

VI. *Me duele hasta el alma*: Narrativas de aflicción y expresiones de malestar

Resumen

En este capítulo serán descritos los padecimientos y enfermedades más comunes que, desde la perspectiva de las informantes, estaban relacionados con el hecho de vivir una relación violenta de pareja. Los padecimientos más frecuentes son consecuencia de un malestar emocional permanente e involucran la salud mental de las entrevistadas. La angustia de vivir en un ambiente de abuso es traducido en: shocks nerviosos, estrés, tensión, depresiones, migrañas, enfermedades de la piel y diversos síntomas gástricos. En los hombres, estos malestares se presentan también como shocks nerviosos, estrés y depresiones. Este apartado también se aborda la carrera asistencial de las entrevistadas en busca de apoyo institucional para la VD. Hay diferencias entre las zonas rurales y las urbanas, tanto en los recursos asistenciales como en la calidad de los servicios prestados, además de carecer de un protocolo de atención para quienes acuden a los servicios de salud por problemas derivados de la VD.

1. INTRODUCCIÓN

En un libro reciente, Roger Bartra (2003) ilustra el cambio histórico que, en el terreno de la medicina, han tenido las concepciones y las prácticas respecto de los padecimientos o enfermedades considerados de orden emocional o psicológicos. Bartra señala que anteriormente los padecimientos relacionados con un sufrimiento de orden moral, amoroso o ético eran consideradas como “enfermedades del alma” y se resolvían con tratamientos derivados de ideas mágicas sobre los aspectos curativos, los cuales fueron abandonados a medida que el proceso de medicalización de la biomedicina fue ganando terreno sobre ellos.

De esta manera, los “padecimientos o enfermedades del alma” encontraron su actual nosología psiquiátrica con el auge y la proliferación de la medicina galénica. En su versión moderna, estos padecimientos fueron renombrados como *depresión, angustia, estrés, ideas suicidas, histerias y neurosis*. Dentro del campo de la biomedicina, la etiología de estos padecimientos fue remitida al ámbito emocional. En la conformación de estos padecimientos de origen emocional, es decir, que se recrean en la *psique* de las personas,

existe un debate respecto de cómo influye el contexto sociocultural para su generación y si se presentan de la misma forma en un grupo humano que en otro.

La Antropología Médica (en adelante AM) tiene un marco explicativo para estos cuestionamientos; a la luz de sus planteamientos los padecimientos estarían siendo “corporizados” debido a la inserción de las personas en un medio sociocultural que provee las pautas para una experiencia particular del padecer. Así, los padecimientos y enfermedades cobran *sentido* al ser explicados, atribuyéndoles un origen, un curso y un tratamiento específico. Ahora vamos a desarrollar estas ideas y a mostrar el material empírico que las sustenta.

2. LA VIOLENCIA CONYUGAL Y LOS MALESTARES FEMENINOS

a) Los padecimientos del alma: la perspectiva de la Antropología Médica

El campo de estudio de la AM da la posibilidad de investigar los padecimientos y las enfermedades desde una perspectiva que incorpora los aspectos socioculturales y redimensiona las enfermedades al estudiarlas desde la noción del malestar y el padecimiento. Los conceptos de *illness-disease-sickness* (padecimiento-enfermedad-malestar) son de uso común como marco explicativo de las ciencias sociales (Fábrega H., 1972; Young A., 1982; White K., 1991; Herzlich C., 1984; Taussig M., 1995).

En términos generales la AM reflexiona acerca de cómo las personas en diferentes culturas y grupos sociales se explican a sí mismos los padecimientos o enfermedades y siguen algún tipo de tratamiento para sanarse. También estudia la manera en que las personas relacionan sus creencias y prácticas sociales con aspectos biológicos y psicológicos, y cómo esta relación explicativa que se hacen a sí mismos les hace vivir como sanos o enfermos (Helman, 1997). Para otros autores y siguiendo la tradición durkheimiana, los procesos de salud-enfermedad-atención son considerados hechos sociales, estructurales, articuladores de saberes, prácticas y actores, y producto de representaciones socioculturales (Menéndez E., 1990; Romanucci-Ross L., 1991; Kleinman & Klienmann, 1991; Fábrega H., 1972).

Para la AM, las tres nociones son constitutivas de los procesos de salud-enfermedad-atención. Guardan relación con la tradición antropológica de la visión *emic-*

etic respecto de la aproximación a los grupos humanos. Estas categorías en sí mismas representaron un parteaguas dentro del campo de la antropología. Según Harris (1996) esta propuesta ganó terreno debido a la pérdida de liderazgo del estructuralismo francés con Lévi-Strauss; de hecho se considera que la perspectiva *emic-etic* creó una nueva etnografía.

Los términos fueron acuñados por Pike en relación con: *phonemics* y *phonetics*, o fonémica (*emic*) y fonética (*etic*). En un principio, el planteamiento provino de la lingüística para señalar los resultados estructurales obtenidos por el análisis fonético, en oposición a los no estructurales característicos de la fonética; esto derivó en la afirmación del autor respecto de que la estructura *Emic* es un conjunto de procedimientos lógico-empíricos a través de los cuales se llega a conocer la intención y el sentido de los actores; Harris complementó diciendo que las distinciones fonémicas o “cosas” están hechas de contrastes y discriminaciones que los actores mismos consideran significativas, con sentido. (Harris, 1996:493).

Existe una gran polémica sobre el uso semántico y lo que significan estos términos para los lingüistas; sin embargo parece haber consenso en que todos los análisis fonológicos, gramaticales y semánticos, llevados a cabo tanto por lingüistas como por antropólogos, constituyen estudios de orientación *Emic*. En la actualidad esta categoría se refiere al punto de vista del actor (Menéndez E., 2003). El término *Etic* refiere a las “distinciones fonémicas consideradas adecuadas por la comunidad de observadores científicos” (Harris, 1996:497). Pese a que en el pasado hubo una gran controversia respecto del uso de uno u otro término, en el presente se considera que ambos se complementan y que es importante el análisis de las dos visiones para poder dar cuenta de la intersubjetividad en la comprensión de los fenómenos que nos interesan.

Para la AM el uso de las categorías *Emic-Etic* se tradujo en una de las propuestas centrales para el análisis de los problemas de salud-enfermedad. La perspectiva *Emic* (seguir el punto de vista del actor) derivó en la propuesta de la AM para usar la categoría *illness* (padecimiento), cuando se hace referencia a la intención de recuperar la experiencia humana de los síntomas y del sufrimiento; la forma en que el enfermo, y los miembros de su familia y red social, perciben, viven y responden a sus síntomas y a su discapacidad. Mirar la enfermedad desde la concepción del *illnes* permite reconstruir los saberes populares y contrastarlos con los planteados desde la biomedicina; también proporciona la

visión cultural del fenómeno estudiado y remite a explicaciones validadas por la reconstrucción del discurso de la persona (Kleinman A., 1988).

El padecimiento tiene significado, comprender el significado del padecimiento ayuda a romper el círculo vicioso que amplifica la angustia y puede sugerir programas de cuidado a la salud más efectivos. Según Kleinman (1988), en el significado de los síntomas están las formas del conocimiento del cuerpo, del *self* y de sus relaciones con los otros, y con su mundo cotidiano. Para la sociedad occidental, el cuerpo es una entidad discreta, una cosa objetiva separada de las emociones. Para sociedades no occidentales el cuerpo es un sistema abierto de relaciones con el *self*, en un balance vital, holístico con el cosmos. Por ello, dice Kleinman: “es importante la comprensión del significado del padecimiento, así como la observación de la comunicación no verbal, los movimientos del cuerpo, las expresiones faciales, la vocalización”, pues estas expresiones corporales son también una manifestación de la angustia que se vive en el padecer y es importante para el análisis del fenómeno que nos interesa (Kleinman A., 1988:9).

Por su parte, la categoría *Etic* fue utilizada en AM para hacer referencia a *Disease*. Este concepto alude a los saberes del médico o profesional de la salud, respecto de su forma de concebir la enfermedad; esta percepción también está construida alrededor de un cuerpo teórico y técnico que clasifica el padecer del enfermo. En otras palabras, la categoría *disease* se enfoca a la recuperación del punto de vista del profesional respecto del padecer del sujeto. En este sentido, el punto de vista del curador (en un sentido amplio) también es una construcción cultural, otro modelo explicativo diferente al marco de explicación desde el cual el sujeto opina, pues como ya lo hemos dicho, éste lo haría desde su marco interior, desde su experiencia del padecer, que por lo demás también sería socialmente construidas.

Otra categoría de la AM es *sickness* (malestar); fue propuesta por Alan Young, quien propone usar este término en contraposición a las dos categorías anteriores. Para Young, al referirnos a una antropología del malestar, estaríamos aludiendo al “proceso a través del cual la conducta que expresa el padecer (*illnes*) y los signos biológicos, particularmente aquéllos originados en la enfermedad (*disease*), confieren significados socialmente reconocibles, los cuales son integrados en síntomas y resultados que son socialmente significantes” (Young A., 1982:270). Byron Good complementó esta idea,

proponiendo que el malestar (*sickness*) está constituido y sólo puede ser cognoscible a través de actividades interpretativas (Good B., 1994:53).

Estas tres categorías (*illnes, disease, sicknes*, en castellano: padecimiento, enfermedad, malestar) forman el eje de análisis actual de la AM. Sin embargo tanto el enfoque fenomenológico de Good como los planteamientos más estructuralistas han sido fuertemente criticados desde la llamada Antropología Médica Crítica. Algunos de los principales exponentes de esta corriente, como Menéndez, Taussig, o Scheper Huges, mencionan que la experiencia subjetiva del padecer no puede analizarse ni comprenderse totalmente si se le mira de manera aislada, es decir, sin tomar en cuenta la estructura y las relaciones sociales del sujeto. Por ello, los seguidores de la Antropología Médica Crítica también han advertido el riesgo que corren las investigaciones cuando siguen una perspectiva interpretativa y colocan el énfasis sólo en la recuperación a través del discurso, de las percepciones y las representaciones del padecer del sujeto. Los autores consideran que centrarse sólo en la interpretación del discurso del padecer deja de lado el contexto sociocultural que le proporciona el marco de referencia. Sin embargo, es posible hacer una combinación de ambas posturas: apostar por una perspectiva interpretativa, recuperando los significados desde las narraciones de nuestros sujetos, e intentar no perder de vista el contexto del cual provienen.

La categoría *embodiment* (Csordas T., 1988) ayuda a resolver este problema metodológico. El concepto proviene de la herencia de los estudios de la escuela de Cultura y Personalidad (Benedict, Spencer, Mead), que en términos generales buscaban conocer la manera en que la cultura influía en la personalidad de los sujetos. Para algunos autores, este movimiento fue uno de los grandes precursores de la actual antropología cultural y estaría fuertemente influido por la tradición freudiana de la búsqueda de los móviles del comportamiento humano. Por ejemplo Mead, uno de los principales exponentes de esta escuela, pretendía demostrar que la vida de un grupo humano era la condición esencial para la aparición de la conciencia, de la mente y, en ella, un mundo de objetos; los seres humanos como organismos dotados de un *sí mismo* y la conducta humana en forma de actos construidos. Debemos a Mead los conceptos de: *sí mismo, acto, interacción social* (que después derivó en la perspectiva del “interaccionismo simbólico” propuesta por Blumer) los *objetos* y la *acción conjunta*.

De regreso a la categoría *embodiment*, en AM se utiliza para el estudio de la relación entre la cultura y la persona (*self*), considerando que esta relación es *encarnada* en el cuerpo de los sujetos. Por esta razón, a través de las quejas, malestares, padecimientos y de las enfermedades, se puede analizar cómo influye la cultura en el problema de investigación que nos ocupa; pues estos malestares no son más que la expresión corporal de los diversos sucesos que ocurren en nuestra vida cotidiana.

Los significados atribuidos a los padecimientos y enfermedades generan ciertas prácticas sustentadas en cierta lógica; Menéndez opina que dicha racionalidad estaría buscando relacionar dos aspectos básicos para la comprensión de los fenómenos sociales:

- a) Los sentidos y significados de los procesos salud/enfermedad/atención
- b) Las condiciones económicas, sociales y políticas en las que se producen y reproducen dichos procesos, es decir, las condiciones simbólicas y estructurales a partir de las cuales los conjuntos sociales viven y mueren, se mantienen sanos, se enferman y se curan.

En este sentido, “tanto las estructuras de significados, como la estructura social expresan y condicionan simultáneamente una determinada construcción del padecer” (Menéndez E. 1997). Esta perspectiva relacional está ligada a nuestro planteamiento central respecto de que los padecimientos y malestares ligados a la VD son experimentados en un contexto social permisivo que, por lo menos, construye un marco moral de sufrimiento. El sufrimiento moral que deviene en malestares emocionales y físicos, visto desde la AM, tiene un sustento sociocultural que a continuación explicamos.

*b) Sobre los conceptos de pain y suffering —o dolor y sufrimiento—:
a propósito de las enfermedades del alma*

Tradicionalmente la idea del sufrimiento se ha relacionado con una dimensión puramente existencial; sin embargo, estudios recientes han puesto en evidencia que tanto el dolor físico como el sufrimiento moral son dos dimensiones relacionadas no solamente con el cuerpo como objeto depositario del mal, sino con el individuo y con su historia personal. La vivencia del dolor y del sufrimiento son el producto de una “educación social”, es decir, está impregnada de construcciones culturales, de percepciones entre el mundo del individuo y la experiencia acumulada en relación con él (Breton D., 1999; Csordas T., 1987; Allué M., 1999; Fingarette H., 1996).

Para autores como Fingarette el problema de estudiar el sufrimiento radica justamente en su asociación directa con el concepto de dolor; para este autor ambos conceptos no se corresponden en términos lingüísticos, pues el término en inglés tiene por lo menos veinte significados para *suffer*, pero sus raíces lingüísticas son latinas. La primera raíz es “sub” que significa bajo. La segunda es “ferre” que significa padecer. En inglés el primer grupo básico de significados está relacionado con “soportar, aguantar”; y el segundo, con “tolerar, permitir”. Mientras los significados del primer grupo parecen implicar que lo que se soporta es doloroso, no es así para el segundo grupo, que contiene los significados antiguos que se han transformado en usos literarios; según el autor la misma ambigüedad existe en español, francés e italiano, ya que todos estos idiomas usan la palabra “sufrir” como un sinónimo que expresa simplemente la idea de “tolerar, permitir, dejar, no interferir” (*ibid.*:12).

Al parecer, un término derivado es “paciente”, que en el original significa “paciencia”, pero en su uso moderno implica “alguien que padece calladamente” (*ibid.*:13). El autor menciona que en la acepción moderna ser paciente implica estar frustrado; mientras que actuar y diseñar el curso de los eventos al gusto de uno es estar satisfecho, de allí que donde predomina la actitud de autoafirmación, *sufrir* se entienda como *estar derrotado*.

Para Fingarette la dificultad del término está en que pone en juego un concepto humano fundamental; en alemán la palabra *leiden* tiene el doble significado de “sufrir y dolor” y también es usada para referirse a “permitir, tolerar o no interferir”; sin embargo las traducciones modernas están influidas por el sentido estrecho de la palabra “sufrimiento”, es decir, sufrir dolor. El mismo autor menciona que, en la actualidad, la palabra “sufrimiento” está asociada a la frustración, a la aflicción, a la ira, a la desesperación, como si el “sufrimiento” significara propiamente sufrir dolor y también que experimentar dolor es sufrir (*ibid.*:18).

Emmanuel Levinas escribió al respecto “el sufrimiento es pasividad... es puro padecer, un golpe contra la libertad, un punto muerto en la vida y el ser...” (citado en Scheper-Hughes 1997:505) Sin embargo, tal como lo anota Scheper-Hughes, buscar un sentido al sufrimiento ha permitido racionalizarlo como penitencia para el pecado, como medio para el fin, como precio de la razón o como el camino para los mártires y santos, y

de acuerdo con Levinas, la justificación del dolor y del sufrimiento de otro ser humano sería una fuente de inmoralidad; para él, una forma ética para analizarlo, es mirarlo como “significativo en mí, pero inútil en el otro” (*ibid.*:506).

Para Scheper-Hughes, quien realizó trabajos etnográficos prolongados en Brasil y encontró un clima de violencia generalizado, el sufrimiento está relacionado en términos estructurales con una cultura del silencio y de terror, para la cual, la violencia genera un clima de miedo, de sospecha y desesperanza reflejado en las historias de las mujeres cuyas subjetividades están “enterradas y perdidas” (*ibid.*:508).

En trabajos más recientes Kleinman (1999) se refiere al *social suffering* o *sufrimiento social*, como una categoría que incorpora los aspectos de orden moral e institucional relacionados con la parte personal del sufrimiento; menciona que, en cierto sentido, el sufrimiento ha sido naturalizado, pues en la actualidad se ha hecho cotidiano ver imágenes relacionadas con el sufrimiento humano sin que despierten reacciones de rechazo.

De trabajos recientes, se pueden rescatar cuatro conceptos que parecen útiles para abordar el tema del sufrimiento, ellos son: *embodiment* (Csordas T., 1988); *local moral worlds* (Kleinman A., 1992); *resistance* (Kleinman A., 1994) y *sociosomatic process* (Kleinman A., 1998). A continuación se describe brevemente cada una.

Csordas (1988) propone usar la categoría de *embodiment* (parece que no hay una traducción adecuada al castellano), para el estudio de la relación que hay entre la cultura y la persona¹ (*self*). El autor propone que el cuerpo (como el *set* que está en relación con el mundo externo, como el depositario material del *self*) no es un *objeto* para ser estudiado en relación con la cultura, sino como el *sujeto* de la cultura, como el “fundamento existencial de la cultura” (Csordas T. 1988:5). En ese sentido, *embodiment* funcionaría como un paradigma, entendido como una perspectiva metodológica que alienta la existencia de datos y sugiere nuevas preguntas para la investigación empírica. El paradigma del *embodiment* trascendería diferentes metodologías; no obstante, Csordas se inclinaría por la propuesta teórico-metodológica de la Fenomenología.

La importancia de este concepto radica en que recupera el problema básico al que aluden los estudios de cultura y personalidad, que tratan de responder a la interrogante de

¹ En la tradición de los estudios de la escuela de cultura y personalidad.

cómo influye la cultura para la formulación de los objetivos y las motivaciones que resultan significativas para las personas (Harris M., 1996:341).²

Desde la perspectiva etnográfica, los contextos de creencias y comportamientos son *local moral worlds* (Kleinman A., 1992), o “mundos morales locales” en traducción literal al castellano. Los mundos locales son espacios culturales donde hay símbolos, conflictos, géneros, razas. El mundo global local es un sistema abierto, poroso, penetrado por lo global; la ética es entonces un instrumento racionalista del capitalismo; el autor considera que el discurso ético debe estar relacionado con el discurso moral, pues la experiencia de la persona es moral, es el medio a través del cual se relaciona con el mundo local y, por lo tanto, los discursos morales son discursos éticos.

