

Cómo citar este documento

Toribio Guijarro, Pilar. Violencias, vulnerabilidad y cuidado. Biblioteca Lascasas, 2014; 10(2).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0769.php>

VIOLENCIAS, VULNERABILIDAD Y CUIDADO

AUTORA: Pilar Toribio Guijarro

CENTRO: Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense. Madrid (España)

PUESTO DE TRABAJO: Matrona asistencial

RESUMEN:

Objetivo principal:

Profundizar en dificultades y formas de resistencia que ofrece el enfoque biomédico de la salud para abordar las situaciones de violencia de género

Metodología:

Se utilizan métodos etnográficos para la recogida de datos. Se aplica la observación participante durante la implementación de una consulta de asesoramiento dirigida a mujeres. Se analiza el contenido latente de los datos registrados.

Resultados principales: Se presentan dos categorías principales:

1. La idea hegemónica de violencia invisibiliza su carácter procesual, relacional e histórico y obvia la necesaria interacción entre la presencia de factores de vulnerabilidad y la ausencia de factores inhibitorios.

2. Resistencias en el modelo biomédico: atender exclusivamente lo corporal supone una violencia estructural a la dimensión humana. Los cuidados no son siempre protocolizables. Es preciso desarrollar habilidades de comunicación para crear contextos de intimidad donde abordar los determinantes psicosociales de la salud.

Conclusión principal: Atender a la vulnerabilidad es un eje fundamental en la disciplina enfermera.

Palabras clave: Violencia de género; Cuidados de Enfermería, Relación Enfermera-Paciente, Intimidad, Vulnerabilidad

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud declaró en 1996 la violencia contra las mujeres una prioridad de salud pública. Son múltiples los estudios que constatan su relevancia socio-sanitaria; y múltiples son también las normativas y protocolos que buscan promover formas de prevención, detección e intervención en el ámbito de la salud.

Sin embargo, estas declaraciones topan con resistencias cotidianas, por parte tanto del personal sanitario como de las pacientes. Dichas resistencias no son ajenas a una noción de salud aún comprometida con un paradigma biomédico, en teoría cuestionado, pero reproducido de forma sistemática en la práctica. En este modelo, mecanicista y reduccionista, se impone la enfermedad como estado patológico del cuerpo que debe ser dominado y relega la disciplina del cuidado exclusivamente a este objetivo.

Ha sido este paradigma el que se ha impuesto como marco de referencia en la atención sanitaria. Desde este se desatiende una función fundamental de la disciplina enfermera: el cuidado integral de la persona en el que la comunicación y la escucha se consolidan como herramienta fundamental.

En la praxis sanitaria es la perspectiva del cuidado la que permite abordar múltiples determinantes psicosociales de la salud, entre ellos, la violencia de género, pero no necesariamente el único. Por contra, aplicar el enfoque biomédico impone múltiples barreras que impiden la aplicación y desarrollo de las competencias asignadas. A través de una investigación etnográfica, contextualizada en un hospital público de Madrid durante el periodo de habilitación de herramientas y espacios que permitan el abordaje psicosocial en mujeres que cumplen con indicadores de sospecha de violencia de género, se analizan las tensiones, resistencias e implicaciones que emergen en la puesta en práctica de estas disposiciones.

2. Justificación.

Tras las numerosas recomendaciones políticas^{1, 2} y regulaciones jurídicas³⁻⁵ e institucionales^{6,7} sobre cuál y cómo debe ser el abordaje sanitario ante los casos de sospecha de violencia de género o violencia de género manifiesta, tras las cifras de mujeres asesinadas,⁸ los partes de lesiones,⁹ los juicios,¹⁰ las imágenes de mujeres golpeadas o aniquiladas y los “NO” rotundos contra la violencia, permanece un estereotipo común en la generalidad de la ciudadanía sobre quiénes y cómo son las mujeres que sufren maltrato que es además difundido a través de los medios de comunicación.¹¹ Esta imagen acotada corre el riesgo de arrojar a los profesionales sanitarios responsables de la detección de casos a actuar, sin hacernos cargo ni reparar, en las posibles repercusiones tanto de las actuaciones realizadas como de su omisión.

Muchas de las intervenciones desarrolladas hasta el momento, dan respuesta exclusivamente a situaciones con determinado perfil de maltrato físico que difuminan con el escándalo y la perturbación que arrastran otras tantas, no menos dramáticas que, por no cumplir parámetros objetivos y cuantificables de la gravedad que recogen, no pueden ser catalogadas como tal y se desconsideran, se omiten e invisibilizan. De esta manera se destierran múltiples situaciones de aislamiento, al desamparo y a la incompreensión.

En un hospital público de la Comunidad de Madrid se ha desarrollado recientemente una iniciativa en la que, con el fin de ofrecer las condiciones más adecuadas para realizar una entrevista clínica específica que permita desentrañar dinámicas de violencia en las parejas¹² y realizar una valoración de la potencial situación de riesgo en la que puedan encontrarse las mujeres,¹³ se habilita una consulta de asesoramiento (CsAs). Esta consulta está dirigida a aquellas mujeres en las que se identifiquen indicadores sanitarios de sospecha o de violencia manifiesta (ANEXO I), siempre y cuando deseen acceder a ella. Su finalidad es aliviar el estrés o la angustia que acompaña la situación vital por la que transitan. Con frecuencia las mujeres que acceden a ella logran hablar con confianza y relativa libertad sobre temas que las preocupan, a veces, hasta el punto de producir alteraciones o malestares físicos que han requerido una valoración sanitaria especializada de urgencias en la que no es detectada causa orgánica alguna.

Este tipo de abordaje personalizado en el que destacan la contextualización psicosocial, la empatía, la escucha y el respeto a la autonomía de cada mujer permite observar el fenómeno de la violencia de género desde otras perspectivas diferentes a los hechos concretos y conceptualizaciones cerradas. Observando con otras lentes parece que las vivencias toman formas humanamente más comprensibles pero no siempre clasificables en los estándares sociales vigentes.

Desde este innovador contexto resulta necesario poder entender la profundidad y magnitud del fenómeno de la violencia dirigida hacia las mujeres. El objetivo de este trabajo es exponer aquellas incongruencias, vacíos, tensiones y resistencias que con frecuencia se descubren en el afán de comprender el dolor y sufrimiento ajeno.

En el fondo subyace un fin más personal: dar sentido y entendimiento a la inquietud que la autora reconoce y afronta en el día a día de su práctica. Para ello muestra los desasosiegos, miedos e inseguridades que emergen en el acompañamiento de los casos no solo con el objeto de que sirva de experiencia para aquellas otras profesionales que trabajen en este contexto, sino con el pleno convencimiento de que es necesario visibilizar el esfuerzo emocional inherente en el cuidado, hasta ahora profundamente desconsiderado. Todo ello puede permitir entender algunas de las negativas, incomodidades, falta de implicación y pasividad que a veces se detecta en los profesionales de la salud. No son solo las mujeres, sus parejas y sus hijos e hijas quienes están involucradas en este drama. Se trata de toda una sociedad tan responsable como perjudicada.

Si bien la legislación vigente reduce la VG a aquellos casos de mujeres agredidas por sus parejas o exparejas sentimentales, la realidad que se abre en este contexto es mucho más profunda que el identificar víctimas y victimarios.

3. Antecedentes y estado de la cuestión.

En la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer propuesta por la ONU en su Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, se define la violencia de género (VG) como cualquier acto de violencia

dirigido hacia las mujeres, que tiene como resultado un daño (ya sea físico, psíquico o social) ejercido por medio del uso de la fuerza, coacción o privación de libertad.

En esta declaración se sostiene que se trata de una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres que se ejercen tanto en la vida pública (ejercida o tolerada desde el estado o la comunidad) como en la privada.

La VG se puede expresar de distintas maneras que dependen del ámbito y país en el que se producen: un menor acceso a la educación o alimentos, el no reconocimiento de derechos sexuales –acusaciones por adulterio, mutilaciones genitales-, la ausencia de derechos reproductivos -embarazos forzados o interrupciones forzadas de los mismos, infanticidios según el sexo-, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo u otras instituciones -colegios, universidades- el abuso sexual, la violación, la trata de mujeres, la prostitución forzada, los crímenes por el honor de las familias,... La forma más frecuente y ubicua de violencia ejercida contra las mujeres, es la que se ejerce por parte de las parejas (VPCM).¹⁴ Se trata de aquella violencia ejercida contra las mujeres por parte de quienes son o han sido sus cónyuges o de quienes están o han estado ligados a ellas por relaciones similares a la afectividad, aún sin convivencia. Según la OMS entre un 15 y un 75% de mujeres en el mundo declaran haber sufrido violencia física o sexual por su marido o pareja.¹⁵

En España entra en vigor, a partir del 1 de enero del año 2005, la LO 1/2004, de 28 de diciembre de *Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. A pesar de utilizar en sus referencias el concepto “violencia de género” en toda su amplitud, en su desarrollo se reduce su aplicabilidad a aquellas situaciones en las que la violencia se ha ejercido por parte de la pareja o expareja de la mujer. Su objeto es prevenir y erradicar la violencia de género, sancionar a los culpables y prestar asistencia a las víctimas: aquellas sobre quienes se ejerce violencia, pero exclusivamente la ejercida “*por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*”.¹⁶ Así, quedan en la práctica fuera de la ley todas esas formas de violencia de género que se ejercen en otros ámbitos de la sociedad o en el seno de otros vínculos afectivos.

