

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, VIH Y SALUD

Pilar Blanco Prieto.

Médica de familia. Psicoterapeuta.
Red de Investigación de Salud y Género.

1. Conceptos sobre la violencia contra las mujeres

Habitualmente, cuando se habla de violencia contra las mujeres, se piensa en los actos de violencia física grave (golpes, palizas, agresión con armas, muerte). Sin embargo, en nuestra experiencia la violencia o los malos tratos contra las mujeres no son actos puntuales de agresión, sino un **proceso** que se va desarrollando en el tiempo y que comprende un conjunto de conductas que se van desplegando en la medida que son necesarias para mantener el control y el dominio sobre las mujeres.

Las conductas incluyen: los malos tratos psicológicos (desvalorizaciones, menosprecios, cuestionamientos, humillaciones, amenazas); abuso sexual (forzar a actos que la mujer no desea); control económico y aislamiento social (dificultar o impedir las relaciones con las amigas o con la familia de origen, la formación o el trabajo de la mujer, etc.). Actuaciones todas estas que suelen pasar mucho más desapercibidas o que son **invisibles** para quienes rodean a la mujer e incluso para ella misma. Y son invisibles porque como veremos a continuación forman parte de las relaciones tradicionales entre hombres y mujeres. Muchas veces el hombre no necesita llegar a las palizas, basta con las amenazas de las mismas, los empujones, etc. para mantener su poder sobre la mujer.

Habitualmente, **coexisten diferentes tipos de malos tratos en una relación** de pareja. El maltrato suele comenzar con conductas de control y desvalorización de la mujer. Más adelante, es frecuente el maltrato sexual y si el hombre no logra los objetivos de obediencia y sumisión pasa al maltrato físico.

Es decir se establece una dinámica de relación que se va instaurando sin que la mujer se dé cuenta y que con el tiempo va aumentando en gravedad y cronificándose. Por ello cuando nos encontramos con una mujer maltratada una de las primeras preguntas que a ella (y a nosotras) le va a dar claves es ¿desde cuándo viene ocurriendo esto?.

Muchas veces los malos tratos se inician en la infancia. Edad en la que se dirigen tanto a niños como a niñas, en las que según nos muestran las estadísticas el porcentaje es algo más elevado. En relación con la violencia sexual, que como veremos es especialmente grave en estas edades, el estudio retrospectivo que realizó Félix López en nuestro país (1995) mostró que un 22% de las chicas y un 15% de los chicos habían sido víctimas de abusos sexuales.

Los malos tratos de los hombres hacia las mujeres se inician muchas veces ya en el noviazgo. Sin embargo, actualmente las jóvenes creen que han nacido en un mundo de igualdad y no están informadas ni entrenadas para reconocer las conductas de malos tratos de los jóvenes, que muchas veces quedan enmascaradas bajo el manto del “amor”.

No quiero desaprovechar esta oportunidad para hacer mención a estas conductas iniciales, que podemos ordenar en:

-Conductas de control: El joven intenta controlar lo que haces, adonde vas, con quién, con todo lujo de detalles. No quiere que tengas “secretos” para él.

El pretende que cambies tu forma de vestir, de peinarte, de hablar, de comportarte; que se adecuen a su gusto.

Amenaza sutilmente con dejarte si no haces todo lo que él desea.

-Conductas de superioridad y dominio: Él impone las reglas de la relación. Te deja plantada o no acude a citas, sin explicaciones. Da órdenes y otras veces te castiga con su silencio. Desautoriza tus ideas, valores, creencias. Él tiene el monopolio de la razón: *¡No tienes ni idea!*. *¡Tú que sabrás!*. *¡Estás loca!*. Está convencido de que sus estudios o trabajo son más importantes que los tuyos. Y hará lo posible para que no destagues. Se muestra protector y paternal “*Yo sé lo que es bueno para ti*”.

-Conductas que disminuyen tu autonomía o te aíslan: Él desconfía, critica a tus parientes, amigas y amigos, compañeras y compañeros. Te prohíbe o amenaza respecto a tus costumbres, estudios o relaciones.