La tradición occidental sobre el discurso ético pone énfasis en la coherencia, más que en la falta de control, que es lo predominante en la vida cotidiana, Kleinman opina que se estudia mucho los derechos individuales, en términos de lo que se *debe*, lo que se *tiene* que hacer en las prácticas, sin considerar que la vida en los mundos locales está organizada bajo diferentes tipos de violencia y por ello, en los procesos locales, las acciones pueden no parecer coherentes; esta falta de coherencia para un mundo “racional” orienta la búsqueda de significados para los trabajos empíricos.

Esto es importante si consideramos, como dice el mismo autor, que los movimientos sociales y políticos globales van orientando la reorganización de los procesos colectivos; de esta manera hay una transformación de la subjetividad, que se convierte en un nuevo marco moral, creando así las pautas para lo que puede ser tratado en cada momento histórico y para las formas en que se debe comportar en un mundo local (Kleinman, Kleinman y Lee, 1999). Éste es el peligro que representa, en la actualidad, aceptar la “naturalización” de la VD y no tener una perspectiva crítica sobre el fenómeno; de las propuestas formuladas ahora, dependerá el marco moral y ético que regirá los comportamientos de las generaciones futuras.

El concepto de *resistance* (resistencia en castellano) fue acuñado por Kleinman (1994) como producto de sus trabajos sobre *suffering* en China; este modelo ofrece una

² La categoría de *embodiment* alude a problemas filosóficos de fondo, como la dualidad mente-cuerpo, sujeto-objeto y el problema de la percepción, y las formas de conocer el mundo. Autores como Merleau-Ponty, Mauss y Hallowell sentaron las bases para que autores como Bourdieu desarrollaran propuestas que están siendo usadas en la actualidad para los trabajos empíricos, por ejemplo, la categoría de *habitus*.

perspectiva de la manera en que opera la relación de la persona con la cultura. El autor se refiere con esto al comportamiento que las personas tienen ante los avatares cotidianos en los mundos locales, donde los recursos son limitados y las aspiraciones personales fallan, en donde la deprivación y la opresión hacen de la miseria la rutina de la condición local.

En este contexto las personas no se rinden; por el contrario, lo asumen como una condición normal de su accionar y como una condición de su vida diaria; por ello se dice que el *suffering* es el resultado de un proceso de resistencia que tiene consecuencias morales y corporales. Para Scheper-Hughes, en cambio, este accionar cotidiano, en una “cultura del silencio” que genera opresión sobre el cuerpo social e individual, promueve el desarrollo y uso de medios creativos son utilizados por las personas para seguir vivos; por ese motivo, no se debe considerar este hecho como una situación de “resistencia”, sino simplemente de “existencia” (Scheper-Hughes 1997:509).

Sociosomatic process puede ser traducido literalmente al castellano como “proceso sociosomático”; con este término Kleinman (1998) se refiere al contexto cultural en que se inserta el encuentro del cuerpo físico con el cuerpo social. Apunta a la comprensión de la biografía cognitivo-afectiva de la persona para entender el mundo social del que proviene, entendiendo “mundo social” como el conjunto de factores políticos, económicos, de estructuras organizativas y de sistemas simbólicos (lingüísticos, estéticos y éticos) de la cultura. El proceso sociosomático inscribe la historia y las relaciones sociales en el cuerpo.

c) Algunos puntos de encuentro entre los planteamientos feministas y la Antropología Médica en el estudio de los padecimientos del alma

Mabel Burin publicó en 1990 un texto básico dentro del área de la salud mental y de la teoría feminista; la autora defendía la tesis de que, en el campo de la salud mental, se tiende a patologizar los padecimientos y enfermedades cuya etiología se adjudica a los problemas emocionales. Para Burin esta situación “invisibiliza” las causas más específicas de la queja de las mujeres, debido a que orienta la búsqueda y los tratamientos hacia el campo de la psiquiatría y de la enfermedad mental, en lugar de buscar el origen del padecimiento en la construcción de la identidad femenina.

De acuerdo con el planteamiento de Burin, al igual que la AM propone, habría que buscar el origen de los malestares en el ámbito sociocultural más que en la explicación del

paradigma médico. La autora considera que esto es posible si en la interpretación de los malestares femeninos incluimos la *calidad de la vida cotidiana de las mujeres*, como un dato indispensable para el análisis de los padecimientos emocionales, o también llamados en el ámbito de la biomedicina como de “difícil remisión”.

Para estudiar los modos en que enferman las mujeres, Burin propone utilizar la categoría de *malestar*. Este concepto aludiría a las manifestaciones corporales que se derivan de un conjunto de situaciones estresantes relacionadas con la construcción social del ser femenino. Como ya mencionamos, en el campo de la AM, el concepto de *malestar* (*sickness*) fue acuñado por Young (1982) y contribuyó al desarrollo de este campo de conocimiento al plantearlo como una categoría complementaria a los conceptos de enfermedad y padecimiento.

Respecto de los planteamientos feministas, Velásquez considera que, para analizar estos malestares en las mujeres, es importante diferenciar las categorías de sufrimiento y de enfermedad. Por “sufrimiento” la autora entiende el malestar de las mujeres ligado a una situación opresiva. La “enfermedad” es un malestar en donde el reconocimiento de los orígenes estructurales de ese padecimiento ha sido negado, debido a una cultura patriarcal que favorece al sexo masculino en todos los ámbitos de desarrollo social. Estudiar el malestar de las mujeres contribuye a otorgar un *sentido* a ese malestar. *Sentido*, entendido como la producción simbólica y material de significados que se atribuye a los padecimientos. La comprensión de esos malestares sólo puede provenir de indagar en sus prácticas sociales cotidianas para conocer cómo han aplicado las nociones vigentes acerca de la salud y la enfermedad mental.

Como ejemplo, Moncarz ha investigado la conformación de los malestares femeninos en relación con los “mandatos sociales” que la mujer debe cumplir de acuerdo con su rol de género; por ejemplo, el de *madre* es uno de los roles principales que la sociedad ha conferido a las mujeres para ejercer durante su vida y supone una identificación de la mujer con el papel social de madre. Llevar estos roles a la práctica operaría en cierto sentido como una “garantía” de su salud mental, pero cuando no se obtiene es posible que surja un malestar emocional que puede ser interpretado como la expresión corporal de un mandato social de su rol de género que no ha sido cumplido (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990:35-36).

Para la AM la noción de salud-enfermedad está ligada a una construcción social que edifica un lenguaje corporal y propicia prácticas acordes. El malestar adquiere *sentido* en la medida en que produce una modificación en la vida cotidiana de las personas y de su noción como sujeto. Autores como Angel Martínez (1994) consideran que la presencia del *síntoma*, como expresión de un padecimiento o enfermedad, refiere a una manifestación del paciente que se sustenta en una percepción subjetiva, también refiere a una interpretación del paciente que alude a una serie de sensaciones corporales, psíquicas y emocionales.

Así, expresiones como: *me duele hasta el alma* o *tuve nervios* son formas de verbalizar un síntoma de un cierto padecimiento y “por lo tanto su construcción responde a las necesidades de expresión de un emisor, se presenta no ya como la parte real de un todo o el efecto visible de una causa, sino como una expresión humana que guarda en sí misma un significado” (*ibid.*:9).

La expresión del malestar a través de los síntomas resulta relevante en la medida en que nos refiere los significados atribuidos al padecimiento en particular y a la forma en que se llevan a cabo ciertas prácticas culturales para evitarlo; según Martínez “no es lo mismo interpretar una expresión, sea ésta una queja verbal o una gesticulación, en términos de cómo los contenidos responden a un dominio de sentido, que pensar los síntomas como realidades naturales y fisiológicas... El síntoma se inscribe en un dominio cultural específico... Los síntomas como expresiones dotadas de sentido que se refieren a mundos locales de significación” (*ibid.*:12).

De regreso al problema de la VD, los malestares identificados por las informantes como consecuencia de su interacción violenta son remitidos a un contexto sociocultural que condiciona las representaciones y las prácticas en torno a ellos. En este sentido, cuando percibimos en el discurso de las informantes una narración sufriente y dolorosa, nos referimos a la parte moral que se aprecia en ambos integrantes de la pareja y que nos remite a un contexto social atravesado por los significados que las informantes tienen en torno al tema de la vida familiar, con lo cual las diferentes expresiones del padecer están imbuidas en las diferencias de género de la pareja.

Estas formas diferenciales en que se manifiestan las expresiones del malestar quedan evidentes según cada género se representa los padecimientos, cómo los expresa

corporalmente y cómo trata sus síntomas. A continuación se muestra el material empírico relacionado con estos aspectos.

3. LAS EXPRESIONES CORPORALES DEL PADECER

En la experiencia de las mujeres que han vivido con VD, es frecuente la presencia de padecimientos y enfermedades relacionados con el hecho de vivir en un ambiente familiar estresante. Cuando indagamos respecto de lo que eran estos padecimientos, a qué se deben o por qué surgen y qué prácticas realizaban para prevenirlos o curarlos, la mayoría de las informantes refirió que eran una consecuencia de la vida doméstica, que incluye la relación de maltrato con el cónyuge, el trabajo como madres, el trabajo del hogar y la doble jornada que algunas de ellas realizaban al tener un trabajo remunerado fuera del hogar. Es decir, los padecimientos estaban claramente relacionados tanto con su dinámica conyugal de maltrato como con el ejercicio de su rol de género que les tocaba desempeñar, en esas condiciones, dentro del hogar.

El reconocimiento de esta situación, derivado de la práctica cotidiana de las informantes, ilustra cómo las condiciones materiales de vida están estrechamente ligadas a las de la salud (Menéndez E. L., 1990). En el caso de las familias que cohabitan en un ambiente hostil, las prácticas realizadas en relación con la salud y la enfermedad corresponden a una subjetividad construida en base a una dinámica temerosa y sufriente.

a) Los malestares femeninos. ¿De qué se enferman las mujeres?

Al unir el total de informantes (tanto de zonas urbanas como rurales) y el total de respuestas que dieron sobre el tema de los padecimientos y enfermedades más frecuentes relacionadas con su experiencia de violencia se obtuvo el siguiente cuadro:

Cuadro 14. Padecimientos y enfermedades más frecuentes entre las informantes de zonas rurales y urbanas

Padecimientos y enfermedades más frecuentes del total de las informantes	Núm. de informantes que los refirieron (N = 28)
1. Trastornos gineco-obstétricos diversos: dolores, retrasos menstruales, sangrados, embarazos de alto riesgo, mala leche, tumores, quistes	16
2. Shocks nerviosos, estrés, depresión	8
3. Migrañas, dolores difusos en el cuerpo	7
4. Colitis, gastritis y enfermedades del estómago	6
5. Arritmias, taquicardias	4
6. Parálisis corporal sin causa física aparente	2
7. Enfermedades de la piel	2
8. Asma	2
9. Otros: hernias, artritis, bilis, várices, bulimia, dolores renales, desmayos	un caso por cada padecimiento

Este cuadro muestra que los trastornos gineco-obstétricos son los que las informantes relacionaron principalmente con el padecer maltrato en su relación conyugal. Le siguen en orden de importancia los padecimientos de origen emocional, nombrados por las informantes como: shocks nervioso, estrés, depresión. En tercer lugar aparecen las migrañas y dolores difusos en el cuerpo. Después vienen otros padecimientos y enfermedades que, aunque en las narraciones fueron mencionados con menor frecuencia, resultan igualmente preocupantes en términos de lo que representa padecerlos para las informantes y de las prácticas que realizan para evitarlos o curarlos en un ambiente familiar estresante.

Si se observa con detalle las narraciones que hacen referencia a estos padecimientos, el común denominador para estas experiencias es una interacción conyugal en donde no

existía una comunicación que propiciara un ambiente de confianza para escuchar lo que pasaba con el otro cónyuge; es decir, las informantes coinciden en que no fueron escuchadas cuando se quejaron de los primeros síntomas, con lo cual el problema de salud-enfermedad se hizo más serio y generó complicaciones graves en la mayoría de las informantes.

Estas situaciones, que son características de las parejas que viven con violencia conyugal, generan que en el tema de la salud-enfermedad la violencia conyugal promueva en la mujer una actitud silenciosa ante síntomas de padecimientos o enfermedades. Si se desagrega los padecimientos por caso encontramos que, en las mujeres que sufrían de violencia severa, el ambiente que predominaba en la familia era de temor y precaución para no generar conflictos que ocasionaran el enojo de su pareja; las mujeres debían ser “prudentes” ante el malestar, ya que las quejas recurrentes o frecuentes como producto de algún padecimiento o enfermedad podían desencadenar una agresión verbal o física del cónyuge.

Las informantes en esta situación tuvieron la necesidad de realizar varias prácticas de autoatención para tolerar los síntomas del padecimiento, antes de que llegaran a ser tan intolerables que necesitaran acudir al centro de salud o a una consulta privada de emergencia. Así, el tema de la salud-enfermedad se integra a la vida diaria de las entrevistadas como un evento más sobre el que hay que tener control para no generar conflictos.

Sin embargo, si algo caracteriza a la VD son las múltiples dimensiones en que una misma situación puede usarse y las contradicciones en las que una informante puede caer. Por ejemplo, un mismo malestar podía utilizarse para lo contrario, es decir como instrumento de protección ante una agresión del cónyuge; éste fue el caso de los padecimientos de tipo ginecológico que en el cuadro 14 aparecen como los más frecuentes. Al respecto observamos que, quizá debido a su carácter simbólico, éstos fueron usados para evitar agresiones de tipo sexual; aunque otras informantes manifestaron que este tipo de padecimientos y enfermedades también desencadenó escenas violentas.

En este punto las narraciones se tornan contradictorias o, visto de otra manera, adquieren racionalidad en función de la interacción que ya se tenía con el cónyuge. Debido a esto, era necesario observar con mayor detenimiento a las informantes con estos

padecimientos e indagar sobre la dinámica y el contexto en el cual se presentaban, ya que estas contradicciones podían estar señalando formas diferentes de expresar el malestar en un contexto socio-económico que podía ser determinante.

Por esa razón desagregamos el cuadro 14 de acuerdo con el contexto social (rural o urbano) para observar la dinámica respecto de la salud-enfermedad-atención (en adelante s-e-a) con mayor detalle. Obtuvimos los siguientes hallazgos.

c) Padecimientos y enfermedades más frecuentes en las informantes de zonas rurales

El cuadro que sigue muestra los padecimientos y enfermedades más frecuentes de las entrevistadas provenientes de los centros de salud rurales.

Cuadro 15. Padecimientos y enfermedades más frecuentes en las informantes de zonas rurales

Padecimientos y enfermedades más frecuentes relacionados con la experiencia de VD	Núm.de informantes área rural (n=14) *
1. Trastornos gineco-obstétricos diversos: <i>dolores, retrasos menstruales, sangrados, embarazos de alto riesgo, mala leche, tumores, quistes</i>	12
2. Migrañas: <i>dolores de cabeza y en diversas partes del cuerpo</i>	2
3. Estrés	2
4. Otros: artritis, bilis, várices	2

* El número de informantes al que aquí hacemos referencia no coincide con el número real de informantes debido a que las entrevistadas podían hacer referencia a dos o más padecimientos a la vez.

Una vez desagregado el cuadro 14 es posible hacer una observación más detallada sobre los padecimientos y enfermedades que las informantes reconocieron como más frecuentes. En el cuadro 15 llama la atención la variación en la lista de frecuencias de padecimientos en relación con el cuadro 10; los padecimientos de tipo gineco-obstétrico pasan a ocupar el primer lugar de la lista cuando sólo se toma en cuenta a las informantes provenientes del área rural. Estos trastornos fueron la manifestación corporal más frecuente

que las informantes provenientes de estas zonas relacionaron con el hecho de tener una vida de pareja en donde la violencia y el maltrato eran hechos cotidianos.

Lo que hemos llamado trastornos gineco-obstétricos fue referido por las mujeres como: sentir *dolores en el vientre*, padecer *retrasos menstruales*, *tener embarazos de alto riesgo o difíciles*, *tener mala la leche* y padecer *sangrados entre una regla y otra*. Respecto de la presencia de un posible *tumor* o *quiste*, en algunos casos fueron sospechas relacionadas con la experiencia de otras mujeres cercanas a ellas que tuvieron síntomas parecidos a los suyos y que luego fueron diagnosticados por el médico del centro de salud.

El que los padecimientos de tipo gineco-obstétrico sean los principales en este grupo de informantes, agregados a su situación socioeconómica, las coloca en una condición de mayor vulnerabilidad y en riesgo de seguir siendo víctimas de violencia, ya que disponen de menos recursos económicos, tienen menos educación escolarizada, mayor número de hijos y, debido a estas condiciones socioeconómicas, reciben atención biomédica casi siempre a través de los centros de salud rurales. Esta situación de vulnerabilidad está ligada con los embarazos de alto riesgo y no deseados, padecimientos que según estadísticas nacionales representan una de las primeras demandas de atención a la salud en México (NAAIS, 2003). Esto cobra una gran relevancia si pensamos en la posibilidad que este hecho da para la elaboración y puesta en marcha de programas de prevención para la VD.

El tema de los embarazos y de los hijos surgió con frecuencia, cuatro de las 14 mujeres que fueron entrevistadas en el contexto rural manifestaron haber sido víctimas de violencia durante el embarazo y a consecuencia de esto sufrir embarazos de alto riesgo. En algunos casos el embarazo es utilizado para hacer desistir al varón de una posible agresión, es frecuente que el varón disminuya la agresión una vez que sabe que la mujer está embarazada, pero muchos de ellos no la detienen y aún cuando tenemos datos de que esto ocurre en un porcentaje mínimo, las consecuencias para la mujer y el futuro hijo son severas en términos de salud física y mental. El embarazo y sus diversas complicaciones ginecológicas representa un apartado con diversos significados: el embarazo que protege de la violencia, el embarazo que promueve el maltrato y el embarazo como generador de malestares en el cuerpo.

La presencia de *signos* en el cuerpo, como las hemorragias, genera en las mujeres cierto desconcierto, malestar y disgusto en los eventos violentos; cuando se trata de padecimientos emocionales es común que las mujeres construyan una cierta lógica que ayuda a explicar su tristeza y sufrimiento, pero ante los eventos en donde había relación entre la violencia y una manifestación corporal, encontramos que la informante manifestó tener rencor y odio hacia el cónyuge.

De nuevo con el cuadro 15, en segundo lugar aparecen dolores de cabeza muy fuertes, algunas dijeron que eran *tipo migraña*, es decir, no era fácil que desaparecieran con un analgésico común y que ameritaban una visita al médico. Con la misma frecuencia declararon padecer dolores inespecíficos en diversas partes del cuerpo, algunas veces sin un asiento corporal en particular, sino como una dolencia o malestar inespecífico. Fue frecuente que, cuando se refirieron a estos malestares, las informantes se tocaran la caja torácica o la espalda como el lugar en donde se asentaba el dolor; sin embargo no se refirieron a algún órgano en particular. La queja común fue *tener un dolor*, lo cual podría interpretarse como el malestar generalizado pero difuso del hecho cotidiano de vivir en un ambiente estresante. En tercer lugar se mencionó al *estrés* como un estado de malestar y agitación permanente, equiparable a padecer *nervios*.