Esta ambigüedad de términos se traduce a la luz pública dónde se utilizan indistintamente términos como “violencia de género”, “violencia de pareja contra la mujer”, “violencia doméstica” o “violencia machista”.

En el título I, Capítulo III de esta ley se establecen las competencias sanitarias en materia de VG:

“Las Administraciones Sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia...”

A pesar de reconocerse la posición privilegiada en la que se encuentra el personal sanitario del sistema público de salud para detectar el maltrato¹⁷ y de

los múltiples protocolos orientados a clarificar las actuaciones dirigidas a la prevención secundaria,¹⁸ esto es, a detectar esta problemática en estadios iniciales, podríamos decir que, en términos generales, los y las profesionales de la salud únicamente los llevan a cabo cuando el daño es evidente, es decir, se presentan agresiones físicas.

Desde los grupos de trabajo de sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se define un listado común y básico de indicadores que pudiera ser *“la base para el conocimiento de la magnitud sanitaria del problema y el seguimiento de efectividad de las medidas contra la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud”*.¹⁹

La aplicación de estos indicadores sanitarios nos coloca en la coyuntura de plantearnos si la paciente pudiera encontrarse en una situación de maltrato. Si bien la mayor parte de estos indicadores -salvo aquellos en los que se objetivan lesiones físicas por agresión y se verbaliza el origen de estas-, se podrían considerar muy inespecíficos, la coincidencia de varios de estos en la historia clínica de una persona puede ser muy reveladora.

Únicamente quedaría pendiente la difícil tarea de ofrecer a esa mujer la posibilidad de verbalizar las dificultades por las que está pasando. Esta declaración genera en los profesionales distintas actitudes al respecto que oscilan entre la negación y el compromiso pasando por el escándalo en función de las experiencias personales (y por lo tanto generalizadas) y el nivel de formación que hayan recibido y la especificidad de las mismas.²⁰

El objetivo aprobado por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS en diciembre del 2007 pretendía formar al 100% del personal sanitario en el plazo de 2 años, siendo las comunidades autónomas las responsables de la puesta en marcha de los planes específicos.²¹ En Madrid, los objetivos de estas formaciones fueron definidos por la Consejería de Sanidad y estaban dirigidos a conseguir que las personas participantes fueran capaces de reconocer la violencia de género como un problema de salud pública y aplicaran el protocolo regional de actuación. Un año más tarde la misma Consejería realiza una evaluación durante el proceso de esta línea estratégica de Formación Continuada. En ella se advierte que el 61% del personal profesional de atención primaria recibió la formación prevista,²² de quienes tan solo una cuarta parte eran hombres.^{22,23} Desde la experiencia de las asistentes, se concluye que si bien la formación no les ha ayudado a “tratar el problema”, si les ha facilitado que estén alerta sobre determinados signos.²⁴ Se objetiva una clara dificultad para la detección por parte del colectivo médico, especialmente si son hombres.²⁵

Distintos estudios presentan algunas de las dificultades para identificar casos potenciales a través de esos indicadores, tanto por parte de las mujeres que solicitan asistencia,²⁶ como en el personal sanitario.^{27,28} En ellos se alude, en lo manifiesto, a la falta de tiempo, a la ausencia de condiciones estructurales que aseguren un mínimo de confidencialidad a la paciente, al temor a vulnerar su intimidad o, al desconocimiento de recursos sociales para gestionar las derivaciones oportunas; sin embargo el problema que podría subyacer a todo

ello es qué hacer con la paciente una vez detectado el problema.²⁴ Esto podría estar directamente relacionado con categorías como el género o la subjetividad del profesional que atiende a la mujer.²⁴ Se barajan algunas hipótesis sobre si evitando generar la responsabilidad de la necesaria intervención posterior en los profesionales (escuchar sus formas, sus causas, sus consecuencias y acompañar en el proceso de toma de conciencia de lo que ocurre), se obtendría una mejora en la detección.²⁹ Bajo este supuesto se desarrolla una propuesta de intervención genuina en la que los profesionales solo tienen que detectar en mujeres mayores de 14 años indicadores de sospecha de maltrato y ofrecer, en ese caso, una intervención específica realizada por una mujer, enfermera y matrona, especializada en salud pública, perspectiva de género y violencia de género. Durante la intervención se aseguran condiciones de confidencialidad, privacidad y se dispone de una hora de tiempo.

En este trabajo, además, se pretenden describir los procesos y las relaciones interprofesionales dentro de la institución que emergen durante el desarrollo de este proyecto. Para ello se utilizan las reflexiones y notas de campo que recoge la autora desde las distintas perspectivas que ofrece este proyecto así como aquellas reflexiones alcanzadas en otros entornos ajenos a la institución y en los que la investigadora participa con objeto de encontrar sentido a lo que encuentra en su práctica habitual y comúnmente se engloba en un saco conceptual llamado “violencia de género”. Observar el fenómeno de la violencia de género desde esta multiplicidad de ángulos permite profundizar en su definición, acotar en su abordaje e identificar las barreras presentes para identificar los casos y mejorar su acompañamiento.

4. Marco teórico y conceptual.

El cuidado, es y ha sido una esencial función de sostén social, familiar y humano cimentado en valores como la comprensión, el diálogo, la empatía o el acompañamiento habilitados a lo largo de la historia y desde infinidad de culturas, fundamentalmente por mujeres en y para la sociedad. Este valor, como otros tantos vinculados a la feminidad y a las mujeres, no ha obtenido su debido reconocimiento a lo largo de los siglos.

Profesionalmente el cuidado ha sido desarrollado ampliamente por la disciplina enfermera. La enfermería como práctica social, pretende mantener o mejorar el estado de salud o en su defecto, aliviar el sufrimiento, aplicando un enfoque integral basado en el conocimiento de la persona y de su entorno.³⁰ Fue desarrollada a lo largo de la historia fundamentalmente por mujeres de forma muy anterior al comienzo de la medicina. Cuando en el siglo XIII en Europa, la medicina comenzó a constituirse como ciencia y profesión, se inició una intensa campaña de exclusión de las mujeres de la posibilidad de acceder a los lugares donde se impartían esos conocimientos.^{31,32} Si bien los estudiantes eran formados en distintas ramas de la teología y la filosofía, apenas tenían contacto con ningún paciente ni tenían enseñanzas experimentales. El verdadero conocimiento sobre músculos, huesos, hierbas y drogas, como bien dijo Paracelso eran propiedad de las brujas.³²

Aquellas mujeres, suponían una amenaza para el orden establecido entre otras cosas por confiar en sus propios sentidos y en su experimentación, por desarrollar una actitud indagadora con la confianza suficiente para encontrar distintas formas de actuación en cada situación concreta. Eran acusadas de ofrecer cuidados y sanaciones a un pueblo que no podía acceder a otro tipo de recursos.³²

La falta de reconocimiento y práctica de una disciplina de cuidados en aquellas situaciones donde son los determinantes psicosociales los que producen un profundo malestar no solo afecta de forma directa y mayoritaria al estado de salud de las mujeres sino también, a la consideración y resurgimiento de aquellos valores que tradicionalmente estas han desarrollado al ejercer sus funciones tanto en el ámbito doméstico como comunitario. Hoy en día, en la carrera por alcanzar otros atributos socialmente más reconocidos, se corre el peligro de que estas funciones y valores no obtengan su necesario reconocimiento y, consiguientemente no sean puestas en práctica, ni en lo público, ni en lo privado.

Un análisis con perspectiva de género permite entender las relaciones de poder en las que todavía hoy se dirime la disciplina del cuidado y las limitaciones generadas desde el predominio del discurso médico. A modo de referente, el paradigma biomédico establece cuáles son las prácticas necesarias y rentables para alcanzar un estado de salud exento de enfermedad aunque, no por ello saludable.

La detección precoz de la VG coloca a la generalidad de los profesionales sanitarios en un vacío competencial dentro de este paradigma de salud. En ausencia de evidencias físicas de maltrato y presencia de indicadores de sospecha se presenta un estado “no salud” y “no enfermedad” que queda flotando en un limbo ajeno a las competencias sanitarias hasta ahora representadas en este paradigma.³³ Como se ha descrito anteriormente este tipo de enfoque es consecuente con un devenir histórico y una forma de entenderse y construirse las relaciones de género en el que tanto el lugar de las mujeres, sus conocimientos, valores y sus prácticas de cuidado quedaron excluidas y silenciadas por el discurso médico y científico (y social en general).