Conductas todas ellas que aún hoy están normalizadas y que hacen difícil que una joven o una mujer se dé cuenta de que está inmersa en una relación de malos tratos. Y así, es habitual que pasen varios años hasta que la mujer tome conciencia de qué le pasa. Muchas veces hasta que él le da el primer golpe. Porque seguimos identificando violencia con maltrato físico. La Macroencuesta telefónica que realizó el Instituto de la Mujer en el año 2002 mostró que había un 14% de mujeres que estaban siendo maltratadas; y sólo un 4% de ellas se consideraban a sí mismas como tales.

2.- Origen y factores de riesgo de la violencia de pareja

Los malos tratos hacia las mujeres en la pareja tienen hondas raíces sociales y culturales. Tienen su base en la creencia ancestral de que la mujer es propiedad del hombre y de que éste es superior a la mujer.

En nuestra cultura el hombre ha tenido asignadas funciones de protección y de provisión a cambio de que la mujer (incluyendo su cuerpo) fuera de su propiedad. Tenía otorgada la autoridad y le estaba permitido limitar, prohibir, castigar, si ella no actuaba según las pautas previstas.

La mujer ha sido considerada inferior. Su rol ha sido cuidar de los demás y estaba bajo la autoridad del hombre. Debía obedecer, estar disponible para él, no sobresalir. Tenía prohibido ser autónoma.

En el espacio público se ha avanzado en la igualdad de derechos entre los sexos: en los campos legislativos, social y económico se han dado pasos importantes, gracias al trabajo de muchas mujeres.

Pero a nivel emocional, en los espacios íntimos los cambios son mucho más lentos.

La mayoría de nosotras y de nosotros hemos sido educadas en nuestra infancia en el modelo tradicional y sin darnos cuenta hemos interiorizado muchos de los valores, creencias y normas que reproducen el *statu quo*, que están en la base de la violencia contra la mujer y también, como veremos, en relación directa con la progresión de la infección heterosexual por VIH en las mujeres.

En las relaciones el hombre tiene unos mandatos y exigencias para mantener la posición de superioridad sobre la mujer: debe ser fuerte, activo, capaz, poseer- tener (también a su mujer). Del considerarse superiores a desvalorizar y menospreciar lo que la mujer piensa, siente, quiere, no hay más que un paso. De su creencia de que la mujer es para mí, cualquier intento de autonomía de la mujer es vivido con rabia y frustración. Dificultar los proyectos propios y las relaciones de la mujer se convierte fácilmente en algo habitual. El control económico es otra de las acciones para mantener el poder.

Todo ello tiene unos correlatos sexuales que Sara Velasco (en su libro *La prevención de la transmisión heterosexual de VIH-SIDA en las mujeres* -Instituto de la Mujer, 2000-) describe magistralmente: el hombre es considerado sujeto de deseo y tiene que demostrar su capacidad sexual. No va a tolerar que la mujer no acceda a su deseo. “*Tú eres para mí*”. Aprende a hipervalorar el coito y el pene se convierte en el “símbolo” de tener la potencia. Así la relación

sexual “normalizada” es la masculina, centrada en el coito. No tolera a los rivales hombres-sexuales (ni las posibles infidelidades) y no es capaz de soportar el abandono.

El hombre no va a tolerar la posibilidad de que su mujer sea de otro (y muchas veces ni siquiera mirada por otro). Va a negarse muchas veces a la utilización de preservativo que “obstaculizaría la potencia” (y no son pocos los hombres en los que la excitación desaparece ante esta amenaza). Y va a reaccionar con violencia cuando no se le es concedido lo que él desea.

Las mujeres hemos interiorizado algunos o muchos de los valores y creencias acordes a nuestro rol tradicional de esposas y madres cuidadoras del espacio doméstico y la familia. Hemos aprendido a mantenernos en posiciones de subordinación y entrega. A creernos inferiores. Aprendemos a ser pasivas, receptivas, abnegadas; a restringir nuestras capacidades y proyectos como personas en aras del bienestar y necesidades de nuestras parejas e hijos; lo que nos lleva a ser dependientes. Aprendemos a silenciar nuestra propia fortaleza e inteligencia, a no tener presentes nuestras necesidades y deseos.

