en lo que le sucede.

Es tan sencillo incorporar en la exploración de la paciente cuestiones como: ¿Su pareja o alguien importante para usted le ha causado daño emocional o psicológico en forma repetida, por ejemplo, por medio de alguna de las siguientes situaciones: insultos, maltrato a sus hijos, hacerla sentir avergonzada o humillada, desprecio por las tareas que usted realiza, burlas, destrucción de objetos propios, amenazas, daño a mascotas, rechazo o desprecio, aislamiento de amigos o parientes, otras?, ¿sucede actualmente?

7. CONCLUSIONES

La violencia ha permanecido en años anteriores como un fenómeno del ámbito privado del que se conocía algún aspecto, pero no se reconocía como un problema social derivado de los patrones culturales tradicionales. En la actualidad, es un fenómeno reconocido, los medios de comunicación se han hecho eco del problema. Pero sin embargo las instituciones no se han adaptado a la realidad imperante. Las mujeres denuncian más, se han creado recursos específicos, redes de atención integral pero el sistema sanitario aún presenta déficits en la detección y tratamiento ulterior.

Y gracias a la presencia de la figura del trabajador social en el ámbito sanitario, encontramos entre sus funciones la de atención a las mujeres víctimas de maltrato. Una vez que se ha detectado el problema, se interviene desde una vertiente psicosocial, desde un vínculo profesional que posibilita su recuperación paulatina, su empoderamiento, se activarán mecanismos de la propia paciente, y se les hará simultáneamente partícipes de su propio cambio, como agentes activos. Modificando así, la relación médico-paciente existente en nuestros días como relación asimétrica donde las decisiones se toman unilateralmente y sin indagar de forma profunda en las causas o sin realizar la conexión sociosanitaria precisa.

En la actualidad, este abordaje está comenzando por los distintos profesionales sanitarios, la derivación hacia los trabajadores sociales cada vez es mayor, la formación permanente en este asunto es creciente, la publicación de obras que describen cómo debe ser la detección y el tratamiento desde la consulta médica son muy clarificadoras, y se han diseñado protocolos de actuación.

En este abordaje de la violencia de género se reflejan atisbos esperanzadores de que esta medicalización se vaya diluyendo para dar paso a lo relacional, al abordaje sistémico, a contextualizar los síntomas más allá de lo puramente médico, a entablar con el paciente relaciones bidireccionales desde la simetría y desde la confianza con los usuarios para superar entre todos esta lacra social.

Entendemos la violencia como un producto de la estructura patriarcal que históricamente ha imperado en todas las sociedades y la asignación de roles en función del género. La conclusión fundamental es que el médico que no investiga específicamente la causa de las dolencias que sufrimos las mujeres, medicará los síntomas. Esta medicación, si bien puede ser necesaria, no es suficiente, y para la mujer significa que la situación de vulneración de sus derechos finalice en intentos de autoeliminación (la cuarta parte de las víctimas de violencia de pareja suele referir intentos autolíticos) o suicidios consumados, es muy latente y constante.

Consideramos que el médico que no realiza ni analiza esta investigación, no solo contribuye pasivamente a la perpetuación de la violencia hacia la mujer, sino a la invisibilización del fenómeno y a la imposibilidad de intervenir de forma integral desde el ámbito sanitario y de los demás sectores (judicial, servicios sociales, educativo y policial). Si bien creemos que es muy difícil abordar de forma integral, coordinada y con calidad asistencial la situación de violencia si el médico es obligado desde la institución médica a atender a sus pacientes en escasos minutos.

Esta situación descrita se encuentra en contrapunto con la visibilización de la violencia de género en el espacio macrosocial, que se da tanto en los medios de comunicación, como en la esfera política, como en el tercer sector así como en la sociedad en general. No obstante, se ven atisbos esperanzadores de un cambio en la atención de esta problemática.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, P. (2004). Violencia contra las mujeres, violencia de género. En: La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas. (págs. 17-38) Madrid: Díaz de Santos.
- Blanco (Coord.). *La violencia contra las mujeres. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Foucault, M. (1980). *¿Crisis de un modelo en la medicina? Medicina tradicional*, vol. III, num. 9, (Págs. 5-18).
- Instituto de la Mujer. (2001a). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Natalia Rodríguez

- Instituto de la Mujer. (2001b). *Los grupos de mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer. (2011). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Khisore J. (2002). *A dictionary of Public Health*. New Delhi: Century Publications.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica. Ares y mares.
- OMS (2002). Informe Mundial sobre la violencia y la salud. Washington: D.C.
- Romero, I. (2004). *Desvelar la violencia una intervención para la prevención y el cambio*. Mayo, n.º 88. Recuperado el 30 de septiembre de 2013 de <http://papelesdelpsicologo.es>.