El reconocimiento profesional de la disciplina de cuidados con frecuencia prima aspectos técnicos, actividades claramente definidas o protocolizadas y la ejecución de tareas delegadas sobre la ejecución de otros cuidados independientes dirigidos a sostener a la persona y facilitar el afrontamiento del proceso en el que se encuentra.³⁴ Este tipo de actuaciones pueden parecer acciones banales dentro de la cotidianidad pero, en ellas se encuentra una intencionalidad clara y concreta dirigida entre otras a favorecer el bienestar, a cuidar la intimidad, a adoptar un juicio sobre las potencialidades de la paciente, a acompañar, a aliviar, a lograr establecer una relación terapéutica o a favorecer el desarrollo de la máxima autonomía.³⁴ Estas acciones constituyen, los cuidados invisibles que, al presentarse acompañando la administración de tratamientos médicos, con frecuencia son confundidos. Así los cuidados quedan relegados a la sombra a pesar de que ningún tratamiento podría reemplazarlos.³⁵

Por tanto, para delimitar el marco conceptual del que se parte para realizar este trabajo se sostiene que “el cuidado” cumple con algunos criterios atribuibles a las *prácticas alternativas feministas* (y femeninas en tanto que emanan de la práctica atribuida a las mujeres, pero no necesaria y exclusivamente desarrollada por ellas) de a la ciencia actual.³⁶ A continuación me dispongo a describir algunas de las prácticas que se aplican en este estudio:

- Para empezar, se pretende someter a análisis un trabajo fundamentalmente asistencial (asignado tradicionalmente a las mujeres) así como el conocimiento y las reflexiones que emergen de la participación en él.³⁷ Para ello, sostiene la autora, es necesario desarrollar formas de investigación artesanas que unifiquen “*la actividad manual, mental y emocional*” –mano-cerebro-corazón-³⁷ Si bien estas han sido características del trabajo de las mujeres en general, están especialmente presentes allá donde se encuentre una profesional del cuidado que no solo debe aplicar cuidados manuales y conocimientos específicos de su disciplina sino además, tomar conciencia de quién es la persona a la que acompaña y establecer, a través de la empatía, una relación terapéutica que facilite la verbalización de los conflictos y la resignificación de la experiencia por la que se transita.
- En un segundo término pero no por ello menos importante, el punto de vista del cuidado podría resultar análogo a lo que Nancy Hartsock considera una “*actividad humana sensual, práctica*”³⁸ y coincide con una de las dos maneras que tienen las mujeres de institucionalizar su trabajo, el trabajo por la subsistencia y el trabajo para la crianza de los hijos.

Si bien la primera hace referencia a todas aquellas actividades necesarias para la supervivencia de la especie (parir, dar alimento, vestido, refugio,...), la “crianza” hace referencia a las actividades en que las mujeres desarrollan un trabajo claramente diferenciado de la producción masculina. Acciones características y fundamentales desarrolladas desde esta perspectiva del cuidado como pueden ser el gestar, “*el ayudar a desarrollarse a otro, la renuncia gradual al control, la experiencia de los límites humanos de la propia acción*” no son comparables ni conllevan los mismos valores que “*la experiencia proletaria de intercambio con la naturaleza*”.³⁸ Estas otras actividades no han sido hasta el momento consideradas ni normalizadas dentro del orden social y por tanto, los valores, necesidades y conflictos implícitos en su desarrollo corren el riesgo de quedar excluidos de la colectividad.

Dirigiendo este enfoque a los cuidados en salud podríamos encontrar esa clara diferencia entre los cuidados delegados dirigidos a trabajar con los cuerpos (objetos de estudio de la ciencia) y los cuidados independientes de la disciplina enfermera, sostenedores de la persona.

- Desde la ideología androcéntrica y científica los conceptos con los que se trabaja y categoriza el mundo se presentan de forma dicotómica (mente-cuerpo, naturaleza-cultura, salud-enfermedad, objetividad-subjetividad,...) entre el elemento dominador y su opuesto dominado. Dorothy Smith, considera necesario superar aquellas dualidades que justifican la

transformación en objeto de aquellos a quienes se estudia. Repara en las consecuencias de la división sexual del trabajo y determina que la liberación que históricamente han tenido los hombres del cuidado les ha permitido sumergirse en un mundo de conceptos abstractos desde el que la experiencia femenina llega a ser incomprensible e inexpresable. Desde este punto de vista epistemológico se pretendería trabajar con procedimientos analíticos en los que se *“preserve la presencia del sujeto como actor y como el que experimenta la realidad”*.³⁹

- Otra posición desde la que trascender las dualidades de la ciencia la describe Jane Flax, quien resalta la necesidad de escribir y recuperar las historias de mujeres mediante la descripción de nuestras actividades para favorecer la comprensión del conjunto social, ya que nuestra cultura solo podría trascender así la hegemonía de las dualidades (características fundamentalmente masculinas según las identidades generizadas)⁴⁰ y permitir con ello que retorne lo reprimido.

*“La tarea de la epistemología feminista consiste en poner de manifiesto cómo el patriarcado ha invadido tanto nuestro concepto de saber como el contenido concreto de los cuerpos de conocimiento...”*⁴¹

De alguna manera este punto de partida converge con una nueva posición epistemológica, el posmodernismo feminista. Si bien todas las mujeres que llegan la Consulta de Asesoramiento han cumplido con el criterio de cumplir con indicadores de sospecha de violencia de género en su historia clínica, al relatar sus historias de vida y experiencias relacionales y familiares emergen otras categorías que *“nombran lo que está ausente del pensamiento y de las actividades sociales... lo que se deja para que piensen, sientan y hagan “los otros”*,⁴² por lo tanto no es posible contemplarlo desde la dicotomía que impregna el paradigma biomecanicista de salud en el que únicamente se representan los estados de enfermedad.

El feminismo, entendido como un *“movimiento político para el cambio social”*⁴³ ha colocado a las mujeres en posiciones sociales que hace menos de un siglo eran difícilmente imaginables. En la misma secuencia de tiempo, otras tantas continúan en la lucha por defender sus derechos más básicos. En este amplio rango de representación es difícil entender como unitaria la identidad de las mujeres. En el constructo social actual la variación de vivencias que pueda tener una mujer están sujetas al país, al ámbito rural o urbano en el que vivan, al tiempo en el que nacen, a la sexualidad que desean o logran desarrollar, a su raza, a su estatus social o de clase, a la profesión, a las relaciones familiares y sociales a las que puedan acceder... todas ellas construyen, a través de esa multiplicidad de experiencias, identidades difícilmente agrupables. Parto de esta premisa para poder dar cabida a la extensa gama de vivencias relatadas por las mujeres que acuden a la Consulta de Asesoramiento.

Los fundamentos que se pretenden alcanzar desde este posicionamiento son los siguientes:⁴⁴

- Cuestionar aquellas premisas universalistas en las que se supone una identidad común a todas las mujeres
- Cuestionar las dicotomías conceptuales y su jerarquía
- Desvelar lo silenciado, excluido, invisibilizado y/o subordinado

Hipótesis:

- El sistema sanitario actual, enfocado en una perspectiva biomecanicista y todavía jerárquica, no permite detectar, acoger y sostener situaciones de violencia contra mujeres porque está constituido sobre una estructura de valores capitalistas, competitivos y polarizados en los que prima el dominio de la enfermedad sobre el cuidado de la persona, con poca capacidad y espacios para trabajar de forma multidisciplinar en el que se fortalezcan las redes de apoyo.

Objetivo general:

- Profundizar en las dificultades y distintas formas de resistencia que ofrece el enfoque biomédico de la salud para detectar, acoger y acompañar a mujeres que se encuentren en una situación de violencia.

Objetivos específicos

- Reflexionar sobre la dificultad “diagnóstica” que conlleva determinar qué es violencia de género, violencia de pareja contra la mujer, violencia doméstica
- Presentar la multiplicidad de víctimas y victimarios que sucumben ante estas dinámicas violentas de relación.
- Reflexionar sobre el adecuado acompañamiento de estas mujeres y sus familias en el proceso de identificación y afrontamiento del problema así como sobre la suficiencia y adecuación de los recursos hasta ahora implementados dirigidos a rehabilitar a las víctimas.
- Identificar posibles necesidades estructurales para facilitar el abordaje sanitario de la violencia.

5. Metodología.

El enfoque elegido para este tipo de investigación ha sido cualitativo.

Para ello se utilizaron distintos métodos de recolección de datos conocidos en su conjunto como “métodos etnográficos”⁴⁵ tales como la observación participante y la posterior revisión de los registros realizados -diario de campo y el cuaderno de notas de la autora- con fines reflexivos.