Y por ello, sin apenas darnos cuenta aceptamos en las relaciones que sea él quien mande, quien lleve la voz cantante, quien tome las decisiones. Le damos el poder sobre nosotras. Y así nos hacemos vulnerables a los abusos, a los malos tratos.

Todo ello tiene unos correlatos sexuales, que muchas veces están en nuestro inconsciente: silenciar el deseo sexual activo (y así conjuramos el fantasma de la promiscuidad), considerar el deseo de él como un mandato (y prestarnos a relaciones no deseadas), desear el coito como símbolo de fusión y entrega (aunque no obtengamos placer), y valorar más la satisfacción masculina (fingir orgasmos sigue siendo práctica habitual en muchas mujeres).

Es preciso decir que cuanto más una mujer haya incorporado los roles, valores y normas tradicionales en sus relaciones más la hace vulnerable a sufrir abusos de todo tipo, también sexuales.

La mujer que interioriza los valores tradicionales es una mujer que sin darse cuenta se va haciendo emocional y económicamente dependiente del hombre. Y sus creencias sobre la importancia del mantenimiento de la pareja y de la familia, le dificultan a la hora de tomar decisiones para romper el vínculo. La mujer se va aislando, acorde a los deseos e imposiciones de él y finalmente carece de una red de apoyo de familia, amigas, compañeras. Así, le es cada vez más difícil estar informada, confrontar sus esquemas de referencia con las demás y darse cuenta de que está inmersa en una relación de desigualdad. El aislamiento de la mujer va a ser uno de los grandes obstáculos para que la mujer asuma las riendas de su vida y salga de una relación de maltrato.

Al interiorizar las normas sociales: “yo estoy para los demás, pero no para mí misma”, al no escuchar ni tener en cuenta nuestras necesidades y deseos, las mujeres ejercemos maltrato contra nosotras mismas. Es decir en nuestro mundo interno hay un “superyo” implacable (Nora Levington), que nos juzga y ordena y nos impide que nuestra parte más genuina esté presente. Y que nos hace sentirnos culpables cuando transgredimos con nuestras conductas y dejamos de ser esa mujer “ideal”. Los conflictos internos, propios de la dinámica del psiquismo humano, están en nosotras muy presentes y nos quitan mucha energía para poder ser nosotras mismas.

En lo que al VIH se refiere hay razones biológicas para el aumento de la infección heterosexual en la mujer (la mayor capacidad infectante del semen, la mayor superficie expuesta en la mucosa vaginal, las lesiones frecuentes de cerviz, las ETS asintomáticas), pero son fundamentalmente las causas psicosociales que tienen que ver con la socialización tradicional, las que llevan a conductas de riesgo. La sumisión y el sometimiento hacen que aunque las mujeres estemos informadas no nos atrevamos a proponer el uso del preservativo. Que nuestras relaciones dependan del deseo masculino. Que estemos más atentas a los deseos de nuestros compañeros íntimos, novios o maridos que a los nuestros. Que nuestra capacidad de hablar y de negociar el cómo y el cuándo esté muy reducida.

Nos acoplamos en nuestras relaciones a las formas tradicionales masculinas en las que el coito es la parte central. Dejamos de lado nuestra forma de vivir la sexualidad habitualmente

relacionada con la cercanía afectiva, con los abrazos, las miradas, las caricias. Renunciamos sin darnos cuenta a la relación que deseamos, como espacio de encuentro, comunicación y placer. Como dice Fina Sanz, los hombres han aprendido a desear una relación sexual genitalizada, mientras que las mujeres buscamos una relación más globalizada.