Los otros problemas de salud-enfermedad mencionados fueron: artritis, bilis y várices. Estos padecimientos aparecieron en las narraciones de forma periférica y no como una dolencia o malestar percibido por las informantes como graves o que les trajera dificultades serias para su vida diaria. Aunque también alteraron y modificaron significativamente su vida familiar y doméstica, no fueron equiparables a las consecuencias sufridas por los padecimientos gineco-obstétricos.

Para sustentar empíricamente lo que hemos venido desarrollando, vamos a ilustrar el apartado que sigue con uno de los casos más representativos de las doce que manifestaron tener problemas gineco-obstétricos.

i) Los trastornos gineco-obstétricos y su relación con la VD: de la infidelidad y el *no me cumples*

En nuestro país, el tema de la salud reproductiva ha sido ampliamente estudiado desde diversos puntos de vista (véase por ejemplo: Castro R., 2000; Bronfman M., 2000; Figueroa J.G., 1999), por esa razón aquí sólo destacaremos el punto en donde la salud reproductiva

se toca con la VD. En las narraciones de las 12 mujeres que manifestaron tener estos padecimientos apreciamos que los más recurrentes fueron de dos tipos:

- a) sangrados anormales entre los periodos menstruales (ocho casos)
- b) embarazos de alto riesgo (cuatro casos)

Respecto de los sangrados anormales, la mayoría de las ocho mujeres tenía ese tipo de sangrados debido al mal uso de su método anticonceptivo. La mitad de ellas usaba el DIU (dispositivo intrauterino); la otra mitad usaban un método inyectable, casi todas, la inyección de tres meses. En el caso de las que tenían el DIU, los sangrados se debían a un escaso y nulo seguimiento del método; dos de las cuatro mujeres que lo usaban no se lo habían revisado desde hacía casi dos años, cuando les fue colocado en el centro de salud. En estos casos se puede atribuir algunos de los malestares a una posible infección derivada de una mala colocación del DIU y a las alteraciones ya conocidas que este método causa, por ejemplo, inflamación de las paredes uterinas y sangrados.

Las ocho informantes ya habían usado antes algún otro método de planificación familiar; sin embargo, en la actualidad consideraban que éste era el que más les convenía porque les resultaba complicado estar pendientes de tomarse una pastilla. El uso del preservativo también era complicado; en la mayoría de los casos, el marido no quería usarlo y a las mujeres resultaba difícil hacer esta negociación. Sólo dos manifestaron que alguna vez habían usado condones para evitar embarazos no deseados, pero las dos habían tenido malas experiencias: una de ellas narró que, aun usándolo, se había embarazado y la otra asociaba su uso sólo con la presencia de alguna infección.

En la dinámica conyugal de abuso cotidiano, existen temas complicados, como la sexualidad y la planificación familiar. Debido a las condiciones socioeconómicas de las mujeres que viven en zonas rurales y a aspectos culturales, como sus valores en torno al rol femenino, ocupan una posición en franca desventaja respecto del varón a la hora de las negociaciones. Fue común que, en el origen de las discusiones entre los cónyuges, surgiera el tema de la anticoncepción como desencadenante de escenas violentas. En este sentido, la violencia se hace parte de un clima familiar que coloca a la mujer en una posición de vulnerabilidad, en la cual se dificulta la expresión del libre pensamiento en aspectos como el número de hijos que quisieran tener, el deseo de controlar su fertilidad y la posibilidad de manifestar abiertamente aspectos sobre sus deseos sexuales.

Así como en el caso anterior, encontramos historias similares de mujeres en control natal a escondidas del marido, angustiadas con la idea de que se enterara. La razón de esta angustia era que el marido pudiera pensar que ellas no querían tener un hijo de él, una afrenta fuerte que podía desencadenar su ira.

Ésta era una de las razones más comunes para que las mujeres buscaran el momento más oportuno para ir al centro de salud a buscar pastillas o inyecciones; también fue la razón para que prefirieran usar las inyecciones de cada tres meses, yendo al centro de salud sin levantar sospechas en su marido. Éste es un aspecto relevante para la salud sexual y reproductiva de las mujeres si consideramos que en países como Estados Unidos el método anticonceptivo inyectable de cada tres meses está prohibido.

En los casos en los cuales las mujeres no tenían control natal, al preguntarles ¿por qué? fue común que respondieran de la siguiente forma:

Si tomo pastillas sería a escondidas de él para que no se diera cuenta porque si no se iba a molestar (M09, líneas: 1139-1144).

Como consecuencia de esconder de la pareja y mantener en secreto estas prácticas, la información que estas mujeres tenían respecto de los anticonceptivos y de su uso era escasa o inadecuada. Había un gran desconocimiento sobre los diferentes tipos de anticonceptivos que existen y cómo funcionan en el cuerpo. En algunos casos, sus conocimientos provenían de pláticas informales con su red de amistades o de familiares. Conocieron algunos aspectos técnicos a través de programas televisivos, de radio; y en algunos casos de las respuestas que obtenían de las enfermeras, promotoras o de los médicos en el centro de salud.

Respecto de la dificultad de hablar sobre planificación familiar con el cónyuge, la mayoría de las entrevistadas coincidió en dos razones: a) celos y desconfianza del cónyuge hacia ellas; y b) inseguridad del varón respecto de su paternidad. En el primer caso, los celos y la desconfianza, según los testimonios, estaban relacionados con la forma en que la pareja se había unido, aspecto al que nos referimos ampliamente en el capítulo cuatro como una de las situaciones que más generaron conflictos en la pareja. En el tema de la vida sexual y reproductiva, el antecedente de que la mujer proviniera de otra relación se relacionó estrechamente con el maltrato por parte del cónyuge; el maltrato se incrementaba si la mujer había tenido hijos con las otras parejas.

Los padecimientos relacionados con la vida sexual y reproductiva generaban a las informantes un malestar permanente, que ocasionaba una vida sexual complicada y sufrida. Un hecho cotidiano era la negativa frecuente de la mujer para tener intimidad sexual con el cónyuge. En un contexto de desconfianza, la negativa era interpretada por el marido como un rechazo hacia su persona y como algo “sospechoso”. Cuando esta situación ocurría, las informantes manifestaron haber recibido frases hirientes de su cónyuge, como: *debes andar con otro, por eso no quieres*. Algunas fueron obligadas a tener relaciones íntimas sin su consentimiento y dos de ellas reconocieron haber sido violadas por sus parejas; una en presencia de los hijos. Síntomas como sangrados anormales, dolores inespecíficos y retrasos menstruales pueden interpretarse como síntomas que reflejan la dificultad de la vida sexual y reproductiva de las entrevistadas en un contexto de abuso.

La duda sobre la paternidad se deriva del punto anterior; en general, ocurría por la desconfianza que el cónyuge tenía hacia su mujer. Los varones realizaban ciertas prácticas que les “garantizaba” que el hijo que esperaba su mujer fuera de ellos; las más comunes fueron mentir sobre su fertilidad y amenazar a la mujer con que si se embarazaba lo había engañado; la otra fue decirle que él “la cuidaba” de no embarazarse; por la descripción de las informantes podemos interpretar que “cuidarla” significaba que el varón utilizaba el coito interrumpido.

Me controlaba a escondidas, me ponía una inyección cada mes, nunca se daba cuenta, una vez me dijo que él no podía tener hijos, yo dejé de controlarme por eso... me decía: “si sales embarazada es que me engañas” (M15, líneas: 762-768).

En este caso, la entrevistada no creía que el marido no pudiera tener hijos; cuando se unieron, ella tomaba sus precauciones acudiendo al centro de salud cada mes o cada dos meses a que la inyectaran; sin embargo después de un tiempo consideró que el marido decía la verdad respecto de su infertilidad y dejó de inyectarse. Como consecuencia la informante se embarazó y, cuando el cónyuge se enteró, la acusó de haberle sido infiel; ella le confesó que antes no se había embarazado porque se inyectaba, pero esto hizo que el varón dudara más de la paternidad del niño. Durante la entrevista, esta mujer consideraba que *había caído en el juego*, pues ella creía que el marido realmente deseaba embarazarla para tenerla “segura” como pareja, mentirle era su manera de controlar la situación.

Aquí es importante recordar que, de las catorce mujeres del área rural, sólo tres estaban casadas legalmente y las otras cinco vivían en unión libre. En estas cinco, la unión sucedió sin planear un matrimonio legal; los problemas relacionados con sus condiciones materiales de vida, en donde la pobreza, el hacinamiento y la falta de redes de apoyo las colocaban en condiciones de gran vulnerabilidad; “agenciarse” una pareja masculina contribuía a que se percibieran con mayor apoyo, generalmente en el plano económico y social.

Este segundo marido llegaba a tomarse algo donde yo trabajaba y allí lo conocí, sabía que yo tenía un niño, se lo dije cuando hablé con él, al principio todo es como miel, pero después ya no, resulta que cuando ya me había juntado con él regresó el papá del niño y me andaba buscando y yo no sabía... cuando me encontró le dije “tú me abandonaste, ni dinero ni nada, ni carta me mandaste, cuando más te necesitamos tu hijo y yo no estuviste con nosotros, tuve que juntarme con otro hombre, porque no tenía el apoyo de nadie, ni quien me diera para comer, tuve que regresar aquí a este trabajo por el niño” (M06, líneas: 314-326).

En el económico la pareja masculina les ayudaba a resolver gastos derivados de la crianza de los niños; en el plano social, tener un varón en casa contribuía a evitar que se sintieran vulnerables ante los acontecimientos de la vida en general, pero también ante los vecinos de la comunidad, una localidad donde las mujeres solas, con hijos y que trabajaran en lugares como restaurantes o cantinas, no eran bien vistas y estaban expuestas a sufrir señalamientos públicos.

De las cinco mujeres mencionadas, cuatro habían tenido otra pareja antes de la actual y tenían hijos de otro u otros padres. En estos casos la violencia del varón se enfocaba hacia el maltrato emocional, las frases hirientes sobre la duda de la paternidad del nuevo hijo fueron empleadas muy frecuentemente para lastimar a la mujer. La duda de la paternidad venía precedida de considerarla y llamarla de “prostituta”.

Como al mes fue que empezaron los maltratos, me decía que el niño no era de él, porque la gente le decía eso, yo le decía “¿como no va a ser tuyo si se parece harto a ti?”, fue cuando empezó a pegarme y a insultarme por eso, que porque el niño no era de él y cosas así (M02, líneas: 254-261).

No obstante, encontramos casos en donde estar legalmente casada tampoco funcionó como un factor de protección, pues las dos mujeres que declararon haber sido violadas por sus

maridos estaban unidas legalmente a sus parejas, aunque para una de ellas ésta era su segunda unión y con la primera había tenido dos hijos.

Respecto de la mujer que fue violada por su marido, él sabía que ella se había separado de su primer marido y después se unió a él; el razonamiento del varón no iba en el camino de que la informante se hubiera separado del primero por amor a él, sino que lo había hecho por ser una “mala mujer”. Debido a este antecedente temía que lo abandonara por otro hombre, tal como ya lo había hecho antes; éstas eran las razones para dudar sobre la paternidad de su hijo, para maltratarla y sobajarla con frases hirientes.

Por otro lado recordemos el contexto en donde estas vidas se recrean, el escenario es una zona rural que ha crecido alrededor de una gran zona urbana, poblada con casas construidas de manera precaria y con una mezcla de tradiciones populares que son herencia de los pobladores originarios. Aunque en la actualidad estas prácticas son una expresión de la conjunción entre las originarias y las que los nuevos pobladores han traído al asentarse allí. El principal atractivo de esta zona es la cercanía con la ciudad de Cuautla (segunda ciudad en importancia en el estado de Morelos), la bondad del clima y el menor costo de la vida. La mayoría de los habitantes que llegaron a asentarse conoció el sitio a través de su red de amistades.

En la zona en que se encuentra el centro de salud, del cual proviene la mayoría de las entrevistas de las informantes de zonas rurales, hay una gran diversidad de restaurantes y hoteles de paso. Debido a esto, las posibilidades laborales de las personas que viven en estos pequeños poblados están concentradas en el sector servicios, con lo cual existía un ambiente social que reprobaba a quienes laboraban en esos sitios.

Las personas oriundas del pueblo temían que la llegada de gente de otras poblaciones influyera de mala manera en sus hijas; de hecho las mujeres que trabajaban en restaurantes o bares eran mal vistas y se hablaba mal de ellas. Existía pues un ambiente social que amenazaba la “tranquilidad” del pueblo y podía alterar las concepciones de los pobladores alrededor de las tareas asignadas al género femenino, ante lo cual varones respondían desconfiando de sus mujeres y controlando todos sus movimientos.

En este medio la situación para las mujeres que querían iniciar una vida de pareja se complicaba, sobre todo si había antecedentes familiares que las relacionaran con el trabajo en el sector de prestación de servicios.

Apenas tuvimos un pleito, dice que mi hijo no es su hijo... le dije "si creías eso ¿para que te juntaste conmigo?", me amenaza con que se va a casar con una muchacha bien porque como yo desde chiquita viví con mi mamá y ella trabajaba en un ambiente, dicen vulgarmente, en una cantina (M06, líneas: 35-41).

En el tema de la anticoncepción, otra manera de no generar controversias en la pareja fue permitir que la mujer permitiera que el marido tuviera el control sobre la fertilidad a través del coito interrumpido. Así, este método de planificación familiar era una práctica muy aceptada por estas mujeres; para ellas significaba que sus cónyuges las "cuidaban" de no embarazarse, aunque en varios de los casos no resultó ser eficaz, con lo cual las informantes veían que su familia se hacía más grande y que la situación socioeconómica y emocional de la pareja no mejoraba.

**ii) Los embarazos de alto riesgo y la VD:
El riesgo de *sentirse enferma* y *estar enferma***

Veamos la experiencia de esta mujer en los días en que ya iba a ser el parto:

Que llega un niño y que le dice Alfonso te habla un señor, que se sale, que regresa y dice "orita vengo", mi suegra le preguntó "¿a dónde vas?", dijo "a acompañar un cuate que va por un carro de material", yo le dije "¿ahorita?". Dijo "sí", entonces dieron las 10, las 11 y no llegaba, yo ya no aguantaba, le digo a mi suegra "yo me voy a la clínica a ver si no me alivio en el camino", que me dice mi cuñada "yo te acompaño", ella todavía estaba chamaca, llegamos y luego luego me alivié, eran como las cinco y media de la mañana, en eso entró mi cuñada y me dice "voy a la casa porque me piden un medicamento y no trajimos dinero", luego me dijo que cuando ella llegó también él iba llegando, le preguntó a mi cuñada que si ya me había aliviado y ella le dijo que sí (157-178).

Este relato ejemplifica la interacción en una pareja que se relaciona con violencia; como hemos dicho, en el caso de las mujeres que provienen de zonas rurales y en el contexto que mencionamos, escenas como la anterior son comunes. La precariedad económica, afectiva y de redes sociales corporizan y hasta determinan que situaciones como la descrita se repitan con demasiada frecuencia. La falta de atención y de conocimiento del varón respecto del tiempo de gestación en que está la mujer, las fechas del posible nacimiento y no estar pendiente de ella son situaciones que describen muy bien la interacción de la vida conyugal de estas informantes.

Como consecuencia, cuatro de las doce mujeres tuvieron embarazos de alto riesgo. En este punto, vamos a dejar que sea una de estas mujeres quien narre su experiencia. Es un caso de los más representativos, toca el tema de los embarazos de alto riesgo y la estrecha relación que existe con la presencia de la VD y de un contexto también violento.

Se trata de una mujer de 19 años, separada de su marido debido al maltrato severo del que era objeto. Al momento de la entrevista tenía un embarazo de seis meses y una hija de 2 años. Vivió en unión libre con su pareja durante dos años. Identificaremos a este caso como M11.

Tengo cinco meses de haberme dejado de él, al principio iba a mi casa y la agarraba a patadas porque mi mamá no tenía marido, me ha jaloneado en la calle y dice que donde quiera que me encuentre me va a golpear y todo eso agarra uno temor, ése es mi temor: que me encuentre en la calle y me golpee, porque cuando yo tenía como un mes de embarazo desgraciadamente mi hermanito falleció, no sabía que estaba embarazada y no comía, no dormía y por esos problemas se me quería venir el bebé, se me quiere venir porque hasta la fecha no estoy bien de este segundo embarazo, entonces como estaba yo con él en vez de ayudarme me recriminaba, me decía que yo era la culpable de que mi hermanito se hubiera muerto, que porque cuando yo lo dejaba a él, siempre andaba con mi hija y mi hermanito, que yo parecía una perra, en lugar de que me diera consuelo me decía muchas cosas... me insultaba y me quería golpear, aunque yo estaba bien delicada, cuando pasó eso de mi hermanito yo estuve más muerta que viva porque se me quería venir el bebé, me dio como una crisis nerviosa, me daban unos dolores muy feos y sentía que me iba a morir, no podía moverme y la doctora me dijo que absoluto reposo, en ese tiempo él se aburrió de mi porque yo parecía como un niño tirado en la cama sin poder hacer nada... ya no me golpeaba tanto porque su hermana y su mamá me defendían, pero me decía que por qué mejor no abortaba, que ya le había costado mucho dinero (M11, líneas: 108-177).

En la lógica de esta mujer, existe una explicación de por qué su expareja la sigue molestando, aun cuando ya no viva con él, y es que su madre tampoco tiene marido en casa, también se separó de él por maltrato. La entrevistada narra un evento en la vida de su familia que relaciona con el inicio de sus malestares gineco-obstétricos, el cual fue aprovechado por su expareja para molestarla y culparla. Nuevamente aquí podemos apreciar lo que mencionamos respecto del rol del varón como guardián de la moral y del orden en el hogar, que sustenta su reacción de no ayudar en la cura de su mujer.

Por otro lado, el fragmento deja ver la percepción del rol femenino que tiene esta informante al considerar que su papel de mujer al lado del marido consiste solamente en la ayuda doméstica; si no puede hacer nada porque está enferma, entonces la maltrata porque

“no le sirve”. Además también podemos percibir cómo se agudiza el maltrato en un ambiente de precariedad económica. En este caso la alusión a solucionar la enfermedad de la mujer, sugiriendo un aborto para no gastar más dinero, también muestra la dificultad que hay en el hogar para conseguirlo e invertirlo en problemas de salud-enfermedad.

Al principio no me creían que estaba enferma, hasta que vieron que de verdad estaba yo enferma, yo sentía una bolita en el vientre, caminaba y sentía que algo se me iba a salir, allí pensé que a lo mejor estaba embarazada, no me hacían caso hasta que le dije a mi cuñada “ven, tíntame aquí para que veas que tengo” entonces ella le empezó a decir a mi esposo que me llevara al doctor, me llevaron y el doctor dijo que estaba embarazada y que tenía una infección muy fuerte y que el niño se podía venir, empecé a sangrar como a los ocho días, él me dijo “si sigues sangrando te llevamos a la clínica”, pero no me llevaron a ningún lado, allí fue cuando se complicó más, como a los quince días ya no podía caminar porque sentía que todo se me salía, yo le decía, ya ves, allí están las consecuencias (M11, líneas: 343-371)

En este caso el cónyuge sólo contaba con su salario como albañil itinerante, así que la preocupación por el dinero tiene un sustento material basado en la escasez de bienes materiales en el hogar y en el poco dinero con que contaba para cubrir los gastos.