La observación, como actividad común de la vida cotidiana puede transformarse en una técnica científica de recogida de información y en una poderosa herramienta de investigación social si se la orienta, planifica, contrasta y somete a control.⁴⁶ La observación participante es la técnica más empleada para analizar la vida social de los grupos humanos y puede ser considerada un instrumento útil para obtener datos sobre realidades difícilmente accesibles mediante la aplicación de otras técnicas, especialmente si se quiere prestar la máxima atención al “*punto de vista de los actores*”.⁴⁷ A

este respecto conviene resaltar la censura estructural a la que nos enfrentamos cada vez que se aborda el tema de la violencia, especialmente candente si se trata de violencia de género y las limitaciones potenciales que emergen en la práctica cuando se intenta abordar discursivamente el tema.

Se puede considerar la observación participante como el proceso a través del que los investigadores establecen relación en una comunidad y logran actuar en ella hasta el punto de mezclarse entre sus miembros y poder observar así cómo actúan en ella con naturalidad. Pero la observación no solo se restringe a las prácticas, sino que también conviene tener en cuenta el “*sentido práctico*” de los discursos en tanto en cuanto los sujetos los producen sin tiempo para la reflexión ni distanciamiento alguno.⁴⁸

Más adelante es necesario salir de ese escenario y, utilizar los datos registrados para intentar entender lo que ahí ocurre.⁴⁹

*“La observación participante se caracteriza por acciones tales como tener una actitud abierta, libre de juicios, estar interesado en aprender más acerca de los otros, ser consciente de la propensión a sentir un choque cultural y cometer errores, la mayoría de los cuales pueden ser superados, ser un observador cuidadoso y un buen escucha, y ser abierto a las cosas inesperadas de lo que se está aprendiendo”*⁵⁰

La aplicación de la observación participante como método de recolección de datos se justifica cuando no se conocen las dimensiones reales de un problema o, más bien, “*cuando al investigador le interesa encontrar su problema*” y, como tal, tanto el diseño como las preguntas a investigar se van definiendo a medida que avanza la investigación.⁵¹

El campo de trabajo se concentra en un hospital público de la Comunidad de Madrid. La recogida de datos se realiza durante todo el proceso de puesta en práctica del proyecto de implementación de una Consulta de Asesoramiento dirigida a mujeres en las que se identifican indicadores de sospecha de violencia de género y el primer año de actividad de esta. Las fases y actuaciones que se desarrollan en el proyecto (campo de investigación) se describen en la siguiente secuencia:

1. Presentación de un proyecto piloto (a la dirección de enfermería, supervisora del departamento y, una vez aprobado, al jefe de la unidad)

En un comienzo se desconocía la cantidad de mujeres que pudieran ser recibidas en CsAs. Con el fin de controlar una demanda excesiva que pudiera desbordar la capacidad de acogida que pudiera tener una sola profesional, el proyecto se inició en uno solo de los departamentos del hospital, el bloque obstétrico. Este departamento integra el servicio de urgencias obstétricas y el servicio de paritorio. Asistidos por matronas y matronas en formación, auxiliares de enfermería, ginecólogas y ginecólogas en formación y celadoras. El 90% de las trabajadoras del departamento son mujeres.

2. Elaboración de una aplicación informática para facilitar la detección de los casos.

Se habilitó una aplicación en el programa informático de registro de historias clínicas del centro con el fin de cuantificar el número de mujeres en las que se detectan los indicadores sanitarios de sospecha de violencia de género. Inicialmente a esta aplicación se la llamó "Formulario de Sospecha de Violencia de Género" (FSVG). En ella se concreta el motivo por el que la mujer acude al hospital, los indicadores sanitarios de sospecha que cumple y la actuación sanitaria que se realiza respecto a la situación individual de cada mujer. Por razones descritas en los resultados finalmente esta aplicación recibió el nombre de "Formulario de Vulnerabilidad Psicosocial" (FVPSS).

3. Formación sobre el uso de la aplicación informática dirigida a profesionales implicadas en la detección de casos.

Se ofrece una pequeña formación de una hora de duración al 91% de las matronas y a aquellas enfermeras especialistas en formación que se encontraban en el centro durante el desarrollo de alguna de las sesiones. Con el fin de evitar la sobrecarga de las profesionales exigiéndoles presencia formativa fuera del horario laboral y, con el fin de que el mayor número de ellas recibiera la misma información al respecto, la sesión se ofrece en el transcurso de la jornada de trabajo a cada uno de los grupos que figuran en plantilla. La formación de las Técnicas de Cuidados Auxiliares de Enfermería y de celadoras quedó sujeta al interés que pudieron mostrar durante las sesiones dirigidas al colectivo de matronas. Se omitió la formación de las especialistas médicas debido a la percepción (no contrastada) de falta de interés en esta materia y por la interiorización (individual y de grupo) de que la existencia de una jerarquía en las categorías profesionales lleva necesariamente incorporada la jerarquía del conocimiento.

El contenido formativo de estas sesiones era mostrar la nueva aplicación informática, describir los indicadores de sospecha de maltrato a tener en cuenta y establecer las vías de derivación a la consulta. Se incide especialmente en que el aspecto más difícil para llevar a cabo esta práctica es abordar el problema detectado.

4. Detección y seguimiento de los primeros casos en la Consulta de Asesoramiento.

La consulta se inicia formalmente en mayo del 2012. Desde este momento hasta enero del 2013, acceden a esta consulta únicamente mujeres detectadas en urgencias obstétricas y paritorio. En este contexto y, con el fin de mantener un seguimiento de los casos se inicia una propuesta dirigida a atención primaria con el fin de mantener un seguimiento de los casos detectados. Esta iniciativa todavía está en vías de desarrollo.

5. Ampliación del proyecto piloto al servicio de urgencias con la consiguiente formación de profesionales.

A partir de enero del 2013 se valora la posibilidad de aplicar este proyecto en el servicio de urgencias generales. Para ello se solicita permiso a las dos personas responsables de la supervisión de enfermería de urgencias (mujer y hombre), a la jefa de área de enfermería de urgencias y al jefe de servicio médico de urgencias así como a la supervisora del bloque obstétrico a cuyo cargo se desarrolla este proyecto. En esta nueva fase es necesario aplicar una nueva formación dirigida a los profesionales que trabajan en este servicio. Para ello se implementan dos sesiones formativas. Una dirigida al personal médico adjunto y en formación y otra dirigida al personal de enfermería a la que acuden también estudiantes de grado de esta disciplina. A la primera asisten el 70% de la plantilla médica y a la segunda el 20% de la plantilla de enfermería. Este porcentaje de asistencia coincide con el personal que asiste a su jornada laboral el día en el que se planifica la formación y que excluye la plantilla mínima necesaria para mantener la asistencia clínica en ese lapso de tiempo. Las diferentes jornadas y turnos de trabajo entre estas categorías es lo que justifica la llamativa diferencia en la asistencia a la formación.

6. Continuación en el seguimiento de casos detectados desde la Consulta de Asesoramiento

Si bien el campo de trabajo es muy variopinto, en su totalidad recoge la realidad de distintos escenarios en los que se trabaja sobre prevención, detección y abordaje de violencia de género. Estos distintos escenarios definen la existencia de tres *unidades de observación*⁴⁷ en las que se recoge la información y experiencias decantadas en la intersección de la asistencia sanitaria y la violencia de género: unidad interprofesional; unidad de abordaje institucional y; unidad de abordaje en los márgenes institucionales.

En cada una de ellas, la investigadora desarrolla diferentes posturas de observación-participación comprometiendo de distinta manera tanto calidad y cantidad de datos producidos, así como la ética del ejercicio.⁴⁵ Los datos recogidos durante la investigación se recogen en cada una de las unidades de observación:

1. Unidad interprofesional. En ella se incluyen:

- Los procesos instructivos dirigidos a las profesionales implicadas en la detección de casos
- Las reuniones multidisciplinarias tanto en atención primaria como en especializada dirigidas a mejorar el abordaje de los casos detectados
- Aquellos encuentros ocasionales entre distintas profesionales que, a título privado y, en un acto en el que se permiten desvelar y compartir su intimidad, se aprovecha para comentar conflictos experimentados a la hora de aplicar los conocimientos aprendidos.