La sexualidad masculina es el modelo a seguir por hombres y mujeres y así, cuando nosotras vivimos que ahí no estamos a gusto, pensamos si seremos extrañas, si estamos equivocadas. Las mujeres vienen a la consulta dudando si son frías. Sin darnos cuenta de que nuestra sexualidad es más rica, porque integra más aspectos de la persona (cuerpo, sexualidad, contacto, juego, emociones, afecto, comunicación). Más aún, actualmente se empieza a medicalizar esta problemática y se habla de la disminución del deseo sexual femenino como enfermedad que podría ser tratada con medicamentos.

Sin embargo, cada día observamos como la disminución del deseo sexual de muchas mujeres se enmarca en la represión global y continuada de nuestros deseos, tantas veces inconscientes, a la que se añaden otros factores como la sobrecarga de roles y el perfeccionismo con el que intentamos desempeñar todos ellos, para evitar esos conflictos internos, que nos son tan dolorosos.

Resumiendo: nuestra experiencia coincide con la literatura nacional e internacional: El origen del maltrato hacia las mujeres y de buena parte de las enfermedades actuales, entre ellas el aumento de VIH en las mujeres, está en relación con la socialización tradicional en la que los hombres aprenden a ocupar un lugar de dominio y las mujeres en un lugar de sumisión. Que considera a los hombres como sujetos sexualmente deseantes (no tenemos más echar una mirada a los anuncios de la tele) y a las mujeres en un lugar de pasividad, de cumplimiento, de objetos de deseo.

3. Consecuencias de los malos tratos en la salud y bienestar de las mujeres

Los efectos de la violencia son devastadores tanto para la salud física y psíquica de las mujeres, como para su salud reproductiva y bienestar social. Ejerce un impacto en su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijas e hijos; y puede llevar a conductas autodestructivas como el abuso de drogas o alcohol. Afectan a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sus hijas e hijos y su calidad de vida.

Durante los años ochenta y noventa se han llevado a cabo investigaciones que demuestran las consecuencias negativas en la salud de la mujer a corto, medio y largo plazo. Además de las lesiones (fracturas, contusiones y hematomas, rotura de tímpano, etc.), a veces de extraordinaria gravedad, la mujer sometida a malos tratos presenta numerosos síntomas físicos (dolores crónicos, cansancio, fibromialgia, problemas gastrointestinales –dispepsias, colon irritable– psicossomáticos y de sufrimiento psíquico (ansiedad, depresión, crisis de pánico y fobias, trastorno de estrés posttraumático y disminución de su autoestima fundamentalmente). Los problemas en el área reproductiva y ginecológica son también frecuentes (embarazos no deseados, de alto riesgo y complicados; enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, dolores pélvicos crónicos, infecciones urinarias y genitales de repetición. Así como trastornos en la esfera sexual: disminución de la libido, anorgasmia, dolor en el coito, etc.

El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora los problemas de salud o enfermedades que tenía anteriormente. En resumen, los síntomas físicos, que muchas veces son crónicos e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.) aparecen entremezclados con los psíquicos y aparentemente desconectados de su origen.

Además influye de forma determinante en su subjetividad: desarrollan sentimientos de culpa, vergüenza e infravaloración de sí mismas y disminuye su capacidad de autonomía. Esto es especialmente grave en las jóvenes y mujeres que han sufrido abusos sexuales continuados y traumáticos en su infancia. El inicio precoz de las relaciones sexuales y el terror añadido tienen

como consecuencia un sentimiento de indefensión y conducen muchas veces a baja autoestima, depresión, sensación de vergüenza, de suciedad, que les lleva a conductas de riesgo: relaciones sexuales no deseadas ni protegidas, parejas múltiples, y a la prostitución.

Quiero comentar y subrayar también que en los últimos años, varias investigadoras e investigadores (Silvia Tubert, Luis Bonino, Emilce Dio Bleichmar, Mabel Burín, Enrique González Duro, etc...) han mostrado como los roles tradicionalmente atribuidos a las mujeres y las limitaciones que les propone en el orden simbólico: “Ser para los demás y no para mí”, implican para las mujeres el sacrificio de sus deseos y necesidades, les ahoga sus posibilidades como seres humanos y es un factor de riesgo importante en su salud mental y física. El matrimonio, tal y como es concebido aún en nuestra cultura es un factor de protección en los hombres y un factor de riesgo de salud para las mujeres. Los trastornos psicósomáticos están expresando en definitiva un malestar, al que la mujer aún no ha podido poder palabras.