Dudar sobre la enfermedad de la mujer también fue una situación frecuente entre estas parejas, los embarazos de alto riesgo fueron descritos por estas mujeres como una situación en donde “el niño se quería venir”. La intervención de la red familiar ayudó a que la voz de la mujer fuera escuchada; sin embargo, cuando vivían con la familia política a manera de familia extensa, la situación se tornaba más complicada; en estos casos manifestaron no sentirse cómodas estando enfermas, pues una mujer enferma y que no trabaja es mal vista y considerada floja.

Las creencias y valores de estas mujeres respecto del rol y deber como esposa están relacionados con la idea de “aguantar”, “resistir” y minimizar en lo posible el padecimiento; sin embargo estas situaciones en el medio rural atrasan el diagnóstico y agravan el padecimiento, lo cual puede explicar los casos que se complican e incluso la mortalidad materna. “Aguantar” y “resistir” son dos conceptos significantes del sufrimiento.

Ya le rogaba a Dios que me llevara porque ya no quería estar sufriendo aquí, era un sufrir que no tenía medicina, que no me creía nadie, estaba nomás tirada como una cosa que no sirve... a mi mamá le dolía verme así y le decía a él que yo estaba

bien grave y él andaba de briago, pero él decía que ésa era su casa y que allí él mandaba (M11, líneas: 1281-1286).

La falta de actividad de la mujer, es decir, el encontrarse postrada por la enfermedad, le significaba percibirse como alguien que “no sirve”, prácticamente “estar” como un objeto, así es como esta informante describió *sentirse* enferma. Antes de enfermarse, esta mujer tenía a su cargo los quehaceres domésticos de su hogar, del de su suegra y a veces también ayudaba a su cuñada; todos vivían en un mismo terreno y, aunque le ayudaban a limpiar las áreas comunes, la entrevistada tenía a su cargo las tareas domésticas de su suegra.

Estas prácticas cotidianas y rutinarias proporcionaban a la informante un rol aceptado dentro de la familia política. Según los datos, gracias al cabal cumplimiento de las tareas la empezaron a apreciar y a hacer parte de la familia del cónyuge. Estos “buenos” antecedentes le ayudaron a recibir el apoyo de su suegra cuando el maltrato se tornó más severo, también recibió el apoyo de su cuñada cuando la entrevistada se encontró en cama y enferma.

Por otro lado, el relato evidencia la embriaguez del marido durante la enfermedad de la informante. Para el marido, la negativa de que esta mujer recibiera ayuda de su familia de origen se sustentaba en la importancia que para él tenía sentirse proveedor del hogar. No obstante y como lo hemos mencionado, esta situación coloca a la mujeres en mayor riesgo debido a que no pueden recibir atención médica oportuna.

En otros casos, encontramos la misma situación respecto de la minimización de la enfermedad de la mujer por parte del cónyuge; es decir, para él y la familia política, la mujer no tenía el estatus de *enferma* pese a los síntomas que refería, sólo adquirió ese estatus cuando los signos se hicieron visibles y la gravedad de la enfermedad ya no le permitió seguir con su rutina diaria. La informante declaró que el momento en que decidió separarse del marido fue cuando se enteró de que había gastado dinero que sus hermanos le enviaron para comprar medicamentos, lo cual es un indicador en la escala de valores de esta mujer y de su grupo de pertenencia. Decidió separarse porque consideró imperdonable que su marido se hubiera gastado el dinero que sus hermanos enviaron para ella, lo cual fue una afrenta para su familia que la había querido ayudar a sanar. Este hecho fue más fuerte para la informante incluso que la violencia severa que el cónyuge ejercía contra ella.

Si me hubiera querido, hubiera dicho “curo a mi vieja” porque el problema más grande que tuvimos fue porque no podíamos tener relaciones... nunca me tomó a la fuerza, pero cuando fuimos a la ginecóloga yo le dije que me dolía mucho y pues como no me va a doler si topaba con el bebé o en mi matriz no sé... acabando de tener relaciones me agarraba un dolor fuerte en el vientre, pero cuando fuimos a la doctora él no entró y no escuchó que ella dijo que no podíamos tener relaciones, entonces pensó que nomás era de mí que no quería, se molestaba mucho, entonces me decía que era una inútil porque ni para mujer servía, yo decía en mí pues no sirvo para nada, no es adicto a las relaciones pero en ese aspecto a mí me hacía sentir mal porque yo no podía y pues él es hombre (M11, líneas: 1407- 1619).

La renuencia del marido para contribuir a curar su enfermedad puede ser interpretado como una preocupación por el dinero, o una minimización de la enfermedad de esta mujer. Para ella, no ser atendida por el cónyuge significó una falta de amor y de cuidado hacia su persona; desde su perspectiva, la falta de amor originaba que el marido no quisiera invertir más dinero en ella. Sin embargo también tenía una interpretación sobre la razón de su marido para maltratarla y para abandonarla cuando estuvo enferma: no poder tener relaciones íntimas debido a su enfermedad.

Para el marido, la negación de la mujer no tenía sustento en una prescripción médica y tampoco fue válida la queja respecto de las molestias causadas durante el acto sexual. No sólo no fueron tomadas en cuenta estas quejas, además la mujer fue maltratada verbalmente con frases como “no sirves ni para mujer”, con la intención de ofenderla en el plano íntimo y sexual. Resulta evidente el desamparo en que esta mujer vivía, al enfrentarse sola a una enfermedad que casi le costó la vida. La falta de apoyo del cónyuge y su prohibición para ser apoyada por su red familiar contribuyó a colocarla en un proceso de gran vulnerabilidad ante la violencia y con mayor riesgo de que su enfermedad se agravara.

Existe una gran dificultad para que una mujer que se *siente* enferma sea “reconocida” socialmente como *enferma*. En el ejemplo anterior, la entrevistada se siente enferma, entre otras cosas, porque según ella y debido a su enfermedad “no servía para nada”. Para esta mujer, la falta de actividad es suficiente para *sentirse* enferma porque no puede cumplir con las tareas asignadas a su rol de esposa. Desde esta óptica existen evidencias de que los cónyuges contribuyen al sentimiento de malestar de la mujer maltratándola en el plano emocional. En áreas rurales y con antecedentes socioeconómicos como éstos, no cumplir con las actividades que socialmente han sido encomendadas a su género puede ser un asunto de vida o muerte.

En este punto queremos recordar lo que en páginas anteriores hemos mencionado respecto de la definición de *illness* como un concepto empleado para describir la serie de asociaciones que la persona realiza para describirse y sentirse enferma, en contraposición con la categoría *disease*, que es el reconocimiento público o social de la persona enferma. Hay datos que señalan el paso de un tiempo entre que la mujer dice sentirse enferma y que la enfermedad o el padecimiento le es reconocido como tal por la familia. Con esto podemos argumentar, basándonos en hallazgos como los de Freyermuth (2001) en los Altos de Chiapas y trabajando con mujeres indígenas el tema de mortalidad materna, que el tiempo que transcurre entre *sentirse* y *ser reconocida* como enferma puede traer graves complicaciones para la salud de las mujeres. En el caso de las informantes con las que trabajó Freyermuth, esa falta de reconocimiento temprano de la enfermedad produjo muertes.

Por otro lado es evidente que la falta de reconocimiento a la enfermedad de la mujer está relacionada con el hecho de que no pueda desempeñar su rol social. Al respecto, Talcott Parsons (1996) ha sugerido que la salud es un estado de capacidad óptima de la persona para el eficaz cumplimiento de los roles y tareas para los que ha sido socializado. Según este autor, la familia es el agente primario de la socialización, con lo cual es el hogar en donde se crean y recrean los roles sociales mediante la interacción con los demás integrantes. De hecho, las funciones básicas de la familia son dos: a) la socialización primaria de los niños; b) la estabilización de la personalidad de los adultos dentro de la sociedad, mediante el rol que aprendió a desempeñar dentro de la familia. En este sentido, tener salud garantiza la participación de la persona en el sistema social, estar enfermo atenta contra el desarrollo familiar y comunitario.

En el caso de la violencia conyugal tener presente esta información es de vital importancia para el desarrollo de programas de prevención adecuados a contextos rurales, en donde las normas, valores y representaciones sociales enmarcan prácticas culturales respecto de la atención a la salud-enfermedad y además se adiciona (como un problema más) la noción tradicional de construcción cultural de los roles de género.

En un contexto rural y precario, este hecho explica algunas razones del porqué las mujeres no se atienden oportunamente, pese a la presencia de signos evidentes como los sangrados vaginales. El periodo entre la aparición del síntoma o signo y el reconocimiento

social (de la familia o red de amistades cercana) puede ser definitivo para la sobrevivencia de la madre o del hijo. Los testimonios sugieren que esta situación se agrava debido a la presencia de la violencia conyugal dentro del hogar.

iii) La mala leche

Tener la *leche mala* es un padecimiento de los llamados *Folk, de origen popular o síndromes delimitados culturalmente* (Zolla C., 1992; Rubel A., 1992); se definen por ser “alteraciones y trastornos de tipo sindrómico y por tanto no totalmente definidos desde el punto de vista orgánico que aparecen en contextos culturales específicos y no fuera de ellos” (Comelles y Martínez, 1993:87). Éste fue el padecimiento más frecuente de origen popular que las informantes provenientes del área rural relacionaron con la VD, específicamente como consecuencia de “hacer corajes con el marido”. Tener la *leche mala* es un síntoma que presentan las mujeres que están amamantando, generalmente poco después de parir, y fue referido como un evento que podía ocasionar enfermedades graves para el lactante, las cuales podían ser diarreas y *empachos*.

El *empacho* también es un síndrome de origen popular, se manifiesta con síntomas gastrointestinales como la diarrea; es ocasionado por un cuerpo extraño adherido al estómago del infante. Su cura tiene por lo menos tres pasos: el primero consiste en preparar una bebida a base de aceite, que el niño debe ingerir; luego se le debe dar una “sobada” (masaje) en el estómago para hacer que lo adherido se despegue; finalmente se le debe *tronar el cuerito*, es decir, jalar la piel del estómago hasta que truene para garantizar que el objeto adherido se ha despegado y será arrojado posteriormente (Osorio R.M., 2001:120).

La gravedad de la enfermedad producida en el lactante, por la ingesta de la leche mala, estará determinada por la gravedad del disgusto que haya tenido la madre, quien sabe que su hijo está enfermo; por esta razón cuando está *llorón*, incómodo o molesto, la diarrea o el empacho son signos que confirman a la madre su diagnóstico.

Según nuestros datos, las razones de que este padecimiento ocurra en el periodo de lactancia se relacionan con la manera en que culturalmente es concebida la maternidad; en este caso el periodo de lactancia cubre una necesidad básica del infante, por lo que representa una fase en la maternidad en la cual se debe tener “tranquilidad y reposo”. El conocimiento popular respecto de la VD ha significado el padecimiento de la leche mala

como consecuencia de un hecho cotidiano: las discusiones entre la pareja. En este sentido fue frecuente encontrar relatos sobre la magnitud del disgusto que tuvo la mujer con su marido, la frase: *hizo tal coraje que la leche se le puso mala*, es común en los testimonios.

Diario hacía corajes, por eso no le di leche al niño, mi papá le decía: “no la hagas enojar porque le está dando chiche al niño”. Pero él no pensaba en eso, no pensaba en que le iba a hacer daño al niño... Yo como también era bien ignorante pues ni sabía, le daba y ya pero le hacía daño y se enfermaba, yo no sabía que tenía, lo llevé al doctor y le dije “mi leche está cortada porque cada que el niño la toma se enferma”, el doctor dijo “¿cómo se va a cortar tu leche? ésa no se corta, el niño se pone así por los corajes que haces ” (M05, líneas: 2435-2459).

En este padecimiento se encuentran dos diagnósticos: el del saber materno y el del saber médico. Pese a la diferencia entre las dos perspectivas hay un punto de coincidencia respecto de la etiología: el médico está de acuerdo en que el niño se enferma por los corajes que hace la madre. Este dato ilustra claramente la conjunción entre la mirada técnica del médico y la noción sobre el padecimiento que es producto de su grupo social, una combinación entre los conocimientos técnicos y el propio conocimiento popular, que coexisten en su práctica médica; son dos aspectos que a simple vista pueden resultar contradictorios, pero que muestran en la práctica la intersección de los modelos médicos, tema ampliamente documentado en nuestro país (Menéndez E., 1990; Holland W., 1992; Ruz M.H., 1992; Finkler K., 1992).

Por otro lado, cuando la red familiar tiene conocimiento de que en la pareja existe una mala relación, este padecimiento es utilizado para advertir al cónyuge de las consecuencias que puede traer hacer enojar a la madre, ya que existen casos de *empacho* por ingerir mala leche que se complican e incluso pueden provocar la muerte del niño.

En algunos casos, la familia de la mujer agredida puede estar enterada del maltrato, pero no interviene de manera directa para protegerla, como para advertir al cónyuge de las posibles consecuencias de hacer enojar a la mujer. La no intervención de la familia es una característica que predominó en los casos que provinieron de las zonas rurales. Es posible que encuentre sustento en la práctica de valores arraigados dentro de este grupo, con frecuencia prácticas sociales sustentadas en las diferencias de género que los padres o familiares cercanos reproducen para la protección y supervivencia de la familia; por ejemplo, inculcar el respeto hacia el varón, pese a las acciones que realiza en contra de la

mujer; la obediencia al marido y la apropiación de los quehaceres domésticos como una práctica que corresponde solamente al género femenino.

Autores como Rubel señalan la importancia que estos síndromes tienen para la comprensión de la cultura de los grupos humanos, en el entendido de que un padecimiento cuya explicación está asentada en el conocimiento empírico del grupo denota cómo “el entendimiento y las prácticas de salud elucidan los valores, creencias y expectativas normativas predominantes de una sociedad y sirven como espejo de las cualidades afectivas de las relaciones sociales” (Rubel A., 1992:107).

c) Padecimientos y enfermedades más frecuentes en las informantes de zonas urbanas

El siguiente cuadro muestra los padecimientos y enfermedades más frecuentes que aquejaron a las informantes de la zona urbana.

Cuadro 16. Padecimientos y enfermedades más frecuentes en zonas urbanas

Padecimientos y enfermedades más frecuentes relacionados con la experiencia de VD	Núm. de informantes urbanas *
1. Shocks nerviosos, estrés, depresión	8
2. Migrañas y dolores diversos en el cuerpo	4
3. Colitis, gastritis y otras enfermedades del estómago	3
4. Arritmias, taquicardias	2
5. Embarazos de alto riesgo y no deseados	2
6. Enfermedades de la piel	2
7. Parálisis del cuerpo sin causa física aparente	2
8. Otros: hernias, bulimia, asma	2

* El número de informantes al que aquí hacemos referencia no coincide con el número de informantes real debido a que las entrevistadas podían hacer referencia a dos o más padecimientos a la vez.

Como podemos apreciar, estas informantes mencionaron sufrir padecimientos de origen emocional como una de las principales manifestaciones de sufrir una interacción conyugal

abusiva (*shocks nerviosos*, estrés y depresión). Los *shocks nerviosos* y el estrés son dos padecimientos cuya manifestación física se caracteriza desde el sistema biomédico por las crisis nerviosas.

El estrés se ha definido como un “síndrome general de adaptación” y está asociado a tensión, sufrimiento, ansiedad, insomnio, síntomas psicósomáticos, depresión y uso de psicofármacos. Según Moncarz, el estrés “constituye un mecanismo normal de reacción a las perturbaciones del medio que determina la puesta en marcha de complejos procesos defensivos”, en el caso que nos ocupa, el estrés aparecería entonces como una reacción de la mujer ante la violencia conyugal (Burin, Moncarz y Velásquez, 1990:197).

Según la misma autora, la depresión en términos técnicos se caracteriza por padecer “sentimientos de inutilidad, culpabilidad, impotencia, desesperanza, ansiedad, tendencia al llanto, pérdida de interés e incapacidad para cumplir con las tareas cotidianas”. Todos estos síntomas fueron referidos por las mujeres entrevistadas como una manifestación frecuente en ellas, lo cual ilustra la forma en que padecen en la vida cotidiana las consecuencias de vivir en un ambiente de abuso constante.

Las prácticas cotidianas que las informantes realizaron para evitarlos, erradicarlos o curarlos ocupa una parte importante de sus actividades diarias. Autoras como Burin consideran que, en la comprensión de los padecimientos femeninos, es importante observarlos en el entorno doméstico de las mujeres y como parte de sus actividades cotidianas. Burin sugiere que ésta es la forma en que se puede conocer la calidad de vida de las mujeres en un ambiente cotidiano de maltrato. A continuación vamos a analizar con detalle las tres principales quejas de nuestras informantes.

i) Las crisis o *shocks nerviosos*: Las consecuencias de la crisis cotidiana

Las entrevistadas se refirieron con mayor frecuencia a su experiencia de malestar haciendo alusión al padecimiento de *shocks o crisis nerviosas*. De acuerdo con sus narraciones, las crisis nerviosas fueron consecuencia de momentos álgidos en la relación de pareja; en la mayoría de los casos, se desencadenaron como consecuencia de un evento muy estresante que fungió como disparador de la misma.

Aunque las entrevistadas vivían en un ambiente familiar tenso y poco funcional, las crisis nerviosas eran regulares: aparecieron cuando las entrevistadas se encontraron ante un

evento traumático desconocido y sobre el que no podían tener control. Lidar con un ambiente cotidiano violento era parte de la “normalidad” de la vida familiar de las informantes que presentaron las crisis nerviosas; es decir, estaban familiarizadas con los acontecimientos que podían surgir en el día y durante la convivencia conyugal; sabían qué hacía enojar al marido, cómo evitar su molestia y qué acontecimientos del día debían ocultarle para no generar el conflicto. Sin embargo cuando sucedió un evento imprevisto y éste se agregó a la crisis cotidiana y permanente de la pareja, sobrevino el *shock* nervioso, definido por ellas como un momento de gran tensión que les impidió seguir con sus actividades diarias.

Mientras no tuve hijas lo atendía como a un rey, pero cuando las tuve se me desencadenó un shock tremendo, no sé si eso fue por querer salir de una realidad que me lastima, en donde no me valoran como lo que soy... pero tuve una crisis en donde dije: “ya no quiero vivir” (M19, líneas 49-87).

El tema de los “nervios” ha sido ampliamente documentado como una manifestación importante del malestar femenino. Para Velásquez, la vida cotidiana de las mujeres está estrechamente ligada a sus modos de enfermar, debido a que está plagada de acontecimientos estresantes. En casos como el anterior, el embarazo y nacimiento de un nuevo integrante de la familia no fue motivo de celebración; por el contrario, en una familia en donde las relaciones entre los cónyuges se ve articulada alrededor de la violencia, el embarazo puede incrementar las agresiones al introducir en la dinámica conyugal un evento que representaría, por lo menos, un acuerdo común entre la pareja.