En este ámbito la postura de observación a la que se acoge la investigadora oscila entre *participante completo* y *participante como observador*.⁵² Si bien la investigadora forma parte como miembro de cada uno de los grupos investigados y su interés en cada una de las actividades descritas es tanto

participativo como observador, el resto de los miembros de los grupos descritos comparten con ella opiniones y compromiso como compañera desconociendo, en algunas ocasiones, su actividad indagadora. Esta condición asegura la expresión con libertad de ciertas posiciones y creencias por parte de las personas que participan pero, obliga a la investigadora a cumplir con todas las precauciones necesarias en la exposición de los resultados para preservar el anonimato de todas aquellas personas que han participado en la muestra:

2. Unidad de abordaje institucional Contiene:

- Aquellas situaciones experimentadas por profesionales de la salud en la asistencia y detección de casos y las narraciones que realizan posteriormente de ellas.
- Aquellas situaciones observadas por la investigadora en la asistencia directa a mujeres en las que no toma parte activa, simplemente observa el devenir de los hechos y la interacción que emerge entre profesional y paciente

La postura de observación que se desarrolla en esta unidad es de *observadora completa*⁵² ya que quien observa se halla “a plena vista” en el escenario como parte integrante del mismo. Es la distribución cotidiana del trabajo la que permite no participar en él y adquirir exclusivamente el rol de observación. Este rol no siempre es conocido en el escenario por lo que la contemplación llevada a cabo no molesta ni distorsiona el devenir de los hechos más de lo que lo haría la presencia, sin más, de una compañera de trabajo con posiciones, criterios y creencias potencialmente distintas a las de quienes actúan en cada escena concreta.

3. Unidad de abordaje en los márgenes institucionales.

Este ámbito representa los cuidados ofrecidos en la Consulta de Asesoramiento. Su especificidad radica en el enfoque psicosocial y de escucha que en ella se lleva a cabo dejando a un lado, el tradicional enfoque biomédico en el que se desarrolla la institución. La investigadora, enfermera y matrona es la persona que atiende en esta consulta. Para ello previamente se formó en salud pública y género, atención psicosocial y violencia de género. Esta unidad contiene las reflexiones y vivencias de la investigadora en relación a lo que encuentra, escucha y experimenta al abordar en el ámbito sanitario aquellas situaciones en que afloran indicios de algo que pudiera ser clasificado como “experiencia de maltrato” que, hasta que no se contextualiza parece flotar en un universo de confusión incluso para quien lo vive.

Puesto que el objeto de este trabajo es indagatorio, no se consideró trascendental utilizar la documentación y registros realizados durante las intervenciones. Se le dio prioridad a las experiencias, impresiones y sentimientos que se despiertan en la investigadora y que desde su subjetividad, toman mayor presencia que otros. Es decir, no fueron objeto de investigación las mujeres y hombres, las intervenciones o los resultados de estas. La observación se realizaba sobre el mundo interno de quien atiende, escucha y

observa. Para poder entenderlos es necesario describir aquellos detalles en los contextos en que se desatan. Aunque en estas descripciones se ha omitido información que permitiera la identificación de los individuos implicados resulta un dilema determinar cuál es la información prescindible sin perder por ello profundidad. Así pues la postura de observación desarrollada en esta unidad podríamos decir que se desarrolla en dos fases consecutivas: una primera como *participante completo* y una segunda fase de *participante como observador* (52) en la que el sujeto observado es plenamente consciente de serlo. Este posicionamiento de auto-observación intenta dar respuesta a un fuerte cuestionamiento ético que podría despertarse ante la posibilidad de utilizar los datos obtenidos en la Consulta de Asesoramiento.

Los registros no se fueron realizando de forma sistemática después de las intervenciones. Era habitual que la intensidad y turbulencia de las emociones despertadas, la prioridad e inminencia de otras intervenciones y el cansancio físico y emocional, impusiera el paso de días de asentamiento antes de iniciar el registro de datos. Estos paréntesis de tiempo han tenido un carácter variable. Dada la inexperiencia de la autora en el registro de este tipo de material (con frecuencia al ser releído se observa cierta tendencia a la interpretación en lugar de registrar exclusivamente lo que se observa, escucha y a partir de ello lo que se siente) se modificaba sucesivamente hasta quedar “limpio de interpretaciones”. Desde la distancia, se podría plantear que ese proceso de “saneamiento” perfilado en los registros tanto en las interpretaciones iniciales como en sus posteriores modificaciones hubiera podido considerarse en el análisis de datos. Quizás también este sea un recurso a tener en cuenta en futuras investigaciones.

Todo este material se encuentra documentado en un diario de investigación. Esta dinámica de auto-observación en algunas ocasiones fue más allá de las unidades de observación descritas. Se recogió también como material de campo aquellos pensamientos o ideas que emergieron desde una lectura, interlocución o experiencia al margen de las unidades de observación como fueron aquellas obtenidas en talleres dirigidos a la prevención de la violencia y promoción de la igualdad o jornadas variadas que versan sobre la temática descrita en toda su amplitud. La posición desarrollada en este contexto es la de *participante como observadora*.⁵² Si bien en este tipo de actividades no se verbaliza de forma explícita la función recopiladora y exploratoria de la investigadora, el acopio de datos tiene lugar en público y, una vez más, se utilizarán las medidas necesarias para asegurar el anonimato y procedencia de las referencias obtenidas. Este material se encuentra en el cuaderno de notas de la autora.

Durante la fase de recolección de datos se incorpora la estrategia para analizarlos en un proceso circular que incluye acciones que se construyen recíprocamente: indagar, preguntar, construir conjeturas que a su vez enriquecen la posterior recogida de datos con una nueva perspectiva, clasificar, confirmar, refutar.⁵³ Los datos registrados durante todo el proceso se someten a un análisis del contenido latente tras el que se identifican dos grandes categorías:

1. Confusión entre los múltiples conceptos de violencia de género
2. Dificultades y resistencias en la detección del maltrato desde una perspectiva de cuidado.

Las codificaciones que se realizan en cada una de ellas se presentan a continuación

6. Principales resultados

Cumplido un año desde el inicio de la consulta, han sido 45 las mujeres en las que se han detectado indicadores de vulnerabilidad psicosocial. Esto supone un 0,07% de la población de mujeres de edad igual o superior a 14 años atendidas en urgencias de este centro en el mismo periodo de tiempo.

Algunas de las que previamente habían aceptado acudir a la consulta no llegaron a ella. Se desconocen las causas que impidieron este desenlace.

Finalmente fueron 29 las mujeres atendidas en este contexto. Uno de todas ellas fue un hombre. Este accedió a la consulta a petición de su pareja y es excluido de las estadísticas presentadas aunque sí se atiende su presencia en el análisis de datos cualitativos.

A pesar de que la totalidad de mujeres que pasaron por la consulta estaban o habían estado vinculadas a relaciones violentas en algún momento de su vida, cinco de todas ellas no estaban padeciendo una situación similar en el proceso actual. No obstante su detección se vinculó al seguimiento sanitario en nuevos procesos de gestación, conflictos de pareja experimentados por sus hijas adolescentes o conflictos familiares y, todas ellas habían experimentado agresiones en la infancia en el núcleo familiar, madres y padres fundamentalmente.

De aquellas mujeres que llegaron a verbalizar que estaban viviendo conflictos importantes en sus relaciones afectivas (veintitrés + uno en cifras absolutas) el 46% (once mujeres) no reconocía encontrarse en una situación de maltrato por parte de su pareja y, en el 66% de los conflictos se encontraba inmersos en un contexto reproductivo.

Todas las que reconocieron encontrarse en un contexto de maltrato (trece mujeres) informaron que la fuente de este estaba en su pareja excepto en dos de los casos cuyo origen se encontraba en su madre (de una mujer adolescente) y en una de las hijas de su pareja actual. Aparecieron agresiones físicas directas en seis de estas mujeres. En este grupo no se incluyeron aquellas mujeres que verbalizaron discusiones fuertes con zarandeos y empujones mutuos con sus parejas ya que ellas mismas no consideraron estos hechos como abusos o dominación sino más bien como desavenencias con sus parejas. Tampoco se contabilizaron en este grupo aquellas situaciones que podrían haber sido consideradas como agresiones sexuales por parte de la pareja y, cabe decir que durante la narración de los hechos la mujer no parecía transmitir sentimientos de humillación o de vulneración de su intimidad o derecho.

Es importante destacar que una de estas mujeres (no incluidas en el grupo de agresiones físicas directas), estuvo siendo víctima en repetidas ocasiones de amenazas de homicidio por parte de su pareja aunque, según ella no llegó a agredirla físicamente. Sí se llegó a objetivar (por otros profesionales) las secuelas en el domicilio de haber experimentado una severa violencia ambiental.

Del grupo de mujeres que declararon estar viviendo conflictos importantes en sus relaciones afectivas (veintitrés + uno), trece habían descrito experiencias de maltrato en la infancia por parte de sus madres y/o padres, en ocho casos se desconoce esta información y una de ellas verbalizó apoyo y afecto por parte de estos aunque en la actualidad se encontraban separados y ella había experimentado distintas formas de acoso en su experiencia laboral.

Dos mujeres llegaron a la consulta tras haber sufrido agresiones sexuales por parte de un desconocido.

Resultaba difícil concretar en estadísticas tantos matices distintos con el fin de contextualizar y definir qué es o no es violencia de género, ¿cuánta de ella estaba mediada por vivencias previas de violencia doméstica / familiar?, ¿todas las agresiones físicas narradas respondían a la categoría de violencia de género?, ¿qué vivencia tendrían las parejas de todo lo contado?⁵⁴. Realmente ¿qué de todo esto es lo denunciabile?