El reconocimiento de la importante magnitud del problema de la violencia contra las mujeres este problema y de la grave e intensa repercusión en la salud, llevó a la OMS a establecer en 1996, la prevención de la violencia contra las mujeres como una **prioridad en salud pública**. Es decir, la violencia no es sólo un problema de atención individual a determinadas mujeres, o a personas que la ejercen; sino que es necesario hacer hincapié en la prevención social y comunitaria y en concreto en los factores de riesgo más importantes, que en el problema que nos ocupa, pasa por el cambio en las normas y valores sociales que discriminan a la mujer. Hay ya una trayectoria de trabajo en la prevención del VIH/SIDA entre la salud pública y la promoción/educación para la salud para lograr cambios de actitudes y valores sociales, en la que es preciso profundizar y continuar.

Impacto de la violencia en los servicios de la salud

Hay estudios que muestran que en nuestros países industrializados el que una mujer haya sido sometida a violencia sexual, psíquica o agresiones físicas es el factor de predicción más importante de visitas a los servicios médicos, más fuerte que ninguna otra variable (Koss, Koss y Woodruff, 1991). Es decir, las mujeres sometidas a violencia acuden más a los servicios sanitarios que las demás. Investigaciones realizadas en diferentes países muestran que un porcentaje importante (20 a 55%) de las mujeres que acuden a los Centros de Salud, Servicios de Salud mental, Traumatología y Urgencias han estado o están siendo maltratadas. Un estudio multicéntrico realizado en Centros de Salud de Granada, Alicante y Madrid (Ruiz, Blanco y cols, 2003) ha mostrado que el 33% de las mujeres que acuden a los Centros de Salud han estado sometidas a violencia en algún momento de sus vidas y que el 17% la están sufriendo en la actualidad.

Las mujeres acuden a los servicios de salud con los problemas de salud producidos por el maltrato, como la depresión, ansiedad y dolores crónicos; pero la violencia a la que están sometidas permanece oculta.

Sin embargo, los servicios sanitarios son potencialmente un lugar privilegiado para la detección precoz, prevención y atención a la mujer maltratada.

Nuestra experiencia y nuestras propuestas de trabajo, al igual que la literatura existente, confirman que la intervención desde los servicios sanitarios puede y debe ser al principio de la relación de los malos tratos, antes de que la salud y capacidades de la mujer se deterioren y antes de que la escalada de violencia continúe y se agrave.

4. La prevención de la violencia y VIH y la promoción de salud de las mujeres

Prevenir la violencia contra las mujeres, prevenir la VIH pasa por la transformación de las costumbres y normas sociales que perpetúan la relación de dominación de los hombres contra las mujeres. Es favorecer el desarrollo de las mujeres y de las niñas y niños como personas. La inserción laboral y social de las mujeres es el factor de protección más importante. Que puedan desarrollar proyectos más allá de la búsqueda de pareja y crear una familia.

¿Qué hacer?

A nivel social, sin lugar a dudas, los cambios pasan fundamentalmente por el sistema educativo y los medios de comunicación de masas. La formación del conjunto del profesorado en derechos humanos y en educación afectivo-sexual es la clave que mejor puede ayudar a cambiar las relaciones de desigualdad entre los sexos. En este sentido hay muchas personas trabajando, con proyectos muy interesantes, como el proyecto Relaciona, iniciativa del Instituto de la Mujer. Pero lo que vemos es que los fondos destinados son escasos, lo que impide la continuidad de los proyectos. Creo que es imprescindible para que sigamos trabajando en esta línea para poco a poco ir venciendo los obstáculos.