Velásquez considera que la vida doméstica del género femenino tiene una relación estrecha con su salud mental, debido a que los malestares emocionales están ligados a problemas relacionados con su condición de mujer; por ejemplo, el tema de los embarazos, de los partos y de los hijos, situaciones que son propias sólo de la mujer. En el embarazo, por ejemplo, la conjugación de aspectos emocionales y físicos crea una condición especial en ella; el hecho de no tener un ambiente motivador al interior de la pareja puede manifestarse en trastornos psicosomáticos, estados de malestar difusos, cuadros de estrés y crisis nerviosas (*ibid.*).

Al respecto, Scheper-Hughes (1997), realizando trabajo en una zona marginal del nordeste de Brasil, encontró que las mujeres se quejaban de estar *nerviosas* y de tener *crisis*

de nervios como una forma de expresar su ser emocional sufriente conjugado con un contexto de extrema pobreza. La crisis nerviosa llegaba cuando las mujeres se encontraban ante dificultades que les impedían seguir con las actividades domésticas que eran parte de su rol de género en ese contexto; por ejemplo, no conseguir dinero diariamente para dar de comer a sus hijos o para comprar medicinas y sanar al hijo enfermo, entre otras.

Está ampliamente documentado que las mujeres que sufren y toleran la violencia conyugal desarrollan una baja autoestima como consecuencia de estar sometidas cotidianamente a una situación de opresión. En las mujeres que padecieron *crisis nerviosas*, hubo alusiones a que “pasaban desapercibidas” para su pareja. La frase “*En donde no me valoran como lo que soy*”, del testimonio citado, alude por lo menos a una situación en donde la mujer reconoce que su cónyuge no ve aspectos positivos de su ser femenino.

Además de esta falta de reconocimiento y quizá debido a ella, observamos que en estos casos las entrevistadas tenían una gran expectativa de que las actividades que realizaran tenían que ser del agrado del cónyuge para que no se generaran conflictos y debían estar pendientes de ello todo el tiempo. Es posible que por esta situación, las informantes percibían un gran desgaste y costo emocional que se manifestaba en *sentirse nerviosas* todo el día. Por otro lado, está también la percepción de la informante respecto de llevar una vida familiar que no le es placentera, pero a la que no le ve salida; en la frase: “*No sé si eso fue por querer salir de una realidad que me lastima*” se puede interpretar que para esta mujer la crisis nerviosa representó una especie de *escape* a su vida diaria.

Julia Kristeva (1993) es una de las autoras contemporáneas que más han escrito sobre los malestares femeninos. Respecto de las crisis nerviosas, considera que los hechos vitales son los principales factores de riesgo para que surja este malestar. Esta hipótesis se comprueba en nuestros casos, pues antes de una crisis nerviosa existió siempre un evento difícil para la entrevistada, veamos un ejemplo representativo:

Después de que falleció mi mamá tuve una crisis nerviosa... coincidió con un día en que él quedó de llamarme a las cinco y eran las 10 de la noche cuando llamó... tuvimos una discusión grande, me fui a trabajar y empecé a alucinar que tenía una dolencia en el corazón, me puse a llorar desesperadamente y el médico me dijo que lo que tenía era angustia... me puse mal, empecé con mucha ansiedad y miedo desesperante, salí de mi casa corriendo, le hablé a mi hermana, me llevaron a urgencias psiquiátricas y me dieron ansiolíticos y un pase para irme a la clínica...

fui dejando poco a poco el medicamento porque pensé que no podía seguir para siempre dependiendo de ellos (M37, líneas: 230-262).

En este segmento se aprecia por lo menos dos hechos difíciles por los que transita esta mujer: la muerte de su madre y las dificultades con su pareja. Si bien es un caso extremo que ilustra las consecuencias en las que puede derivar un cuadro de crisis nerviosa, da la pauta para analizar la manera en que un hecho vital, que ya es fuerte en sí mismo, se potencia debido a las dificultades que en este caso ya tenían como pareja.

Me enfermé, el doctor dijo que lo que tenía era estrés... me enfermé de colitis, gastritis y tenía arritmia cardiaca, cuando lo dejé se me empezó a quitar todo eso (M36, líneas: 325-720)

Al respecto, autores como Brown y Harris (1979) consideran que para que una persona llegue al extremo de desencadenar una crisis como la narrada por la informante, deben unirse por lo menos dos factores que provocan el desarrollo de padecimientos de orden emocional:

- a) un “agente provocador” que puede ser una pérdida o decepción sufrida, y
- b) “factores de vulnerabilidad”

En el caso de la VD, los factores relacionados con el inciso a) tienen que ver con la vida misma, es decir, con acontecimientos que difícilmente pueden prevenirse. Respecto del inciso b), es decir los “factores de vulnerabilidad”, de acuerdo con nuestro material empírico podrían ser por lo menos de dos tipos:

- materiales
- relativos a la historia de vida de las informantes

En los factores de tipo material, nos referimos a las condiciones materiales de vida que tienen las informantes. Los relativos a la historia de vida están relacionados con antecedentes que, de acuerdo con la literatura especializada sobre el tema, se asocian directamente con padecer violencia conyugal de adultos; por ejemplo: haber crecido en un ambiente hostil entre los padres o familiares cercanos y a haber sido objeto de abuso sexual durante la infancia.

Los *nervios* también es un padecimiento dentro de los llamados *Folk*. Dentro de la Antropología Médica los estudios sobre los nervios están bien representados y coinciden en lo que hemos mencionado. Baer y colaboradores (2003), en un estudio comparativo entre cuatro grupos de población provenientes de diversas nacionalidades latinas, encontraron que tener *nervios* estaba asociado por los entrevistados con un periodo de estrés continuo.

Guarnaccia (2003), por su parte, encontró en población puertorriqueña que los *nervios* y los *ataques de nervios* eran referidos a múltiples eventos de la vida cotidiana que ocasionaban angustia. Resulta relevante que el autor hizo una primera averiguación con población puertorriqueña que residía en la ciudad de Nueva York y después con población puertorriqueña residente en Puerto Rico. Encontró la misma forma de referirse a los nervios y a los ataques de nervios como una manifestación de pasar por diversos momentos de angustia. Los autores concluyen que la forma de manifestar la angustia cotidiana referida como *nervios* está asociada a formas legas y culturalmente aprendidas de expresar el malestar emocional.

ii) La depresión

La depresión como consecuencia de la VD surge en las informantes como una manifestación corporal de los conflictos maritales. Padecer depresión en una escala leve técnicamente es considerado como una expresión emocional “normal” que puede surgir como consecuencia de acontecimientos en la vida diaria; sin embargo, la depresión en una escala mayor o profunda es un padecimiento emocional que puede traer consecuencias fatales.

Kristeva (1993) apunta hacia una definición que corresponde más con nuestros hallazgos, con el estado emocional que percibimos en nuestras informantes. Para esta autora “los estados depresivos son consecuencia de un abismo de tristeza y un dolor incomunicable” distingue tres estados:

- a) melancolía grave: caracterizada por un “aletargamiento de las funciones de la psique y por la extinción del gusto por la vida”
- b) depresión
- c) vacío en el alma: nostalgia

Como consecuencia de sentirse deprimidas, estas mujeres se aislaron del resto de su familia y no hablaron de lo que acontecía en su vida diaria, cómo se sentían y del abuso del

que eran víctimas. De acuerdo con la literatura que circula sobre el tema, estas situaciones son consecuencias habituales en mujeres que padecen depresiones profundas. La depresión puede somatizarse y, en términos emocionales, existe una falta de interés sobre lo que ocurre al interior de su vida familiar y un “desgano” generalizado para realizar sus actividades cotidianas.

Mi vida era muy depresiva, vivía unos momentos de depresión agudísimos, tanto que hubo unos meses que me quedé parálitica sin poder caminar, sin poder hacer nada, gracias a la señora que me ayudaba a hacer la limpieza pude salir adelante porque no dejé de alimentarme, yo sólo estaba en la cama, la depresión me llevó a una enfermedad crónica, que es artritis reumatoide, entonces ya habiendo pasado por esos periodos pues yo dije tengo que hacer algo... yo no sabía que me pasaba, pensaba que mi vida no tenía caso, que era mejor quedarme allí y morirme, no hacía nada por salir adelante ni mis hijos me interesaban, los niños se me iban a acostar a la cama... Estuve en hidroterapia, electroterapia y ejercicios especiales y volví a caminar... ahora estoy más interesada por mi vida y hacer algo por mí (M33, líneas: 548-680).

Tres de las ocho informantes que manifestaron haber padecido depresión profunda tuvieron uno o varios intentos de suicidio. Este dato nos pareció relevante porque es una de las consecuencias más severas y evidencia el daño emocional al que puede llegar una mujer víctima de maltrato. Por esta razón, presentamos tres segmentos representativos que ilustran el momento por el que estaban atravesando estas mujeres y que nos dan elementos para comprender la decisión que tomaron.

Caso número 22:

Ese día de desesperación me tomé clarazol porque yo quería morirme, es una situación tan dura que mi amiga me decía “eres una mensa no piensas en tus hijas”, pero si ellas pasaran por esto... tanta humillación... Otra vez me aventé a un hoyo, pero no me pasó nada, también tomé pastillas pero me hicieron lavados y me dieron medicamentos... me la pasaba llorando y deprimida” (M22, líneas: 365-413)

Caso número tres:

Me fui a trabajar y empecé a tomar mucho allí sola, agarré pastillas del cajón de la alacena y empecé a tragarlas, ¡me voy a morir! ¡me voy a matar! Ya no quiero saber nada de este mundo y empecé a tomarme las pastillas hasta que caí sin conciencia... los dueños del taller le hablaron a mi hermana, le dijeron: “tu hermana está inconsciente, no sabemos qué tiene, la ambulancia viene en camino”... no me acuerdo bien qué pasó, sólo que quería morirme (M03, líneas: 2762-2807).

Caso número 15:

En una ocasión yo decidí matarme, ya estaba a punto de hacerlo y él me dijo: “sí, mátrate para que dejes de sufrir, quiero que te mates con tus propias manos para que no me involucres a mí”. Dejé la navaja y me agaché, él se fue (M15, líneas: 108-114).

En los tres casos, el intento de suicidio es elaborado como una vía para terminar con una situación desesperante. En dos de los tres casos intentan suicidarse tomando pastillas, cloro o “tirarse a un hoyo” para provocarse un daño físico que sea suficiente para quitarse la vida. La percepción de desesperación y falta de opciones es un hecho común en las entrevistadas. Diversas autoras (Gwenneth R. 1996; Orava T. 1996; Nurius P. 2003) han encontrado que la depresión y el intento de suicidio son eventos extremos del malestar femenino ocasionado por la VD. Sus resultados coinciden en aspectos como los que a continuación enunciamos, que contribuyen a la creación de condiciones adversas para el género femenino y que se potencian con la presencia de VD.

- a) La división sexual del trabajo entre varones y mujeres (trabajo doméstico y trabajo extradoméstico)
- a) Las relaciones de poder intergénero (entre varones y mujeres) e intragénero (entre mujeres)
- b) La separación entre ámbito privado y ámbito público

Burin coincide en que estas tres esferas de relación en la vida cotidiana de ambos sexos apuntan hacia una psicopatología de la diferencia sexual, basada en la forma en que se construyen ambas subjetividades.

d) Los malestares masculinos

Estudios recientes sobre masculinidad han enfatizado los riesgos diferenciales de enfermar y morir que los varones tienen por el hecho de pertenecer al género masculino. El proceso de socialización que construye en el varón su identidad como hombre instaura una manera de relacionarse con su entorno que incluye acciones temerarias que atentan contra su salud. De acuerdo con De Keijzer (1997), este comportamiento es producto de la socialización primaria del sexo masculino, en donde se aprende que no realizar ciertas acciones con éxito les traerá como consecuencia no ser reconocidos por los demás como miembro de su

género. El temor al estigma es una de las principales motivaciones para que los varones realicen estas actividades sin demostrar lo que verdaderamente sienten, por ejemplo: miedo.

Ésta es una posible hipótesis para explicar por qué los varones no hacen caso de las señales que el cuerpo les manda cuando se sienten enfermos. Esto se acentúa cuando el padecimiento tiene origen emocional, es decir, se sienten emocionalmente mal, pero no consideran que sea un malestar para el cual deban buscar ayuda profesional. Además los malestares emocionales son propios de las mujeres, reconocer que se está triste o deprimido puede ser un signo de debilidad.

En el caso de los varones que se reconocieron como maltratadores, los padecimientos emocionales ocuparon el primer lugar en frecuencia, seguidos por enfermedades del corazón, colitis y gastritis. Estos padecimientos proporcionan un perfil que dice mucho de los varones agresores; en este caso, si bien llama la atención que reconozcan que con frecuencia se sienten nerviosos, estresados y deprimidos, no olvidemos que son varones que han pasado por un proceso de reconocimiento de su ser agresivo en un grupo de autoayuda, situación que les permite referirse a su ser masculino de una manera autocrítica.

Cuadro 17: Enfermedades y padecimientos más frecuentes de los varones relacionados con la experiencia de violencia conyugal

Enfermedades y padecimientos más frecuentes de los varones	Número de informantes urbanos
Shocks nerviosos, estrés y depresiones	3
Enfermedades del corazón	1
Colitis, gastritis y enfermedades del estómago	1

En segundo lugar aparecen las enfermedades del corazón y, en tercer lugar, enfermedades que técnicamente pueden ser consecuencia de los padecimientos que se reconocieron como los más frecuentes.

Al igual que las mujeres provenientes de las zonas urbanas, este grupo de varones coincidió en que los principales malestares que les aquejaban correspondían a padecimientos de orden emocional; estaban nerviosos, estresados y se sentían deprimidos

con la situación conflictiva que tenían en su vida de pareja. Antes de una discusión conyugal percibían cambios físicos en el cuerpo, como tensión en el estómago, en las piernas y en otras partes. Cuando la discusión se tornaba más álgida, sentían temblores en las manos o brazos y el cuerpo caliente.

Antes de que te enojas ya traes algo atrás, tu cuerpo ya te dice algo, tensiones del estómago, de las piernas, pero yo no me daba cuenta, me daba cuenta cuando me enojaba o ya estaba molesto, antes no (H26, líneas: 807-812)

Los que padecieron shocks nerviosos coincidieron en que después de una agresión fuerte se percibían cansados y agotados a causa de la riña.

Cuando hay problemas en la casa, me desgasta mucho, me siento muy agotado y cansado, ella se pone muy mal, la he visto que le afecta más físicamente, bueno el desgaste es tremendo (H21, líneas: 965-969).

Sin embargo coincidieron en que, para estos malestares, no se dirigieron a ningún profesional de la salud; contrario a eso la respuesta más frecuente fue “aguantarse”, quedarse callados y no hablar sobre el tema que les preocupaba o que había generado el conflicto. La mayoría de los varones coincidió en que “no poder hablar” les generaba una gran angustia, suponían que derivado de esto presentaban con frecuencia malestares estomacales.

Me metía a mi cajita de terror y empezaba con la angustia, me enfermaba del estómago, no sabía qué era (H26, líneas: 190-193)

Los malestares estomacales fueron una consecuencia menor de padecer angustia en extremo, los peores casos fueron las historias en donde, debido al malestar permanente, los informantes narraron haber llegado a padecer ataques de corazón.

Me dio un infarto, pienso que es genético y también una mala educación porque mi mamá era de carnita de puerco y cosas frititas, pero también el estrés que nos afecta mucho, por ejemplo, si estoy en una reunión me estreso mucho, si tengo trabajo me estreso mucho, si no tengo también, soy un estuche de monerías, a mi edad ando todavía con esas cosas (H21, líneas: 1382-1394).

El segmento anterior pertenece a un informantes con una larga historia de pareja; su narración respecto de los problemas domésticos y su vida conyugal da cuenta de una vida

cotidiana difícil y estresante. Este varón estuvo dos semanas con un pre-infarto, es decir, con síntomas previos al infarto masivo al corazón, a las que no hizo caso sino hasta que se encontró con severas dificultades para realizar su rutina diaria. Cuando fue hospitalizado, la intervención quirúrgica fue de urgencia porque su vida estaba en riesgo. Según su testimonio ése fue uno de los hechos que definió su acceso al grupo de autoayuda.

La falta o escasa auto-atención en los varones es otra de las características atribuidas al género masculino; esta ausencia o poca práctica de acciones para cuidarse a sí mismo y para promoverse estilos de vida que favorezcan su salud está relacionada directamente con padecimientos crónicos que los exponen a intervenciones hospitalarias de emergencia. Es posible que la estadística de que los varones tienen la tasa más alta de mortalidad por violencia encuentre explicación en esa cultura masculina de riesgo, debido a que la violencia entre hombres y contra la mujer son acciones socialmente permitidas, actos que definen su virilidad.

Si bien sabemos que la cultura masculina influye en la atención de su salud, una pregunta obligada respecto de los padecimientos emocionales y el género masculino sería ¿cuál es la relación entre el estrato socioeconómico de pertenencia y la experiencia del cuidado a la salud?

En el caso de nuestros informantes, es evidente que no estamos ante un grupo mayoritario de la población masculina, más bien se trata de un grupo representativo de un sector de la población que está tratando de resolver su problema de agresión conyugal. Es posible que manifestar y reconocer a los padecimientos emocionales como los más frecuentes esté relacionado con que son varones sensibles y auto-críticos ante el problema de la VD. Un varón maltratador es capaz de referirse a su experiencia de agresión conyugal como un hecho sufriente y doloroso; gracias al proceso de reflexión basado en su experiencia del grupo de autoayuda y para la incorporación al grupo, tenemos datos que sugieren que el ingreso está relacionado con su nivel de escolaridad. Nueve de diez que integran la muestra habían concluido una licenciatura al momento de la entrevista, sólo uno tuvo nivel de secundaria. Esto es indicador de la relación entre el nivel de escolaridad con por lo menos tres cosas: a) sensibilidad para la autocrítica y reconocer su agresividad; b) sensibilidad para reconocer y hablar sobre los padecimientos emocionales que les aquejan; c) reconocer que necesitan ayuda.

Lo anterior es un dato que muestra qué población masculina está acudiendo a los grupos de autoayuda y plantea un reto para los programas institucionales que pretenden trabajar con aspectos de prevención de la violencia conyugal.

4. LA CARRERA ASISTENCIAL DE LA VD

a) En el medio rural: La iglesia, las escuelas y los centros de salud

Estudios recientes, como el de Nelly Salgado (2002), señalan la poca información que existe en nuestro país sobre la atención a la salud mental en el medio rural. Esta autora, tras años de trabajo en el tema, señala que la VD es uno de los factores de riesgo con mayor influencia para el desarrollo de enfermedades y padecimientos mentales en las mujeres de ámbitos rurales. La pobreza, la marginalidad social, la carga excesiva de trabajo, el bajo nivel de educación y las altas tasas de fecundidad serían algunos aspectos que, aunados al estrés permanente por VD, estarían conformando un ambiente hostil que favorecería el desarrollo y la manifestación de dichos padecimientos.