6.1. Confusión entre múltiples conceptos de violencia de género

*“Como suele ocurrir con las expresiones que poseen una gran corpulencia pragmática y/o normativa (“te quiero”, “seguridad”, “terrorismo”, “inmigrante”...) su precisión semántica es, en sentido inversamente proporcional, muy baja. Casi nadie parece necesitar saber de qué se trata exactamente [...], y el concepto se reproduce sobre ese sospechoso fondo de indeterminación no problemática”.*⁵⁵

A veces no entiendo nada. Lo que a mi me parece una situación evidente de maltrato, las mujeres lo niegan. A veces son ellas mismas las que llegan a la consulta llamándose maltratadas cuando para mí son mujeres con herramientas, recursos y apoyo suficiente para salir de las dinámicas perversas en las que se encuentran y consienten una y otra vez. En otras experiencias, muchas de ellas, la violencia, el desamparo, el miedo y la negación sistemática de su persona, se inició en la familia de origen y tiene de violencia de género todo aquello que arrastra de la violencia doméstica en la que creció,... ¿Y todo esto se supone que se llama de la misma manera?

-Cuaderno de notas- 15 noviembre 2012

Para el profesional de la salud la violencia de género a detectar está cerca de un imaginario creado en las campañas estatales de sensibilización y tiene que

ver con una idea “hegemónica” de violencia contra la mujer.⁵⁶ En ellas se fomenta la imagen de dos perfiles estáticos, la de la víctima y la del victimario que se relacionan entre sí dentro de una estructura social igualmente fija, el patriarcado, aparentemente capaz de justificar y clarificar cualquiera de estas conductas.⁵⁶ Sin embargo este somero entendimiento no permite apreciar el carácter relacional, procesual e histórico de la violencia de género⁵⁶ y puede estar comprometiendo diagnósticos e intervenciones necesarias para alcanzar su erradicación⁵⁷

Venía a la consulta acompañada por él: “No se qué le ha pasado últimamente, es como si le hubieran cambiado: tomaba decisiones importantes sin contar conmigo, tenía otras prioridades que no éramos yo y su hijo y, cuando se enfadaba se ponía a romper cosas. A veces me daba miedo y me tenía que encerrar en alguna habitación, pero desde que ha nacido su hijo es distinto, está pendiente del niño y también a mi me cuida bastante”

-Diario de investigación- 8 octubre 2013

Si bien la violencia consiste en el uso de la fuerza con el fin de producir daño u obligar a alguien, merece la pena distinguir entre violencia o maltrato, conducta violenta y conflicto. Entre la primera y la segunda se da una clara diferencia en función de la perdurabilidad que este tipo de conductas tienen en el tiempo. Sin embargo, ¿en qué lugar se establecen los límites que diferencian el conflicto en una pareja y la violencia que acaece entre sus miembros? (56). Se puede decir que la violencia rebasa unos límites normales o aceptables pero, ¿quién establece la normalidad en que se deben situar esos límites? Y es que aquí se abren distintos frentes de interpretación que pueden resultar confusos e inciertos en función de quién y cómo se ha construido la subjetividad de quién observa

Todavía recuerdo la profunda ansiedad que acarreaba después de escuchar sus palabras, después de escuchar atentamente como su cuerpo y su voluntad eran violadas una semana más tarde de haber soportado una cesárea. Ella le exculpaba por ser hombre y “tener esa necesidad que ellos tienen”. Era capaz de aceptar la necesidad del otro y hacerse cargo de ella [más bien hacerse una carga con ella]. “No sé cómo acabará esto. Sé qué es lo que tengo encima pero por ahora tiene que ser así”. [...].

-Diario de investigación- 4 octubre 2012

Sería fácil delimitar conflicto y violencia colocando las agresiones físicas en la línea divisoria. Sin embargo no es extraño que aparezcan conflictos de pareja, en los que se puede llegar a emplear la fuerza con el fin de gestionar las diferencias, mientras se mantiene cierta simetría entre los miembros. Simetría que está ausente cuando hablamos de violencia en la que, estos códigos parcialmente compartidos, se rompen.⁵⁸ El contexto habitual en el que se desencadena la violencia es el desequilibrio de poder. Más en concreto, en la violencia de género son las relaciones de género que se dan entre las

personas las que “*inscriben en las interacciones un desequilibrio de poder que, en determinados procesos, puede dar pie a la emergencia de la violencia*” (56). Por ello cuando hablamos de que una de las condiciones que hacen que la violencia perpetrada sea “de género” y no de otro tipo es que el desequilibrio de poder tiene lugar entre identidades de género (masculinas y femeninas) y, por lo tanto se sujeta a distintos marcos interpretativos según sean los procesos históricos, sociales, relacionales y contextuales en los que se han construido estas identidades.

Ese desequilibrio de poder se gestiona en la intimidad de una relación en la que miedos y deseos de distintas subjetividades convergen en un mismo contexto, con frecuencia indiferenciado. En él se ponen en juego múltiples experiencias de dependencia y reconocimiento que pueden llegar a ocultar el desigual acceso a los recursos (materiales, simbólicos o institucionales) con el que cuenta cada posición.⁵⁶

“Él siempre ha sido un hombre muy cabal. Todo comenzó al jubilarse. Yo estoy limitada con mi enfermedad y él tiene un nuevo círculo de amistades y actividades en el centro de mayores. Ya le dije a la forense que no le voy a denunciar, que no pueden forzarme a que lo haga. Es mi única familia y le quiero. Si él se quiere separar de mi, que me lo diga, pero yo no me voy de mi casa. Puedo convivir con su indiferencia, solo quiero que no me pegue”

-Diario de investigación- 3 junio 2013

Uno de los lugares en los que se materializa esta distribución desigual en el acceso a los recursos es, entre otros, en nuestros cuerpos generizados -vulnerables, dependientes y diferentes- de mujeres y de hombres, efecto y parte de las relaciones en que nos vemos inmersos desde la infancia y en las que se nos enviste de unas obligaciones y unas querencias que se modifican con las propias prácticas y relaciones.⁵⁶

Estos géneros conjugados y encarnados interaccionan de forma especialmente profunda e intensa en la intimidad de la sexualidad y la reproducción. Intimidad en la que convergen las diferentes necesidades, deseos y miedos de unas y otros. Estos han sido elaborados artesanalmente en cada historia, en cada secuencia de experiencias encarnadas. No se trata solo de poder tener acceso al placer, al afecto o a la libertad de decidir; incluye también la singular manera de ser reconocido como mujer y como hombre que se dirime en el imaginario⁵⁹ particular de cada cual.

Está embarazada. No cuenta con ningún soporte familiar, ni económico (ha perdido su trabajo cuando comunica que está embarazada), solo su pareja. Desea continuar con su embarazo a pesar de que él no quiere tener hijos. Me ha pedido que hablara con él. Estaba muy nervioso y angustiado. A veces le daba miedo de él. Él no quería consultar a ningún psicólogo ni psiquiatra porque no estaba loco. [...] Ha entrado a la consulta un hombre

joven que era incapaz de mirarme a la cara. Ha comenzado a mirarme después de haber escuchado su conflicto sin emitir ningún juicio al respecto. No ha dejado de apretar los puños en todo el tiempo que ha durado la entrevista. He sentido miedo. Miedo de su miedo. Cuando él decía que temía poder hacerse daño y poder hacerla daño, yo podía sentir su poca capacidad para controlar los impulsos. Las emociones se le echaban encima. Veía como apretaba más y más sus puños hasta que temblaban cuando hablábamos de la responsabilidad que conlleva el tener un hijo, y que él tenía claro no querer asumir. Sentía su culpa, su dificultad para respirar y cómo sus labios cambiaban de color, de una palidez rosácea a un azul amoratado. [...] Le pregunté qué se sentía capaz de hacer y él me contestó “¿te refieres a pasarle una pensión?” [Parece que el tener un hijo significa exclusivamente soportar su manutención]. “No, me refiero a qué responsabilidad sientes tú que en este momento eres capaz de asumir con respecto al hijo que tú pareja quiere tener” “NINGUNA, pero si la deo no puedo soportar sentirme culpable de que se vaya a una casa de acogida”

-Diario de investigación- 23 mayo 2013

Ahora bien ¿es posible contextualizar adecuadamente determinadas experiencias que surgen en el contexto de una relación mediante de encuestas o haciendo caso omiso de una de las partes?^{54,57}.

En este tupido ensamblaje de convenciones, cuerpos, necesidades, significados y modelos es difícil dirimir los límites entre género, sexo y sexualidad. Ello da lugar a un terreno difuso en el que se difumina la riqueza semántica de cada uno de ellos y con ello la posibilidad de in-corporar esos matices a nuestras formas de actuar.