Desde las Concejalías de Mujer y Juventud de muchos Ayuntamientos están teniendo lugar muchas iniciativas y proyectos. Destaco la creación de Centros y Servicios de Información, Asesoramiento, Desarrollo y Atención a las mujeres. Donde puedan acudir las mujeres que están buscando una salida a su malestar, donde sean atendidas las mujeres vulnerables y también las que están siendo maltratadas. De igual modo, en las concejalías de mujer de algunos Ayuntamientos, existen programas para el desarrollo personal y colectivo de las mujeres con enfoque de género. Que creo que pueden dar muchos frutos si se extienden por la geografía española.

Las Asociaciones de Mujeres están jugando un papel fundamental en el apoyo y en hacer visible las injusticias a las que están sometidas las mujeres. Ellas son quienes mejor conocen las dificultades y necesidades de las mujeres. Es imprescindible que desde las Instituciones las tengamos presentes para cualquier programa de actuación. Que el diálogo con ellas no se nos olvide. Precisan de todo tipo de apoyos: económico, de locales, etc.

Desde los Servicios Sanitarios podemos jugar un papel importante en la detección de mujeres vulnerables y de los hombres potencialmente violentos. Para ello tenemos que empezar por tener presente que aquella mujer que tiene incorporados los roles tradicionales de sumisión a la figura del hombre, el ser para los otros y no para ella; es una mujer vulnerable a todo tipo de abusos (a los malos tratos y a la infección por VIH). En la atención a su salud tenemos que aprender a relacionar los síntomas que presenta, con las relaciones. Apoyarla en su autonomía. Y es imprescindible que conozcamos los servicios comunitarios de atención a las mujeres, para recomendarle y derivarla según sus necesidades.

Pero no es solo a nivel social, institucional y profesional donde son necesarias las transformaciones. Es imprescindible que comencemos a trabajar con nosotras mismas. Hemos crecido en hogares donde nuestras madres muchas veces no se sentaban a la mesa, comían la peor parte o las sobras; daban a sus maridos y a sus hijos lo mejor. Se preocupaban de las necesidades de él y decían: “¿*estará hoy el horno para bollos*”. Sin conectar, sin darse cuenta, sin tener presente cómo estaban ellas, cuáles eran sus necesidades. Necesitamos empezar a observarnos para hacernos conscientes de qué mandatos hemos interiorizado. Aparecen dentro de nosotras con las palabras: “deberías” o “tienes que”, que nos hablan de esa “mujer ideal”. Empezar a revisar las expectativas que los demás tienen hacia nosotras, que hemos incorporado como deberes y que acompañamos de juicios negativos hacia nosotras mismas: “¡*Qué imbecil, qué tonta soy!!* De cómo estamos haciendo méritos para

agradar a los demás, para que nos quieran, haciendo depender nuestro bienestar del bienestar de los otros. Es decir, darnos cuenta de cómo nos maltratamos en nuestra vida cotidiana.

El “amarás al prójimo como a ti misma” presente en nuestra tradición religiosa, sería algo a rescatar. Comenzar a aceptarnos, respetarnos y cuidarnos. A tratarnos bien. A estar atentas a cómo nos sentimos, a cuáles son nuestras necesidades y deseos. Y dar pasos para conseguirlos. Sin pedir permiso. Sabiendo que el conflicto y la ambivalencia dentro de nosotras mismas es inevitable. Y que esos conflictos en mayor o menor medida los tenemos todas. Y que son expresión y están en íntima relación con los de nuestro entorno sociocultural.

¿Cómo hacer?

Quiero dar aquí algunas palabras clave, que me gustaría debatir con vosotras.

a) Trabajo grupal

Belén Nogueiras una de las pioneras en el trabajo con grupos de mujeres nos dice:

“Las mujeres estamos en un gran proceso de cambio, buscando otras formas de ser y estar en el mundo diferentes a las que nos han propuesto. Este proceso nos genera muchos conflictos personales y sociales y una gran tensión. No cumplir con los modelos sociales establecidos provoca críticas de las personas de nuestro entorno y, a veces, violencia. Nos hace sentirnos culpables e inseguras.