En las zonas rurales de México son nulas las posibilidades de atención institucional profesional para atender problemas emocionales entre la población; de hecho es un tópico que, pese a estar previsto formalmente dentro de la Secretaría de Salud para que se lleve a cabo dentro de los centros de salud rurales y urbanos, en la actualidad no se cuenta con personal capacitado ni con un área destinada a atender casos relacionados con padecimientos mentales (psiquiátricos) o de orden emocional. Debido a esto, es nula la posibilidad de atención formal y especializada ante el problema de la violencia conyugal.

En la Norma Oficial Mexicana para la Atención Médica de la Violencia Familiar (*Diario Oficial*, 1999), está asentada la ruta que deben seguir las mujeres que son detectadas dentro de los servicios de salud como víctimas de maltrato. Sin embargo, es posible que, debido a su “reciente” publicación, el personal de salud todavía desconozca el itinerario propuesto. La Norma incluye a los centros de salud rurales y urbanos como instancias de detección de casos de violencia dentro del sector salud.

La Norma propone que, una vez que se detecta un caso (y con previo consentimiento de la usuaria, en general casos muy severos de VD), se le debe canalizar a

uno de los refugios para mujeres maltratadas del DIF (Desarrollo Integral de la Familia, en adelante DIF), con la finalidad de que sea atendida debidamente. Esto significa que los centros de salud rurales y urbanos deberían ser la ruta natural de apoyo institucional para estas mujeres, sin embargo en la práctica no funciona así. Entonces ¿a dónde acuden las mujeres de zonas rurales cuando consideran que su problema necesita de apoyo profesional? Encontramos que las informantes provenientes de zonas rurales identificaron tres instituciones a donde podían acudir a pedir ayuda especializada:

- a) La Iglesia
- b) La escuela rural
- c) El centro de salud

i) La Iglesia

Es frecuente identificar a la Iglesia católica como un elemento importante para la regulación de la vida diaria, como una de las fuentes cotidianas de apoyo emocional; “hablar con el sacerdote para pedirle un consejo”, es un hecho que ocurría constantemente entre los residentes de este poblado. En el caso de la VD, las informantes se acercaron al sacerdote cuando la dificultad entrañaba un problema de orden moral para ella.

El siguiente caso fue uno de los más representativos: se trata de una mujer que padecía violencia severa, su marido la golpeaba con frecuencia, pero ella siempre trataba de que sus hijos y su familia no se dieran cuenta; mentía y negaba que las marcas en el cuerpo fueran consecuencia del maltrato. Un día en una fiesta familiar el marido se embriagó y perdió la compostura frente a la familia de esta mujer, empezó a golpearla dentro de la casa, pero cuando salían a la fiesta aparentaban estar bien, la mujer aguantó todo el tiempo, pero el marido no y en un arrebato de furia le asestó un golpe frente a todos; allí fue cuando la entrevistada reaccionó, se inició el pleito entre ellos y su familia intervino amenazando de muerte al marido, ella también lo hizo, lo maldijo públicamente, le auguró una mala racha en sus actividades y una muerte con mucho sufrimiento.

Después de que todo pasó, la informante narró sentirse mal por lo sucedido en la fiesta, pero sobre todo por las maldiciones que le había arrojado a su marido, padre de sus hijos. No sabía a quién acudir para descargar su culpa, pues en esta ocasión los consejos de las amigas o de los familiares no los consideraba suficientes; su “falta” requería de un apoyo profesional, alguien que tuviera la suficiente jerarquía para apaciguarle el

sufrimiento moral. Para colmo el marido tuvo una mala racha en su negocio y en varias acciones de su vida diaria que la informante relacionó con la maldición que ella le había expresado para que *pagara* su maltrato hacia ella; ella se asustó y decidió buscar ayuda profesional. Así llegó con el cura de la iglesia de su pueblo, para pedir que le ayudara a levantar la maldición hacia el marido y que la perdonara.

Me fui a la Iglesia porque nosotros somos católicos, hablé con el padre, me dijo que no volviera a maldecirlo porque la esposa es como la mamá y a ellos les cae el peso y por eso le iba mal, me desahogué con él y volvió todo a la normalidad (M10, líneas: 1158-1161).

El perdón fue otorgado por haber usado *el poder de madre* (como lo interpretó el cura) para injuriar a su marido. Después de obtenerlo las cosas regresaron a la normalidad en su casa, es decir, a la violencia oculta detrás de las paredes de su casa.

Como esta situación, encontramos otras semejantes; en las poblaciones rurales es frecuente que el sacerdote funja como regulador, liberador de culpas y como consejero matrimonial. El sacerdote ocupa un lugar diferente al que pueden tener la familia o las amistades. La eficacia de las palabras del sacerdote opera en función de la fe hacia la religión católica y, en ese sentido, el perdón otorgado tiene más valor simbólico que el apoyo que pueda provenir de las amistades y la familia, cuya relación se basa en la confianza de la interacción y la reciprocidad cotidiana.

ii) Las escuelas rurales

Otra figura importante dentro del ámbito rural son los profesores en las escuelas de los hijos, quienes observando el comportamiento de los niños en la escuela y sus avances académicos detectaron con frecuencia que, en la familia de los niños, no había un ambiente propicio para su desarrollo físico y mental. Las informantes narraron situaciones en las cuales las profesoras las reprendieron por los comportamientos “anormales” de los niños, como falta de atención hacia la clase, aislamiento de los demás, estar ausentes a la dinámica del grupo o resistencia a seguir las instrucciones del profesor.

Uno de los casos que más llamaron la atención fue el de una niña que no hablaba en público; dentro del barrio, los vecinos creían que la niña era muda; sin embargo la madre era testigo de que sí sabía hablar porque su hija lo hacía al interior de su familia. Sin

embargo era imposible hacerla emitir algún sonido ante personas extrañas. La madre de esta niña la había reprendido fuertemente para demostrar a los profesores de la escuela que sí podía hablar, pues varias veces estuvieron a punto de expulsarla de la escuela porque creían que era muda. La informante narró que varias veces ella la golpeó en público, frente a sus profesores y compañeros de clase, para obligarla a hablar, pero ella siempre se negó. Se salvó de ser expulsada de la escuela, debido a que sus calificaciones mostraban a una alumna que sí comprendía los temas vistos en clase. Pero su mutismo era impenetrable para las personas ajenas a su dinámica familiar.

La entrevistada relacionaba el mutismo de su hija con la terrible situación de violencia que se vivía dentro del hogar, ante la cual sus hijos vivían constantemente aterrorizados. Sin embargo, para esta mujer era muy difícil reconocer públicamente el maltrato, pero se vio obligada a hacerlo con la profesora de su hija, debido al riesgo que tenía la niña de que la expulsaran de la escuela. Narrar a la profesora su condición ayudó a que en la escuela tuvieran más consideración con la niña y, a partir de ese momento, la profesora empezó a fungir como consejera y escucha de la situación de esta mujer, uno de los casos con violencia física severa, también era víctima de violencia sexual.

La entrevistada recibía regaños de la profesora porque, en su interpretación, “no hacía nada” para evitar la violencia; le sugería por ejemplo separarse, buscar ayuda en su familia de origen, cambiarse de residencia o denunciar al marido ante las autoridades. Sin embargo y aunque las recomendaciones de esta profesora se hacían de buena fe, no eran posibilidades que esta mujer pudiera concebir. Así, se sentía agradecida por la preocupación que tenía por su hija y aceptaba con gusto las recomendaciones que le hacía en torno a su vida sufriente, pero no reconocía como *sus* opciones las sugerencias de la profesora. No contaba con una red de apoyo familiar o vecinal que pudiera ayudarle a mejorar su situación o que la aliviara escuchándola y dándole consejos. La profesora de su hija se constituyó en el apoyo más relevante para llevar los avatares de la vida diaria.

En un programa de atención a la violencia familiar, sería importante relacionarse también con las escuelas; es posible que a través de profesores sensibles al tema se lograra acercarse a casos como el mencionado.

iii) El centro de salud

En ninguno de los centros de salud que visitamos encontramos personal capacitado para atender padecimientos relacionados con los aspectos emocionales de la población (salud mental). No obstante, este aspecto es atendido de manera informal por las enfermeras o las trabajadoras sociales que prestan sus servicios, pero el apoyo que ofrecen no está basado en una perspectiva profesional, sino en su propia experiencia de vida y solidaridad genérica.

Al averiguar sobre esto en los registros de la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece el centro de salud de donde provienen nuestros testimonios, encontramos que el rubro de “atención a la salud mental” aparece con “cero personas atendidas”. En los cinco años que revisamos (de 1999 y hasta 1994) no hubo registro en el apartado de “psicoterapias individuales”, “psicoterapias grupales”, ni atención médica prestada por “consumo de drogas u otras adicciones”, pese a que son aspectos previstos en la cédula de registro sobre el tema de salud mental/emocional.

La poca información sobre las posibilidades de ayuda institucional para la violencia conyugal era conseguida a iniciativa propia del personal de salud. En uno de los centros en donde hubo mayor información, el personal la había obtenido gracias al interés de la ginecóloga que estaba haciendo una estancia en el centro. En este caso, la médica narró haber derivado a varias usuarias hacia una ONG ubicada en la ciudad más cercana para recibir ayuda especializada. Nosotros tuvimos datos de que, pese a estas recomendaciones y debido a la dinámica familiar de abuso, ninguna de esas mujeres llegó a los servicios recomendados.

La médica narró haber traído publicidad al centro de salud sobre una asociación civil en la ciudad más cercana. Se trata de una agrupación que pretende acudir al pueblo a proporcionar pláticas de sensibilización e información sobre diversos tópicos relacionados con la VD. El director de esa agrupación comentó que una de las dificultades para una relación de colaboración interinstitucional sobre el tema de la VD estaba en la corrupción del sistema judicial de esa ciudad.

Como prueba narró que las cifras oficiales (estadísticas de prevalencia y estimaciones de personas atendidas por VD) que el sistema judicial hacía públicas eran las que esta organización reunía cada mes por sus propios medios. Esta situación era ocasionada por la falta de preparación que el personal del sector jurídico tiene sobre el

tema. A cambio de la entrega puntual de las estadísticas, la asociación civil ha obtenido un par de computadoras que les sirven para elaborar los registros y para el diseño de sus programas de atención. Sin reconocerlo, también la ONG estaba siendo partícipe de un acto de corrupción, aunque parecían justificarlo debido a la falta de apoyo económico gubernamental para realizar esta labor.

El mayor problema que el director de esta organización identificó para llevar a cabo un programa contra la VD fue la “falta de participación ciudadana; se quejó de que las personas acuden muy interesadas a las primeras sesiones pero ya no regresan. Quizá tendrían que preguntarse primero si los pobladores de esta localidad consideran que la VD y sus diversas formas de manifestarse *son* un problema.

Otro aspecto a considerar es que, cerca de esta localidad, existen por lo menos dos ciudades y otros pueblos cercanos, en los cuales se encuentran trabajando diversas agrupaciones civiles, cuyo objetivo central es atender casos de VD; sin embargo, la población de esta comunidad no tiene la información suficiente para acudir a ellos. La marginación social en la que viven impide la apertura hacia otros mundos que pueden ayudar a re-significar los problemas que enfrentan en la vida diaria. En términos prácticos y según testimonios no se permitiría a estas mujeres acudir a estas organizaciones civiles para ventilar los problemas de la pareja.

Por otro lado, el apoyo del personal médico para las víctimas de abuso es de especial importancia, sobre todo para los casos de abuso sexual; en las narraciones sobre este tipo de violencia, notamos en las víctimas un sentimiento de humillación extremo acompañado del temor a posibles embarazos no deseados. Esta preocupación se acentuó en los casos en donde la mujer ya contaba con varios hijos. Las mujeres que sufrían violencia de tipo sexual acudían al centro de salud y confiaban al personal estos hechos, debido al nivel de intimidad que tenían con la médica en temas como el control de la fertilidad. En este sentido el centro de salud representa un lugar íntimo, de privacidad y de escucha en donde estas mujeres podían narrar sus preocupaciones más hondas.

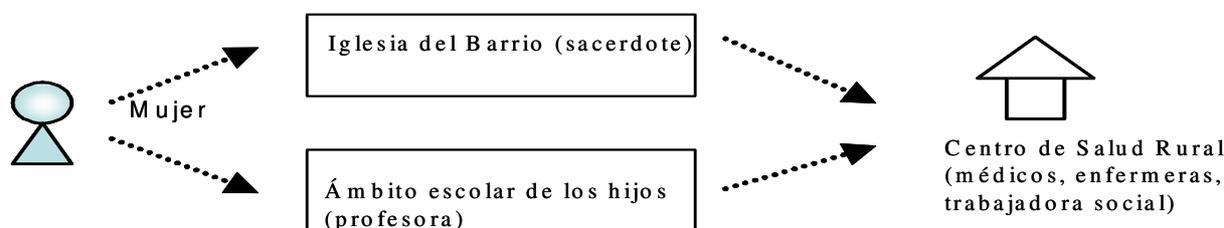
Asimismo representa para esta población un recurso de atención a la salud muy importante, es materialmente el acercamiento más próximo que se tiene desde el mundo rural y las prácticas tradicionales de atención a la salud-enfermedad, hacia la medicina occidentalizada, la técnica alópata y la tecnología médica. Los usuarios del centro tienen

una noción clara de la gran utilidad que les proporciona este saber médico; los servicios de salud son utilizados a conveniencia para los diferentes integrantes de sus familias.

Por ejemplo, un padre de familia que ejerce la más cruel violencia contra su mujer y sus hijos no pondrá trabas para que ésta lleve a vacunar al centro de salud a alguno de ellos, aunque no sea satisfactoria la explicación que él pueda darse a sí mismo sobre la manera en que actúan las vacunas para proteger la vida de sus hijos. Aquí es donde radica la importancia del centro de salud respecto de la prevención a la VD, pues funciona como un lugar de encuentro seguro para las mujeres que conviven cotidianamente con la violencia. La dinámica observada en este centro permite suponer que, en otras áreas rurales con características similares a ésta, los fenómenos que se se presnetan son los mismos; por ello es importante apoyar la propuesta al sector salud de capacitar al personal para que pueda atender los casos debidamente.

La figura 7 muestra el itinerario institucional que las informantes siguieron antes de acudir a un servicio de salud.

Figura 7. Informantes áreas rurales: Itinerario 1



La figura anterior muestra que la oferta de apoyo institucional en el medio rural todavía es limitada; es posible que a ello se deba que, en este contexto, se perciba un mayor sufrimiento en nuestras informantes, que se profundiza por las precarias condiciones materiales de vida. Por otro lado, los recursos humanos a los que estas mujeres se refirieron fueron el sacerdote y una profesora.

Respecto de las posibilidades de apoyo profesional, al desconocimiento del personal de salud se unía el de la población de esta localidad. Debido a su bajo nivel de escolaridad

y al aislamiento del mundo institucional, existen grandes dudas acerca de cómo funcionan esos servicios y cuál es la oferta de apoyo institucional para ellas; por ejemplo, un tema relevante, como la custodia legal de los niños, fue interpretada por una de las informantes de la siguiente manera:

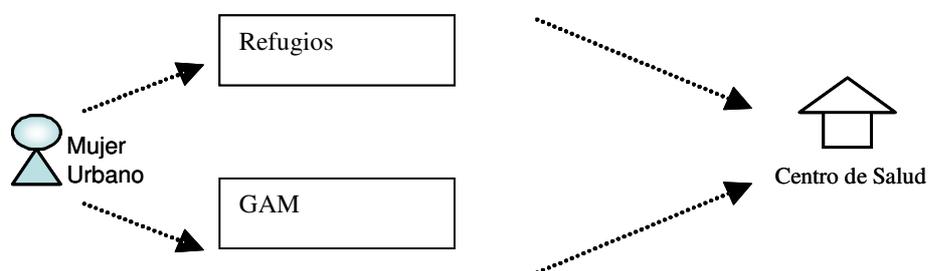
Según le dijeron a él que fuera a ver a la psicóloga, que fuéramos los dos para ver si se puede casar uno, para poder bautizar al niño (antes de la separación), le contaron a él que fuéramos a ver a la psicóloga que para que nos diera una como plática de si se puede casar uno para bautizar al niño o se pueden bautizar nomás así (M02, líneas: 2715-2724).

Se puede advertir la desinformación sobre la ayuda profesional y, si bien es cierto que son novedosos para la población y de reciente incorporación a las instituciones públicas, la falta de asesoría en el tema confunde a los usuarios y genera ideas equivocadas sobre el quehacer de los profesionales dedicados a la atención de la salud mental.

b) En el medio urbano: los refugios/albergues del DIF, los centros de salud urbanos y los grupos de autoayuda

El siguiente esquema ilustra el itinerario que las informantes de zonas urbanas siguieron en su búsqueda de ayuda profesional en las diversas instituciones que apoyan a víctimas de violencia familiar.

Figura 8. Medio urbano: Itinerario 2



Recordemos que el itinerario diseñado por el sector gubernamental para la atención a las víctimas de violencia familiar debe funcionar como un proceso de derivación de casos, en

donde los centros de salud de las zonas rurales los refieran al DIF estatal o a los refugios para mujeres maltratadas habilitados para ello. Sin embargo ya hemos documentado que las informantes que entrevistamos en el centro de salud rural no conocían que existiera este modelo institucional diseñado para ayudarles.

En el centro de salud urbano en donde realizamos la observación, encontramos sólo un caso que fue referido al refugio del DIF por las enfermeras del área de DOC. No obstante, esta derivación no se hizo a través de las vías institucionales (como lo sugiere la Norma Oficial), sino por razones humanitarias, ya que se trataba de uno de los casos más críticos de todos los que conocimos.

La informante que fue derivada al refugio del DIF narró su experiencia en el albergue de la siguiente manera:

Llegué en un momento en que la abogada tenía mucho trabajo... llegué muy deprimida, con dolor de cabeza; cuando llegué había otra señora muy golpeada, luego cuando volví otra vez me la encontré en la procuraduría y me dijo que sigue en el refugio... es como una cárcel, hay una viejita que le dice a los niños cómo deben comer y la verdad hay muchos niños que se notan bien amolados... en el refugio hay quien cocine, cuando llegué me tocó una recámara para mí sola, pero no me sentía a gusto a pesar de que no había mucha gente, hay agua caliente y todo pero hacen falta más atenciones con la gente (M22, líneas: 1309-1724).

En México, el papel que juega el DIF para la atención a la salud de los niños es bien conocido en los sectores populares, debido a que es uno de los pocos lugares a los que pueden acudir los grupos de población desprotegidos que no tienen otra cobertura de atención a la salud. Es frecuente que, en las escuelas primarias, las profesoras recomienden a las madres llevar a su hijo al DIF cuando perciben que el niño puede tener algún problema, como déficit en la atención, deficiencia visual o alguna discapacidad.

En fechas recientes el DIF extendió sus hipótesis sobre los posibles orígenes de los problemas de los niños y consideró oportuno crear el área de atención a víctimas de VD, considerando que, cuando se vive una situación de violencia dentro del hogar, es difícil hacer crecer niños que estén mentalmente sanos.