Me sorprende la reticencia que muestran en especial los padres cuando se les sugiere la posibilidad de que hijos varones jueguen con muñecas o desarrollen actividades tradicionalmente relacionadas con el desarrollo de la sensibilidad y el cuidado de otros. En ellas se adquieren habilidades y valores que nos acercan al ejercicio de la responsabilidad y la ética común. Sin embargo, parece que temieran que la orientación sexual de sus hijos (varones) se definiera por la reproducción de comportamientos históricamente asignados a mujeres ¿Qué hace tan difícil diferenciar la identidad sexual de los hombres y las mujeres de su orientación sexual?

-Cuaderno de notas- 7 marzo 2013

En la historia de la modernidad se han conocido situaciones de ambigüedad similar cuando hombres y mujeres comenzaban a trabajar juntos de forma indiferenciada en las fábricas. El temor al “desorden de la sexualidad no regulada florecía allí donde las líneas sociales de la diferencia sexual eran

borrosas”.⁶⁰ Esta ausencia de diferencias simbólicas entre los sexos indicaba un “grave desorden” social. Para impregnar de moral a las clases trabajadoras era necesario “*articular y reforzar la diferencia sexual*” y para ello, describir la maternidad como el trabajo fundamental de las mujeres.⁶⁰ Parafraseando a Ortega Cañavate se podría señalar que hombres y mujeres no son causa de las relaciones de poder, sino efecto de las mismas.⁶¹ Por lo que sería al menos discutible, en nuestra historia contemporánea, regirnos por los mismos patrones de antaño. Lo que en generaciones anteriores se integraba dentro de los patrones de comportamiento habitual como consecuencia de la distribución de roles, hoy en día podría ser cuestionado:

“Me duele ver la poca paciencia que tiene con nuestra hija, cuando le molesta le da una bofetada sin más; ver cómo se levanta a cualquier hora sin prisas, como si no tuviera interés; me duele ver como no es capaz de hacer ningún esfuerzo por mejorar nuestra situación económica; me duele ver los restos de comida de su cena del día anterior encima de la mesa esperándome para que sea yo quien los recoja a pesar de tener que interrumpir constantemente el sueño durante la noche para amantar a nuestra hija; Me duele cada vez que me dice que yo no se hacer las cosas, que me toman el pelo porque soy inmigrante cuando he sido yo quien se ha encargado de todo”

-Diario de investigación- 23 mayo 2013

Desde la perspectiva de género se ha hecho mucho hincapié en diferenciar términos que con frecuencia se utilizan indistintamente: violencia de género, violencia de pareja contra las mujeres, violencia doméstica, violencia familiar.⁶² Más allá de los valores y compromisos políticos que se oculten detrás de cada uno de estos términos, el conflicto esencial que se plantea en el núcleo de todos ellos surge en la intimidad del vínculo afectivo entre mujeres y hombres. Este vínculo en parejas heterosexuales y occidentales, desde la perspectiva social y relacional que adoptan García Selgas y Casado Aparicio se fundamenta en “*la articulación de (in)dependencias materiales y simbólicas que afectan a las subjetividades y a las relaciones de poder que la pareja envuelve*” (63). Cuando hay descendencia de por medio es fácil que se distorsionen los límites entre lo dominado y lo dominante, entre lo violentado y lo protegido:

“En verdad lo que me duele es la indiferencia que muestra a nuestros hijos. No me importa lo que me diga a mi porque yo ya soy una mujer, pero a nuestros hijos, tan pequeñitos todavía... Para evitarlo cuando llega, les encierro en su cuarto, para que no le molesten”

-Diario de investigación- 13 mayo 2013

El psiquiatra Rojas Marcos señala que la violencia se aprende. Sus semillas se cultivan en los primeros años de vida y casi todas son fruto de interacciones sociales tales como la inmersión en una cultura patriarcal, el abandono [emocional] en la infancia, la marginación, la pobreza, el desempleo, la falta de

expectativas de crecimiento...⁶⁴ Otros autores, con frecuencia vinculados al campo de la salud, destacan el carácter intergeneracional de la violencia de género.⁶⁵ No obstante, no todos los individuos que están sujetos a este tipo de interacciones acaban inmersos en relaciones violentas.

Un modelo más cercano a la experiencia interpersonal del cuidado es el modelo ecológico que proponen Heise, Ellsberg y Gottemoeller.⁶⁶ Desde esta visión se considera que para que emerja la violencia, más que factores causales, se produce una interacción de múltiples factores de vulnerabilidad y ausencia de factores de inhibición. Cada individuo que interacciona tiene su parte de responsabilidad en la representación o rechazo de la violencia (ANEXO II y III respectivamente). Si bien no se debiera señalar a alguien como “dañado o forzado de manera absoluta, obviando la dimensión socio-histórica, relacional y situada” tampoco debería reducirse la presencia o ausencia de violencia a la simple percepción que cada individuo pueda tener sobre esta.⁶⁷

Embarazada, 18 años, varios episodios por traumatismo durante la infancia, un supuesto intento autolítico. Cuando le pregunté por su situación en casa, sentí que se ponía a la defensiva y me preguntó la razón de esa pregunta. Le quité interés y peso. La dejé estar durante casi una hora con la excusa de valorar las contracciones que tenía. Al darle el alta la volví a preguntar. Me respondió al borde del llanto. Lo negaba una vez más con contundencia y se sentía ofendida por mi sospecha [...]

-Diario de investigación-21 julio 2012

No obstante es tal la presencia que ha cobrado en los últimos años la VG en los medios que resulta relativamente fácil (y cómodo) señalarla mientras desviamos la mirada de otras formas sociales de violencia, no necesariamente más tenues, contra las múltiples expresiones individuales de ser mujer y hombre:

Llegó a la consulta por una orden de alejamiento que tenía contra el que era padre de su futuro hijo. El conflicto y agresión surgió al saber de su embarazo. Me habló de lo sola que estaba, de su familia sin querer saber de ella, de su pulular entre casas de acogida y hogares para madres, del dolor por tener que dar a su hijo en acogida. La pregunté: ¿hay algo bueno que te haya pasado en este tiempo? “Mi bebé. Me ha hecho sentir fuerte y siento que le he podido proteger”, ¿estás segura de querer darle en adopción? [...]. “Ha optado por la tutela” “Ha sido muy fuerte”. “Qué horror” “No había manera de separarlos”. “Este tipo de casos se tienen que ir trabajando poco a poco”, “¿cómo se ha podido llegar a esto?” Escucho y callo. Me siento terriblemente turbada. La inquietud y la angustia me retuercen cuando me quedo sola. ¿Hice mal al plantear otra posibilidad? ¿Todo este dolor es por mi culpa? Por otro lado, ¿Qué hay de malo en que se exprese con resistencias y llantos el profundo dolor que puede sentir una madre cuando la separan de su hijo? Es tan revulsivo presenciarlo que existe la necesidad de ocultarlo. Estoy aturdida.

[...]. Un día más tarde me acerqué a verla. Sonreía. La encontré radiante mientras intentaba amamantar a su hijo: “es mi hijo Pilar, no le voy a dar a nadie”

-Diario de investigación- 22 octubre 2012

7.2 Dificultades y resistencias en la detección del maltrato desde una perspectiva de cuidado

Más allá del concepto de violencia y de su origen o causa, los miedos, dificultades y resistencias profesionales emergen en el encuentro, en el contexto en el que se descubren y confrontan dos subjetividades, la de la profesional y la de la paciente. Pero el personal sanitario no presenta en esta interacción una intervención personal, individualizada y aislada del sistema. Si bien los escenarios que en este trabajo se presentan contemplan la actuación o discurso de individuos aislados, no hay que olvidar que ellas y ellos desarrollan su actividad de forma cooperativa en un sistema o equipo del que forman parte y en el que actúan con la connivencia de no alterar el marco de referencia.⁶⁸ No se trata pues de analizar y cuestionar actuaciones individualizadas de determinados profesionales, sino el marco referencial que favorece la puesta en escena de determinados discursos y prácticas e invisibiliza y desdeña la representación de otros.

Pierre Bourdieu pone nombre a la violencia simbólica que se ejerce en un orden de dominación. Se trata de aquella violencia que se establece mediante prácticas y creencias establecidas y aceptadas en la estructura social, que funcionan a modo de matriz, como único referente de las percepciones de los miembros de esta.⁶⁹ Es un tipo de violencia que no puede ejercerse sin la participación de quienes subyacen a ella⁶⁹ ya que es, en esa repetición de prácticas sin apropiación personal de sentido, en las que se organiza la estructura dominante.