Los espacios grupales nos ayudan a realizar estos cambios en compañía, sintiendo el apoyo de otras mujeres que, como nosotras, buscan otras formas de vida y relación.

En los talleres y grupos de reflexión, las mujeres podemos tomar conciencia de la interiorización de las normas y valores culturales sobre cómo debemos ser, sentir y comportarnos, de los roles asignados, de la falta de poder y las dificultades para participar en el mundo laboral, cultural, económico y político. También podemos trabajar las dificultades para el cambio y dejar atrás la culpa, el miedo y la inseguridad.”

Sabemos que los cambios de actitudes y conductas requieren no solo información, sino reflexión en común, la posibilidad de confrontar, de poner en cuestión nuestros esquemas de referencia, desaprender y aprender nuevas formas de estar y de relacionarnos.

Tengo la convicción de que cualquier espacio de atención a mujeres debe plantearse la creación de grupos. También nuestros servicios sanitarios. De prevención, y de intervención. Grupos en los que se hable de sexualidad, afectividad y relaciones. De cómo nos sentimos, de qué es lo que pensamos y donde descubrir poco a poco lo que queremos.

He aprendido que si algo necesita la mujer que está siendo maltratada o la que se encuentra en un callejón sin salida es tiempo, para tomar conciencia de qué es lo que le pasa, para poner palabras a su malestar, para poder hacer cambios. El grupo es ese lugar, donde sus palabras son escuchadas, donde no se siente tan sola, donde practica la relación entre iguales, donde se crean vínculos afectivos, donde se disuelve la ansiedad. Donde te vas fortaleciendo y atreviéndote a tomar las riendas de tu vida.

Desde los servicios sanitarios, podemos formarnos para coordinar grupos, o proponerlos en el Municipio donde estamos, o favorecer que en nuestro Centro de Salud se puedan reunir. Y tenemos oportunidades especialmente favorables: en Planificación familiar, donde tiene mucho más sentido para profundizar en las actitudes y conductas, que recomendar simplemente un preservativo o prescribir las pastillas anticonceptivas. En la atención al embarazo y al puerperio, momentos en los que ya se están haciendo grupos, es fundamental introducir los temas clave y con metodología grupal (que es diferente al formato de exposición y preguntas). (cuerpo, sexualidad, relaciones, género,..).

b) Coordinación

Es imprescindible que en un determinado municipio o zona, quienes trabajamos con mujeres y jóvenes tenemos que dar pasos para conocernos, para saber qué hacemos, cómo trabajamos unas y otras. Buscar formas efectivas de coordinarnos y aunar nuestros esfuerzos.

Cualquier espacio de puesta en común de diferentes profesionales que permita el intercambio de experiencias va a ampliar nuestra perspectiva y va a redundar en beneficio de las personas a las que atendemos..

En los Servicios Sanitarios ello nos va a suponer un gran reto porque implica salir de nuestras consultas, de nuestros Centros y ponernos a andar. Significa que parte de nuestro tiempo debe dejarse para trabajar fuera de las consultas (lo que es bien difícil pues no parece que por ahí vaya el camino de nuestro sistema de salud). ES imprescindible que sensibilicemos a quienes están en los puestos de gestión de que la mayor parte de los problemas de salud actuales tienen que ver con factores psicosociales. Que no son abordables con más tecnología y medicamentos.

c) Evaluación

Estamos en los inicios de la atención institucional a las mujeres sometidas a violencia. Y vemos que muchas de las actuaciones propuestas no solo no ayudan, sino que perjudican a la mujer. Protocolos en los que destaca el algoritmo de derivaciones que obliga al peregrinaje de la mujer de una profesional a otra, de un lugar a otro, sin que haya ninguna que realmente la acoja y le dé atención continuada en el tiempo; que asesore a la mujer, sin forzarla a tomar decisiones. Actuaciones que obligan a las mujeres a cumplir múltiples requisitos si quieren solicitar algún tipo de ayuda. Propuestas de acciones que obligan a romper la confidencialidad, la confianza y la protección emocional que debemos aportar.