Una informante, cuando narró el temor de que uno de sus hijos estuviera presentando comportamientos inadecuados en la escuela debido a la situación de violencia

que tenía con el marido, confió a la profesora del niño la situación que vivían; la profesora le dijo lo siguiente:

Le dije “maestra ¿qué hago?”; dijo. “vamos a dejarlo un poquito, en caso de que veamos que sigue igual, la mando al DIF por parte de la escuela para que lo atiendan” (M03, líneas: 5120-5124).

Según nuestros datos el DIF es parte de la vida cotidiana de los sectores más desprotegidos de la población y, dado que existen pocos programas de atención para las víctimas, las mujeres maltratadas de otro estrato social vienen aquí a pedir orientación legal porque no saben a dónde acudir. Así lo manifestó la directora del centro de apoyo integral a la mujer del DIF:

Las personas que vienen aquí son de clase baja, el DIF está hecho como asistencia social para las personas más desprotegidas, para las que no tienen cómo solicitar servicios privados, el DIF trabaja con la población en general, pero en sí es para la población más vulnerable en el Estado... cuando llega la mujer, la trabajadora social les hace un estudio socioeconómico; si tienen buenos ingresos de acuerdo al tabulador que manejamos, se les brinda el servicio aquí, pero los trámites legales ya no se los hacemos porque ese lugar se lo cedemos a las mujeres que ganan el salario mínimo o que no tienen como pagar un abogado... el estudio lo hacemos porque nos dimos cuenta de que estaba viniendo gente que sí tenía para pagar un abogado privado y estaba viniendo aquí a quitarle el lugar a una persona que no tiene dinero, entonces eso no es justo (P, líneas: 157-163, 223-258).

También observamos que, debido a la escasa información que existe sobre la atención a la VD, las mujeres desconocen las posibilidades de atención legal con la que cuentan y por esa razón acuden al DIF a pedir ayuda. Además, el costo de un abogado que litiga en el sector privado es tan elevado que algunas mujeres de clase media también prefieren acudir al DIF por conveniencia. Una de las informantes, que debido a su situación de VD necesitó albergarse en el refugio del DIF, narró su experiencia:

Me llevaron a levantar un acta a las oficinas de Desarrollo Integral de la Familia, de allí me subieron a una patrulla y me llevaron a mi casa a sacar ropa, los papeles de mis hijos y los míos (M15, líneas: 159-162).

Otra:

Vine aquí buscando ayuda psicológica porque no me pareció normal que después de las golpizas que me daba se empezara a mostrar cariñoso y atento hasta que venía otra vez otra golpiza, la psicóloga dice que no me puedo separar de él porque es un vicio... hemos estado en terapias, él ha estado en Alcohólicos Anónimos, hemos estado en neuróticos, pero siempre pasa lo mismo (M19, líneas: 28-96).

Las dos informantes fueron referidas al servicio del DIF por la policía; en el primer caso la entrevistada huyó de su casa después de una pelea con el marido que involucró violencia física. La mujer pidió ayuda a la policía y la llevaron al DIF para que fuera atendida, luego fue llevada al “refugio para mujeres maltratadas” porque tenía ningún apoyo familiar ni amistades a quien llamar para que se hicieran cargo de ella y de sus hijos.

En el segundo caso la mujer llegó directamente al DIF a pedir apoyo psicológico, debido a que no le parecían lógicas sus actitudes y las de su marido ante los eventos cada vez más recurrentes de violencia física. En el servicio que presta el DIF, es posible contar con apoyo legal, psicoterapéutico y se puede permanecer en las instalaciones del refugio sin costo alguno.

i) La vida en los refugios/albergues

Las informantes que entrevistamos en el refugio para mujeres maltratadas coincidieron en lo difícil que les resultaba pasar esos días lejos de sus hijos (en algunos casos), de su familia, de su casa y de sus actividades cotidianas. En el refugio no se sentían a gusto, sino en desventaja, debido a la situación en la que llegaron, con temor y vergüenza constante de que los demás se enteraran de su vida íntima.

El refugio ofrece sesiones de terapia individual y grupal como parte de las actividades de apoyo a las usuarias. Los temores de las informantes se generaban alrededor de que la psicóloga moderadora del grupo no tuviera el suficiente cuidado de mantener en anonimato los testimonios. Éste es un dato relevante, que informamos a la administración del lugar, ya que es necesario un manejo totalmente confidencial de los casos para evitar temores en las usuarias, pues los refugios son lugares en donde estas mujeres deberían sentirse completamente cómodas y guarecidas de cualquier riesgo de seguir siendo violentadas.

La psicóloga encargada del apoyo terapéutico a las usuarias del refugio narró la ruta que deben seguir las mujeres para ingresar a él; su testimonio apoya nuestra observación sobre los itinerarios seguidos por las mujeres de bajos recursos para ser atendidas por VD.

Viene la mujer y solicita ayuda, generalmente la ayuda que piden es legal, se les atiende y orienta legalmente, luego se les pregunta si requieren de apoyo psicológico, la mayoría dice que sí y entonces las canalizan aquí conmigo... las que se quedan en el refugio generalmente llegan vía la procuraduría, antes ya hicieron su denuncia; en ese momento ellas manifiestan que no tienen en dónde quedarse y entonces la procuraduría las turna aquí. También a las que vienen a consulta externa, si vemos que hay una mujer en riesgo le decimos que existe un albergue que las recibe en cualquier momento de contingencia; si en ese momento necesitan quedarse pues las llevamos, o si regresan a su casa y la cosa se pone peor saben que hay esa opción para que no estén corriendo riesgos ellas y sus hijos... La mayoría vienen por su propia voluntad, alguien les dice "en el DIF te pueden ayudar"; no saben a ciencia cierta cómo es la atención pero si no tienen dinero para pagar ¿a qué otro lado recurren? Entonces alguien les dice que aquí les podemos orientar y vienen, van preguntando y llegan aquí, otras vienen ya canalizadas de la procuraduría del menor y la familia, o de la procuraduría del Estado, o del IMSS o del ISSSTE, los mismos médicos cuando llegan para atenderse del golpe les dicen "señora si es violencia le sugiero que vaya al DIF para que la apoyen" (P, líneas: 32-61, 166-185).

Respecto del tratamiento:

Ya que solicitan el apoyo se les ofrece un periodo de terapia, no tenemos suficiente personal ni hay vacíos ni tiempos para hacer una atención muy amplia, pero procuramos que sea lo mejor posible. Se les asigna una hora, un tiempo para ellas, empezamos con entrevistas y luego ya vienen las sesiones, aproximadamente entre ocho y doce sesiones; si al término de éstas vemos que la mujer todavía tiene un estado emocional difícil, entonces continuamos, pero si vemos que ya está estable, entonces vamos distanciando la terapia, una semana sí, una no, muchas desertan porque el marido no quiere que vengan, porque no todas las que vienen están divorciadas o separadas, vienen y siguen viviendo con la pareja, entonces cuando la pareja se entera de que están viniendo a apoyo psicológico empiezan más problemas y no les permiten el acceso, entonces lo que ellas quieren es evitar problemas y desertan al tratamiento, de las que se quedan vemos si necesitan más tiempo, si se les hace difícil venir hasta acá las canalizamos porque muchas vienen de comunidades alejadas, entonces les buscamos algún centro que les quede más cerca de su casa (P, líneas: 226-260).

Esta profesional recibe un promedio de cuatro mujeres a la semana como candidatas a psicoterapia individual o de pareja, de las cuales la mayoría se quedaba (en promedio) a tres sesiones seguidas y después abandonaba el tratamiento. Cuando el marido acompañaba a la mujer y solicitaban una terapia de pareja, era frecuente que sólo asistieran a una sesión. Después de eso generalmente la mujer volvía sola y narraba a la psicóloga que el marido había decidido ya no seguir acudiendo a la consulta terapéutica porque no consideraba que tuviera ninguna eficacia para su situación.

Por otro lado, la psicóloga manifestó que otra razón por la que las mujeres abandonan el tratamiento son las presiones del marido, quien no tolera que su mujer pida ayuda para lo que considera una situación que corresponde sólo a la vida privada de la pareja.

En cuanto existe la situación violenta se presentan muchos intereses, primero la custodia legal de los hijos, emocionalmente hay mucho conflicto, mucha persecución del hombre; tanta, que a veces las mujeres tienen que esconderse, a veces las encuentran aquí en el albergue, pero de aquí tienen que salir de huida; hubo un caso en el que la mujer tuvo que irse hasta Tijuana porque el marido estaba afuera del albergue esperando a ver a qué horas salía y en el momento en que salía la maltrataba, entonces ella no podía salir, así hay muchos, se quedan en la esquina para ver a qué horas sale la mujer a hacer su vida, a buscar trabajo, a llevar los niños a la escuela, entonces allí empiezan los maltratos, los insultos, por eso no pueden salir del albergue, por eso las tienen que sacar disfrazadas o en la camioneta del DIF, tienen que esconder a los niños en donde el señor no sepa, en algunos casos los hombres llegan a quitarle a los hijos; mientras las cosas se arreglan, la mujer tiene la angustia del hijo, las amenazas que sufren ellas y la familia. A la directora del refugio la han amenazado muchas veces por proteger a la mujer que es propiedad del señor. Si hay una persecución y el señor trae pistola y ella sabe que es capaz, imagínate el grado de desesperación y miedo por el que deben pasar (P, líneas: 406-446).

Existen dos versiones sobre la condición en que las mujeres deben estar en el refugio; mientras las usuarias perciben que las tienen como en una cárcel, las encargadas del albergue se sienten con la obligación de mantenerlas a salvo de los conflictos que el marido pueda ocasionar al saber el paradero de su mujer. En cualquier caso, quizá sea posible realizar alguna reconsideración sobre la forma del tratamiento y las condiciones materiales en las que estas mujeres se encuentran en los refugios.

Otra queja de las usuarias, sobre el servicio prestado en el refugio, fue que en los días en que recibían psicoterapia eran transportadas a las oficinas de la psicóloga en una camioneta especial, ante lo cual las mujeres se sentían “presas, como en una cárcel”. La psicóloga encargada del área de apoyo emocional, al ser cuestionada sobre este tema, manifestó:

Antes dábamos la psicoterapia en el refugio, pero surgió la necesidad de ampliar los programas, por eso nos desplazamos para acá, pero las mujeres siguen teniendo la misma atención, sólo que ahora tienen que venir, las traen o a veces nosotros vamos, seguimos con la terapia grupal, todos los martes vienen aquí y

hacemos la terapia individual y la grupal también, siguen teniendo el mismo apoyo (P , líneas: 7-18).

Sin embargo, las usuarias consideran que esta manera de trasladarlas y de hacerlas esperar en las oficinas era incómodo, pues tenían el estigma de ser mujeres maltratadas que provienen del albergue y se sentían observadas por los demás mientras llegaba su turno en la sala de espera.

ii) Los centros de salud urbanos

En los centros de salud urbanos encontramos que, en general, la dinámica de atención es la misma que en el centro de salud rural; la gran diferencia es que el centro de salud urbano cuenta con mayores recursos humanos y materiales, existen médicos especialistas y laboratorio para realizar las pruebas clínicas. El personal médico estaba más familiarizado y sensibilizado con el problema de la VD; conocían o habían escuchado hablar de la Norma Oficial de la SSA y sabían que se estaba planeando una capacitación sobre VD para que pudieran detectar y atender los casos. Estos profesionales también conocían el servicio de las “casas refugio” del DIF para mujeres maltratadas.

El personal médico se quejó de las mismas situaciones que fueron referidas por los profesionales de la salud del centro de salud rural; aun cuando conocían la propuesta para la atención a la VD dentro del sector salud, no se consideraban aptos para realizar una buena intervención en ese problema y debido a eso veían con buenos ojos la idea de recibir capacitación sobre el tema. Este dato coincide con estudios que han averiguado el sentir de los profesionales de la salud en México; por ejemplo Valdez (2002) encontró la misma queja en un estudio realizado con profesionales del sector salud en el estado de Morelos.

Por su parte, Mario Bronfman y colaboradores (1997) indagaron las opiniones de los prestadores de servicios respecto de sus condiciones de trabajo y de la población usuaria. Encontraron que el personal médico consideraba que hacía un esfuerzo por brindar un buen servicio, pese a las restricciones presupuestarias y a las dificultades de organización y normatividad.

A nivel internacional, Gúezmes (2000), en una investigación realizada en Perú llamada “la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia familiar”, encontró que los profesionales de la salud son sensibles al problema de la VD y confirman que este

tema aparece con frecuencia como motivo de consulta. Sin embargo, sus hallazgos coinciden con los nuestros en el sentido de que el personal médico se considera desprovisto tanto de los elementos y la información necesaria sobre el tema, como del protocolo que deben seguir cuando detectan a una mujer afectada. Por ello los profesionales de la salud se sienten incapacitados para responder adecuadamente a una demanda de atención para la cual no están preparados.

Además, la ginecóloga y enfermeras del área de Diagnóstico Oportuno de Cáncer (DOC), en donde realizamos la observación, consideraban que para seguir un buen protocolo de recepción y referencia de casos de mujeres con VD, era necesario contratar personal especializado que llegara al centro de salud sólo para atender esos casos. De no ser así, temían que esta nueva situación les trajera más trabajo y que se complicaran sus turnos laborales y su rutina diaria.

iii) Los grupos de autoayuda

*La razón de ser de estos grupos (de autoayuda)
es realizar una reescritura de la narrativa del Yo
(A. Giddens, 1998)*

En términos formales un Grupo de Autoayuda o de Ayuda Mutua (en adelante GAM) han sido definidos como “pequeños grupos formados por personas a las que afecta un problema común” (Roca F. y Llauger M.A., 1994). Su objetivo es dar apoyo a personas que lo necesitan, las cuales comparten una misma situación. Tienen como principios la cooperación, la igualdad y la ayuda mutua en un ambiente democrático y participativo; algunos también tienen como propósito que los participantes, a través del proceso allí seguido, se convirtieran en agentes de cambio social.

Para que un GAM funcione necesita que entre los participantes haya reciprocidad y entre éstos y los coordinadores del grupo encuentren cierta horizontalidad en el trato. Estas condiciones propician que el grupo funcione de manera simétrica y que sea capaz de garantizar una solidaridad consistente entre sus miembros. Otro de los objetivos que persigue, según una de las moderadoras de la ONG, es promover un intento de recuperar el control sobre todo aquello que les afecta a las mujeres.

Los GAM también harían parte del proceso de autoatención a la salud; para Menéndez este proceso también implica que “La reciprocidad puede darse a partir de posiciones que implican asimetría, en las cuales de hecho tiende a desaparecer el otro elemento: la ayuda mutua. En consecuencia, la reciprocidad sólo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o por lo menos entre equivalentes. Por lo tanto, reciprocidad y ayuda mutua establecen un nivel horizontal de relaciones que no está implicado necesariamente en la reciprocidad por sí sola” (Menéndez, 1984:92).

Los GAM surgen como parte de un proceso asistencial que cubre necesidades que las instituciones oficiales todavía no hacen; son grupos emergentes formados con la participación de personas que no encuentran cómo resolver sus conflictos. Es posible que ésta sea la razón de que los informantes que entrevistamos hayan llegado a los GAM mediante su participación ciudadana. Quizá la relación derechos ciudadanos-participación social-GAM sea una manera de explicar la apertura de los participantes de estos grupos para hablar sobre su vida privada.

En este sentido para Joseph Canals “Los Grupos de Ayuda Mutua sólo tienen sentido en sociedades donde las estructuras de parentesco no cubren todas las demandas de ayuda que no pueden ser gestionadas desde los dispositivos institucionales. Son una forma de organización típicamente moderna, constituida sobre elecciones individuales” (Canals J. 1998). Roca y Llauger (*op. cit.*) encontraron que los GAM más frecuentes pueden ser de los siguientes tres tipos:

- a) Grupos de personas con enfermedades de larga duración
- b) Grupos de personas con adicciones
- c) Grupos de personas con situaciones difíciles

En el grupo C los autores ubicaron las agrupaciones que trabajan con el tema de VD. Para Canals (1998:37) los GAM emergen en situaciones marginales tratando problemas clásicos de la marginación social, como el consumo de drogas, alcohol o VIH/SIDA; padecimientos y problemas sociales que conllevan algún estigma social y para los cuales el dispositivo asistencial creado para atenderlos deja al descubierto necesidades concretas de apoyo que requieren estos usuarios.

A continuación vamos a relatar la experiencia de nuestros informantes.

¿Cómo llegaron al GAM? En el caso de los varones, la mayoría llegó al grupo a través de otras organizaciones civiles en las que participaban. Sólo uno llegó al GAM derivado de consulta psicológica privada. De acuerdo con estos antecedentes, encontramos un grupo de varones con un perfil muy particular, habituados a la discusión grupal y a la participación ciudadana.

El caso de las mujeres fue diferente; cuatro se enteraron de la organización a través de medios de comunicación masiva, como el radio y la tv; tres llegaron al grupo por recomendación de su red de amistades (mujeres); dos, en otros GAM a los que asistían; y sólo una llegó a través de otra organización política en la cual ya tenía una larga trayectoria como militante.

Tanto los informantes varones como las mujeres coincidieron en la situación por la que atravesaban y que los orilló a buscar ayuda profesional. En ambos casos acudieron al grupo cuando percibieron que las dificultades con su pareja estaban en el peor momento. Seis de los diez varones seguían unidos a su pareja y habían buscado el apoyo del grupo como una condición impuesta por su mujer para no divorciarse. Los otros cuatro varones ya se habían separado, pero su proceso de divorcio les había dañado tanto emocionalmente que habían decidido buscar ayuda para hablar con otros sobre su situación emocional.

El grado de presión de mi esposa fue lo que me orilló a venir, dijo: “te vas a las sesiones o no vuelves a poner un pie en esta casa”... ya nos habíamos acercado a estos temas a través de los programas de radio, que daban consejos psicológicos, de allí fuimos aconsejados de manera más constructiva, nos decía cómo eran los grupos de autoayuda y cómo es que tienes que usar un recurso terapéutico...La información la teníamos pero no podíamos venir porque no teníamos dinero, ni siquiera para solventar las cuotas, eso nos molestaba porque sabíamos que había ayuda pero no podíamos acudir (H14, líneas: 843-854).

Las mujeres acudieron a las sesiones del grupo cuando aceptaron que necesitaban ayuda profesional para resolver sus conflictos emocionales derivados de la violencia cotidiana. Nueve de ellas ya se habían divorciado de su pareja, pero en la mayoría de los casos las secuelas emocionales de la separación eran una carga difícil de llevar, ésa había sido la razón para buscar el apoyo del GAM. En las otras cinco, que seguían unidas a su pareja, su objetivo principal era reforzar su autoestima como mujeres y defenderse de las agresiones

del marido, pues estaban seguras de que la VD no era una situación normal en las parejas y querían trabajar en el grupo para fortalecerse.

En uno de los casos con pareja, la mujer tomó la decisión de acudir al GAM a pedir ayuda, se lo comentó a su marido y éste decidió acompañarla porque no estaba seguro de que fuera un grupo que la ayudara. Las primeras sesiones a las que acudió tuvo que ser custodiada por su marido. Después le prohibió volver porque no veía cambios, su participación en el GAM se convirtió en otro motivo más de disgustos, pero esta mujer no dejó de ir. Con el tiempo se divorciaron.

Un dato interesante fue que casi la mitad de las informantes mujeres (cuatro de diez) ya conocía la experiencia de participar en grupos de autoayuda; algunas provenían de asociaciones como Neuróticos Anónimos y Comedores Compulsivos. Fue interesante conocer la movilidad de búsqueda asistencial de estas mujeres. Grupos como Codependientes Anónimos son agrupaciones de reciente creación para abordar el problema de las relaciones de pareja conflictivas; sobre el mismo tópico trabaja el grupo de Adictos a las Relaciones Destructivas. Ambas organizaciones son una muestra del gran porcentaje de parejas que viven el drama de la VD, además de evidenciar una gran necesidad de la población de espacios terapéuticos a los cuales acudir para hablar sobre sus problemas diarios, aligerar el estrés cotidiano y los problemas derivados de una vida de pareja conflictiva. Uno de los entrevistados narró así su participación en otros grupos:

Estoy haciendo otro trabajo que se llama de revaloración y coescucha, allí trabajamos con el desahogo emocional... se trabaja entre dos, tú me ayudas a desahogar y luego yo; se escucha sin dar opinión, sin valorar, sin dar consejos, entonces hay técnicas para llevarte al desahogo, puedes empezar a sesionar diciendo “yo soy un hombre violento” o “yo no soy un hombre violento”, entonces conectas con muchas cosas viejas, sesionando alrededor de esta cuestión empecé a darme cuenta de que soy un hombre violento (H18, líneas: 44-64).

Otro aspecto común en las entrevistadas fue el proceso de reflexión por el que estaban pasando en el GAM y el reconocimiento de que problemas de salud, como la obesidad podían encontrar su origen en los antecedentes de su vida conflictiva y eran una expresión corporal del malestar familiar.

Cuando cumplimos 15 años de casados yo empecé a sentir todas esas cosas, me fui a Comedores Compulsivos, tomaba cursos de superación personal, buscaba cosas pero no había tanta apertura como hay ahora... cuando estaba en Comedores Compulsivos hablaba de mí, pero ocultaba lo de mi pareja, me decían que tenía que guardar abstinencia, que tenía que hacer una dieta, cosas de ésas, pero no me decían que la fuente que me estaba alimentando era tener una pareja así me enteré de esta ONG viendo la t.v.

El personal en los GAM. El GAM del centro de apoyo a mujeres maltratadas era atendido por una psicóloga especializada en el tema con muchos años de experiencia. Estaba dividido en tres subgrupos, la psicóloga se auxiliaba de dos *facilitadoras* del grupo, que habían emergido de uno de los primeros que se formaron en esta ONG. De esta manera podían ofrecer variedad de horarios y de días para que las usuarias pudieran elegir a conveniencia.

El GAM para varones violentos contaba con un equipo de por lo menos cuatro profesionales de la salud mental que coordinaban los diferentes grupos. En este caso los usuarios se ubicaban en alguno de los tres grupos que sesionaban en la ONG: a) primer nivel; b) segundo nivel; c) tercer nivel. La ubicación en el nivel no dependía necesariamente del tiempo que llevaran sesionando. El paso de un nivel a otro se daba de acuerdo con la percepción del varón respecto de su avance en el “control” de su ser violento. De esta manera, si bien los que estaban en el tercer nivel eran los que habían pasado más tiempo en la organización, también había excepciones, es decir, varones que percibían avanzar con rapidez y se movían de un nivel a otro.

Un dato que llamó la atención fue la alta participación de mujeres y hombres profesionales en estos GAM. Es decir mujeres y varones con un alto nivel de escolaridad maltratadas o maltratadores. La psicóloga consideró que si bien la alta participación de mujeres profesionales era un indicador de que la VD se encontraba presente en todos los estratos sociales, representaba un conflicto para el trabajo terapéutico del GAM.

Las profesionales tenemos problemas para reconocer que tenemos lugares comunes con las mujeres más sencillas o con baja escolaridad... pero las escenas de violencia son las mismas, a las mujeres con un nivel profesional les cuesta sentarse y trabajar en grupo, decir sus cosas a una ama de casa, decir: “yo que soy psicóloga tengo que aceptar que me golpean”. “Yo, terapeuta, tengo que aceptar que estuve discutiendo, jaloneándome”. Otra mujer puede decir “sí, me siento culpable porque me dejé”. Generalmente las profesionales tenemos mucha dificultad para aceptarlo, por eso se van del grupo (P1, líneas: 508-538).

De acuerdo con su apreciación, las mujeres profesionales que llegaban al GAM no permanecían hasta el final, acudían a pocas sesiones y se alejaban, probablemente porque encontrarse en una misma situación emocional con mujeres de estratos sociales más bajos y con menor escolaridad les resultaba difícil enfrentar, es decir, aceptar que, pese a tener un título universitario, estuvieran padeciendo la misma situación que una mujer dedicada sólo al hogar. Esta situación contradice los supuestos idealizados sobre la solidaridad entre el género femenino, pues entre las informantes existía una dificultad para identificarse con las otras mujeres y, en cierto sentido, existía una exclusión hacia mujeres con menores posibilidades económicas y acceso al mundo académico.

Por el contrario, en el GAM de los varones, en ningún caso encontramos una referencia que evidenciara exclusión o marginación grupal; por el contrario, el hecho de encontrarse allí y hablar sobre problemas tan íntimos les daba cierto sentido de identidad y solidaridad genérica, que iban más allá de los orígenes sociales. Aunque es probable que a esta dinámica ayudara el que varios integrantes del grupo provinieran de otras experiencias de trabajo en equipo.

La preocupación más grande en la que coincidieron las coordinadoras de los subgrupos de mujeres fue cómo ayudarlas a que, una vez en su casa “hicieran la tarea”; es decir, cómo hacer que saliendo del “nicho” del grupo de apoyo, en donde se sentían fuertes y contenidas, llegaran a su casa a realizar en la práctica todo lo aprendido y discutido en el grupo. La psicóloga se preguntaba por ejemplo ¿cómo deshacer la capacidad de servicio que las mujeres han aprendido desde pequeñas?, ¿cómo hacer que digan *No* y aboguen por ellas mismas? Éstas son preocupaciones que surgen a la coordinación del GAM; en su experiencia son aspectos sobre los cuales las mujeres no pueden poner un alto y en las que siguen viviendo con la pareja que las maltrata, es un comportamiento que les seguirá trayendo consecuencias en su vida diaria.

Vivimos una serie de cosas que nos tragamos como verdades... es importante la legislación, los servicios, pero es necesario trabajar con las ataduras subjetivas, cuando una mujer te dice: “ya entendí pero ¿cómo lo trabajo?”, lo que está diciendo es sí, pero ¿cómo deshago esa capacidad de servicio que tengo que no puedo parar? Esto no va a servir porque seguimos hilando y reproduciendo este tejido continuo que nos hace ser hombres y ser mujeres, porque este hilo tan fino es violento, pero atacarlo también es un evento de violencia, hacer este trabajo con

mujeres es, en el fondo, también un acto violento; ellas necesitan cierta dosis de violencia hacia ellas mismas para colocarse en otro lugar. Pienso que hilar esto de la subjetividad es desarticularla e irla articulando con palabras, con lenguaje, con actitudes, con muchas otras cosas que le den otro sentido (P1, líneas: 554-592).

Otra preocupación de ambas organizaciones radica en cómo promover la movilización social frente al problema de la VD; las dos agrupaciones han diseñado un programa de “facilitadores” que consiste en capacitar a los varones y mujeres que acuden al GAM y que estén interesados en hacer un trabajo voluntario al término de su capacitación para coordinar otros grupos de autoayuda; de esta manera pueden ir replicando su experiencia con las personas interesadas que seguirán el mismo proceso al acercarse a la agrupación. No obstante, las mujeres que han pasado por el proceso de reflexión grupal y que decidieron ofrecerse como voluntarias para crear otros grupos consideran que es difícil olvidar la experiencia de maltrato y temen que su trabajo no esté siendo de suficiente ayuda para incidir en las causas más profundas de la VD.

Lo único que me preocupa es que pienso que el grupo de autoayuda no es suficiente, que quienes hemos vivido violencia a veces necesitamos cosas y no estamos preparadas para dar una consulta, necesitamos desarrollar habilidades para dar ayuda, me parece muy bien que el grupo de autoayuda dé lo que da, pero cómo hacemos para desarrollar otras, no importa que no nos dieron cosas en la infancia, eso ya pasó, pero ¿cómo hacemos para encontrar lo que nos falta” (M41, líneas: 1226-1242).

Participar en un GAM es en sí mismo terapéutico, autores que han trabajado en el tema encontraron que las personas que participan de estos grupos tienen una mejora en su autoestima, en el sentimiento de autocompetencia y en el bienestar personal (Canals J. 1998). En los grupos de personas con enfermedades crónicas o terminales, los GAM incrementan su conocimiento sobre los padecimientos, el uso de los servicios de salud y los medicamentos. Esto ha hecho que, en la actualidad, los GAM sean vistos como un recurso básico de salud; no obstante, las preocupaciones de ambos coordinadores son válidas en el sentido de que poco pueden hacer si no hay una reciprocidad en los programas de atención pública institucional, los cuales, debido a su alcance nacional, pueden trabajar con un mayor número de población.

Conclusiones

En el terreno de los padecimientos y de la construcción social de la subjetividad femenina, es interesante observar la diferencia en la expresión corporal del padecimiento. Mientras las mujeres que provienen del área rural tienen problemas de salud gineco-obstétricos, en las de zonas urbanas son malestares emocionales. En las mujeres provenientes del área rural, los nervios, el estrés y la depresión no aparecen entre los principales problemas de salud-enfermedad, aunque sí fueron mencionados; sin embargo los trastornos gineco-obstétricos resultaron ser los más difíciles de tratar.

En cuanto a los varones, los padecimientos de orden emocional son una muestra del estado de salud mental en que se encuentran, debido al conflicto que les ocasiona su ser violento, y a la falta de cultura de autoatención y de búsqueda de ayuda profesional para sobrellevar su malestar.

Kleinman (1988) sugiere que en contextos de opresión y de escasos recursos sociales y económicos, el *sufrimiento* en las personas surge como una expresión que sintetiza el malestar causado por situaciones de la vida diaria que les obliga a estar en constante *resistencia* para no claudicar ante los avatares cotidianos. Hemos querido utilizar esta idea para mostrar como el *sufrimiento* se expresa en problemas sociales como el de la violencia familiar, agregando al planteamiento del autor, que en este caso las relaciones de género tienen un peso importante en la experiencia de la violencia familiar para uno y otro sexo.

En este sentido nuestros resultados muestran una situación diferencial respecto de cómo viven ambos sexos la experiencia de la violencia conyugal. En el caso de los varones, su experiencia de sufrimiento está relacionada con una dificultad masculina para enfrentar situaciones de derrota, dolor, tristeza y soledad, además de la poca disposición a pedir ayuda, ya que como lo apunta De Keijzer (1997) esto sería un signo de debilidad y una señal de menor poder.

En el caso de las mujeres, el sufrimiento se deriva de un contexto moral que controla, regula y norma sus prácticas. Si bien los varones pasan por un primer momento en donde sufren un gran daño emocional cuando se reconocen como hombres violentos, a medida que se van adentrando en las explicaciones teóricas sobre cómo se construye socialmente su rol masculino (que incluye el ser violento), pueden descargar parte de su

culpabilidad y trabajar en un proceso de re-socialización que incluye, por ejemplo, la incorporación de prácticas más afectivas a su vida diaria.

Sin embargo en el caso de las mujeres, el dolor emocional y el sufrimiento están relacionados íntimamente con su rol asignado, con el hecho de que socialmente se relaciona “lo femenino” con el ámbito privado, doméstico y familiar, el cual contribuye a construir una subjetividad donde el *control social* constriñe las acciones femeninas para encontrar un camino con mayor libertad, en aspectos que tradicionalmente ha sido sujeta como lo es la tolerancia al maltrato del cónyuge. En éste capítulo mostramos datos que sugieren que el control social genera un gran debate mental cuando deben tomar decisiones incluso para defender su vida y la de sus hijos. Además, el hecho de vivir dentro de una relación de abuso permanente genera, entre otras cosas, un proceso subjetivo que va en detrimento y minimización de su persona. La combinación de estas dos situaciones es una posible explicación a la pregunta frecuente de por qué las mujeres no se van de una relación de abuso.

En conclusión y según la información de la que disponemos, ambos sexos pasan por un gran sufrimiento mental, los varones porque se saben juzgados socialmente y padecen el estigma de ser hombres violentos. Las mujeres porque son sujetas del control social. Sin embargo son ellas las que llevan la peor parte debido a la desigualdad social que nos coloca en mayor riesgo de ser violentadas sólo por ser mujeres.

De nuestros resultados, interpretamos que una forma en que se expresa corporalmente el sufrimiento moral, son los padecimientos de origen psicossomático y aquellos de síndromes de filiación cultural como son los *nervios*. En este sentido, los datos muestran que las principales diferencias en la percepción de los problemas de salud más frecuentes, entre los informantes provenientes de zonas rurales y urbanas, están corporizados por las diferencias socioculturales y económicas entre uno y otro grupo.

En países como México, como lo hemos documentado en este capítulo al mostrar los itinerarios terapéuticos que siguieron las mujeres para conseguir ayuda, existe una diferencia importante en la forma en que las personas enfrentan el problema de la violencia familiar dependiendo de su lugar de residencia. Debido a que la oferta institucional para atenderla es muy escasa en el ámbito rural, el proceso de *resistencia* al que se refiere Kleinman implica grandes desafíos y frustraciones para esa población.

En las mujeres del área urbana se une la dificultad espacial del contexto social urbano, caracterizado por mayor movilidad social y multiplicidad de roles, factores que aunados a la violencia cotidiana propician un malestar emocional permanente que fue traducido por las informantes como padecer de estrés y nervios.

Si bien en la ciudad hay una mayor presencia de recursos institucionales para atender la VD; no se aprovechan del todo debido a que la promoción sobre éstos es insuficiente. En este sentido, el trabajo de difusión y sensibilización que las ONG están haciendo es muy importante; sin embargo nuestros datos muestran que el público que está acudiendo a estos servicios es especializado. Provenir de otras agrupaciones les hace estar sensibilizados y dispuestos a discutir sobre problemas sociales como la VD. Sin embargo, en algunos casos cabe preguntarnos hasta dónde su sentido de autocrítica pertenece a su reflexión sobre el problema de la VD y hasta dónde responde a una inercia de participación en movimientos sociales.

En las mujeres, encontramos esta misma percepción en los casos que ya provenían de una cultura de participación en otras agrupaciones; en las que no habían tenido esta experiencia antes, percibimos un discurso más sufriente al inicio del programa de autoayuda y una mejor comprensión del problema a medida que avanzaron las sesiones.

Por el contrario, en el mundo marginal del cual provienen los casos rurales, se encuentran las historias con mayor severidad de maltrato, situaciones que requerirían de una intervención inmediata. Sin embargo, hay aspectos éticos que deben ser considerados en el diseño de los programas de salud; un mal manejo del tema y de las situaciones que se presenten puede traer consecuencias graves tanto para la mujer como para los otros miembros de la familia, ya que vivir en un ambiente hostil crea una percepción de vulnerabilidad en las mujeres. Una mala intervención sólo abriría heridas que en la vida diaria los protagonistas van re-elaborando, haciendo uso de su red de apoyo social para no sucumbir a este ambiente de precariedad social, económica y de apoyo institucional.

La Norma Oficial para la Atención de la VD es un documento que no considera las diferencias socioculturales entre ambas poblaciones, aspectos necesarios en la planeación de servicios relacionados con el apoyo a mujeres con VD. Como muestra está la situación que viven las usuarias de los refugios para mujeres maltratadas, que ha documentado este capítulo, y cómo padecen cuando llegan canalizadas de servicios como el DIF. Sin tomar

en cuenta las diferencias socioculturales de las mujeres provenientes de zonas rurales y urbanas, es difícil que los servicios de salud puedan completar un proceso diseñado y planeado en términos institucionales para apoyar a las mujeres maltratadas a través de la referencia de casos. Si bien esta situación también se presenta en las zonas urbanas, el hecho de que cuenten con una mayor oferta de servicios institucionales hace una diferencia significativa en comparación con las mujeres del área rural.

En cuanto a los recursos humanos que están atendiendo los casos, si bien en la zona urbana se cuenta con un mayor número de profesionales capacitados en el tema, no es igual en la zona rural, donde los consejos del sacerdote o de las profesoras pueden ayudar a disminuir la angustia de las mujeres, pero habría que valorar aspectos de la calidad de la atención que están recibiendo, además de la carga ideológica y moral que colocan a la mujer en riesgo de seguir siendo violentada por su condición de género. Ésta es la justificación de por qué es necesaria la intervención de profesionales capacitados para intervenir en casos de mujeres víctimas de violencia conyugal.

Por otro lado, la ausencia de capacitación en el personal de salud y en las personas que en zonas rurales apoyan a las mujeres no permite que su asesoría se extienda a recomendaciones, por ejemplo, de orden legal, debido a que desconocen el marco jurídico que existe para protegerlas; además, desconocen el conjunto de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que proporcionan servicios de atención a la VD.

Finalmente, tener presentes las diferencias entre el mundo rural y el urbano es una condición indispensable para los programas de atención y prevención hacia la violencia doméstica. Resultados recientes de investigación (Torres M., 2004) apoyan los datos respecto de que existen pocos trabajos que señalen la diferencia entre las necesidades de las mujeres tanto en el medio rural como el urbano.

Esta situación, según Logan, Walker y Cole (2003), se debe a las dificultades para acercarse a las mujeres rurales y explorar con ellas tanto los significados de la violencia como sus necesidades de atención. En resultados preliminares de una pequeña muestra con la que pudieron trabajar, las mujeres de zonas rurales reciben poco apoyo social, tienen una baja escolaridad, bajos ingresos, más abuso psicológico en el año anterior al estudio y una peor situación de salud física y mental, en comparación con las mujeres de zonas urbanas. Los autores sugieren tomar en cuenta estas diferencias para el diseño de los programas de

atención, debido a que la experiencia de victimización de ambos grupos es experimentada de manera diferente y por lo tanto tienen diferentes necesidades de atención.

Actualmente, los profesionales que se dedican al ámbito clínico de la prevención de la VD están proponiendo diversas estrategias de atención a las víctimas, ya que se ha encontrado que las mujeres víctimas de VD generalmente buscan ayuda de estos profesionales y ellos las pueden canalizar hacia los servicios de orientación legal, casas de acogida u otros servicios de apoyo emocional (Jory B. 2004). Ambos datos corroboran nuestros hallazgos y sugieren fortalecer un trabajo al interior de las instituciones de salud que apenas empieza.