Por todo ello, es imprescindible que cualquier actuación tenga prevista una evaluación cercana; no solo del nº de mujeres atendidas o diagnosticadas, sino fundamentalmente de recoger cuáles son necesidades de las mujeres y si contribuimos o no a dar respuesta a ellas.

Si una mujer no se atreve a proponer el uso de preservativo a su pareja, lo cual nos habla de una actitud de sumisión, ¿tiene sentido que lo que único que se nos ocurra es echarle una “bronca” e insistirle en que tiene que decírselo a su pareja, sin tener presentes y trabajar sus dificultades?.

Si una mujer no quiere denunciar a su marido por miedo a que él vaya a la cárcel y deje de ganar el dinero del que dependen ella y sus hijos, o por miedo a sus amenazas, o a ser rechazada por su familia o por su etnia, ¿tiene sentido que para asegurar su protección tenga primero que poner una denuncia y conseguir que el juez o jueza dicte una orden de protección?.

La mujer necesita tiempo, en un espacio protegido, con una profesional formada, para que pueda entender lo que le está pasando, se recupere y pueda tomar decisiones. Todo lo que sea forzar sus ritmos, sus decisiones, va a suponer una victimización más, un obstáculo añadido.

d) Formación.

Las y los profesionales que trabajamos con mujeres necesitamos formación que nos ayude a entender que la persona es algo más que síntomas, que su salud y enfermedad tiene que ver con los acontecimientos vitales y con sus relaciones. Tenemos que ser capaces de dar no solo información, sino también comprensión, sin juicios de valor y apoyo. Entender que la empatía en la relación es clave para el alivio y la curación.

Espacios formativos en los que no solo se hable de la clínica de la mujer sometida a malos tratos, sino también que se aborden temas como el cuerpo, nuestra sexualidad, nuestras relaciones; para que podamos darnos cuenta de nuestros propios prejuicios, muchas veces no conscientes que impiden una atención de calidad a la mujer. Porque nosotras, nosotros también somos miembros de esta sociedad que culpa y critica a la mujer maltratada (*¿No será que ella esté mintiendo, o lo provoque?*) o a la mujer seropositiva (*¡eso le pasa por no haber sabido cuidarse!, ¡menuda pinta!*).

Tiempos formativos en los que podamos entender sobre nuestra crispación, rechazo o impotencia: *¿Cómo es posible que esta mujer mantenga relaciones con ese novio sabiendo que él es seropositivo y que puede contagiarla?. Es una irresponsable.*

Aprender que no sirve juzgarla, sino que es necesario que podamos entender, y también a ella ayudarla a entender, para poder ayudar a modificar la situación.

¿Cómo es posible que no deje a su marido de una vez?; ¡es la tercera paliza! Miedo al rechazo, al abandono. Ocultar para no perder la propia imagen. Si los demás saben que soy una mujer maltratada me van a despreciar. ¿Y cómo me las voy a apañar sola?.

El maltrato, el ser seropositiva, lleva una carga de estigma que da lugar a muchas defensas y que dificultan tanto la prevención como el tratamiento.

Formación para aprender a realizar entrevistas diferentes, en las que la escucha de lo emocional no sea evitada, sino escuchada; en la que nos prescribamos lo que nuestras pacientes deben hacer, sino donde puedan expresarse y darse cuenta de lo que les pasa.

Son muchos otros los temas de los que podríamos hablar; las potencialidades y limitaciones de los servicios sanitarios, la necesidad de trabajar en red, etc. Quedan para el debate y para otros debates.

Yo quiero terminar compartiendo las palabras de Claudia García-Moreno: “Toda intervención ha de respetar la autonomía de la mujer y su derecho a decidir por sí misma la forma más adecuada para resolver sus problemas. Es importante identificar las estrategias de recuperación que usa la mujer y apoyarlas de todas las maneras posibles”.

Muchas gracias.

Mi agradecimiento a Belén Nogueiras, Consue Ruiz-Jarabo y Charo López-Quintana por sus ricos comentarios y sugerencias.