Si bien la violencia simbólica se hace invisible para sus propias víctimas y es ejercida a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación, debería hacerse más patente la diferencia que hay entre la existencia de un orden simbólico de dominación y las prácticas concretas que lo expresan y consolidan. Si desde una perspectiva estructural, la interacción violenta puede quedar explicada como producto y consecuencia de una estructura de dominación, desde una perspectiva relacional puede entenderse como ejemplo de cómo interactúa el poder con la comunicación y el reconocimiento. En este sentido se puede hablar de un “*marco simbólico de dominación*” (en el que tanto la sociedad como sus instituciones y sujetos pueden estar inmersos) que puede estar produciendo sentido en determinado orden de relaciones delimitado por contextos culturales, ideológicos y sociales.⁵⁶

Me estaba diciendo que no era correcto preguntar exclusivamente por VG a aquellas mujeres en las que se detectaran indicadores, que lo indicado, según la literatura científica, era preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que pasaran por la

urgencia. Algo así como protocolizar la pregunta. Yo siento sin embargo que de esa manera nos exponemos a sistematizar el acto de la pregunta y a evitar un posicionamiento más personal, más cercano, más próximo a la experiencia que traiga a cada mujer hasta aquí, a su historia. [...] corremos el riesgo de desaprovechar la puerta que se abre a la intimidad cuando es el cuerpo el que no soporta el malestar y habla. Como si estuviéramos desestimando su cuidado.

-Diario de investigación- 30 de marzo 2012

En la disciplina enfermera el objeto de cuidado no solo es el cuerpo, si no la persona, el individuo, el ser humano *“con capacidad para la abstracción, la imaginación, el lenguaje, el pensamiento, la sensación y la emoción y que se encuentra en renovación y remodelación continua”*.⁷⁰ Ahora bien, la función de cuidar sitúa al profesional en contacto directo con la intimidad de la persona a la que se cuida, se apoya en la relación y exige tiempo, privacidad, sensibilidad y respeto para que la persona cuidada pueda descubrir su intimidad: la de su cuerpo, de su comportamiento, de su subjetividad o de su entorno familiar sin olvidar, además, que existe un espacio íntimo velado, que también debe ser respetado.⁷⁰ Se trata de encontrar las vías para ejercer una práctica responsable dirigida al crecimiento mutuo de quien es cuidado y de quien cuida.⁷¹

Estos valores sin embargo no son los que se promueven en el aparato científico y en el modelo biomédico. En ellos todavía continúan vigentes las secuelas de una estructura de dominación patriarcal.⁷² En el desarrollo de las teorías de las relaciones objetales se explica cómo hombres y mujeres van conformando su identidad de género a través de las relaciones con los otros y cómo el desarrollo de aquellas identidades, que necesitan individualizarse y separarse defensivamente de la persona responsable de su cuidado, socialmente devaluada, entran en conflicto cuando tienen que involucrarse *“personalmente en el mantenimiento bien de las relaciones, bien de los otros que participan en ellas”*.⁷³

No son solo los profesionales sanitarios los que construyen (en tanto en cuanto repiten discursos y prácticas) y son construidos en este marco referencial, se trata de toda una sociedad. Goffman observa cómo ante el hallazgo de determinadas situaciones “incomprensibles” tanto profesionales como pacientes adoptan y mantienen un papel, desarrollan una representación que permite la adopción de un acuerdo entre las partes sobre “cuáles serán las demandas temporariamente aceptadas (las demandas de quiénes y concernientes a qué problemas)” así como un acuerdo en lo referente a *“la conveniencia de evitar un conflicto manifiesto de definiciones de la situación”* y visibiliza cómo hay médicos que se ven obligados a recetar placebos porque es lo que sus clientes desean *“con todo el alma”* como muestra del grado en el que algunos profesionales se ven obligados a desempeñar su papel sin abrigar dudas sobre lo que ante ellos se representa.⁷⁴

“La gente lo que pide es llegar al médico y que se le solucione el problema, una pastilla para no tener que pensar, pero desgraciadamente así no se puede. Estamos en una sociedad completamente medicalizada y se ha llegado a creer que con una pastilla se pueden solucionar tus problemas. Así no se puede”

-Diario de investigación- 19 marzo 2013

Desde esta identidad defensiva, que se define y experimenta de forma abstracta y de forma aislada de las demás personas,⁷⁵ parece existir un miedo oculto a descubrir una realidad insoportable. Este temor desdibujado podría ser un factor más para inhibir la apertura de canales de comunicación reales dirigidos a entender qué es lo que le está pasando a cada paciente.⁷⁶ Si bien parece que el tomar conciencia de esa realidad hace que, sistemáticamente me convierta en la persona responsable de su gestión, de su manejo, esta actitud podría ser sin más un lastre que arrastramos con frecuencia del paradigma biomédico de salud.

Esa ha sido la manera en que hemos aprendido a actuar frente a la enfermedad. Hemos tenido que aprender a despojar a los cuerpos de toda su humanidad para poder trabajar con ellos⁷⁷ e incluso llegar a decidir por ellos. Es desde esta perspectiva desde dónde está comprobada la alta eficacia que tienen los protocolos. En determinadas situaciones en las que cada acto se adscribe a unas condiciones previamente definidas, los protocolos confieren independencia a las distintas categorías profesionales a la hora de trabajar o de tomar decisiones y, agilizan los procesos pero, ¿son todos los cuidados protocolizables? La necesidad de aplicar protocolos claros y bien definidos acota los diagnósticos, reduce la incertidumbre y evita la implicación personal de los profesionales de la salud. Por otro lado anula las posibilidades de encuentro con la persona, sujeto de interacción y encuentro de la disciplina enfermera.

Es, por tanto, desde esta perspectiva del cuidado desde la que se pretende abordar la intimidad con el fin de identificar el maltrato. No se trata de desarrollar un conocimiento pseudoexperimental elaborado a partir de otras disciplinas como pudieran ser la médica, la psicológica o la sociológica entre otras. Se trata favorecer el despliegue de la disciplina enfermera desde una corriente humanista en la que el fin último de su práctica sea alcanzar el máximo desarrollo humano mientras se aleja de la hegemonía del determinismo tecnológico y bio-médico⁷⁰

“La verdad es que yo no soy quien para preguntarle a nadie cómo le va en su relación. No creo que esté capacitada para ello. Creo que lo que la gente puede esperar de mi es que le atienda en su enfermedad o en sus lesiones pero esto me parece intrusismo”

-Diario de investigación- 20 febrero 2013

De otra manera corremos el riesgo de precipitarnos y ser nosotras quienes pongamos palabras a la experiencia ajena. En esta torpe práctica puede ocurrir que lo que es nombrado por el profesional, no coincida con la vivencia de lo que la mujer experimenta o siente. *“Poner palabras a la propia insatisfacción es el primer paso para actuar sobre ella”*²⁰ De esta manera aumenta el riesgo de producir sesgos de detección en la identificación de la población diana. Así pueden aparecer actitudes de negación, características de la fase precontemplativa⁷ cuando el sentido de nuestras palabras no se soporta:

La enfermera y auxiliar responsables de su cuidado en planta se sorprendieron por la facilidad con la que su pareja menospreciaba la capacidad de esta mujer para cuidar de su hija recién nacida, el tono despectivo y fuerte que utilizaba para referirse a ella, con frecuencia delante de extraños y a la vez la nula involucración del padre en el cuidado de la criatura. Pedí al celador que trajera a esta mujer al paritorio para entrevistarla. Teníamos demasiado trabajo como para que fuera acercarme a la habitación a hablar con ella. Me estuvo esperando sola en una de las habitaciones sin saber a qué la habíamos traído. En su habitación quedaron su pareja, su hija y algún familiar más. Intenté mostrar cercanía y respeto. Expliqué que teníamos una consulta donde podíamos hablar con calma con mujeres que se encontraran en una situación de maltrato y dónde ellas se pudieran desahogar de las dificultades que pudieran estar teniendo. Yo misma me escuchaba y me daba cuenta de que el resultado de la entrevista estaba sentenciado. Su respuesta fue rotunda. “Yo no soy una mujer maltratada”

-Diario de investigación- 3 julio 2012

No somos nosotras quienes tenemos que decidir si lo que ocurre es o no perverso, hiriente, dominante o violento. Eso nos convertiría en jueces. Se trata de disponer del espacio y el tiempo donde lo que ocurre pueda ser nombrado. La palabra acota y da un sentido a la experiencia que desde la idea corre el peligro de desvanecerse:

Al entrar en la consulta la paciente se está vistiendo. Es el cambio de turno. No parece estar de parto. Su pareja espera frente a la mesa donde mi compañera registra los datos de valoración. Es de origen sudamericano, de aspecto joven y educado. Cuando la paciente sale del baño, me llama la atención su cara llamativamente triste. La pido que pase conmigo a otra sala y le pongo un monitor para valorar las contracciones que tiene. Apenas pasan cinco minutos le pido a su compañero que salga fuera durante unos minutos con la excusa de respetar la intimidad de otra mujer que supuestamente entrará en la misma sala. No pone ninguna pega y sale sin más.

Valoro la historia clínica de la paciente. Numerosos episodios de urgencias, interconsultas a salud mental, tratamiento antidepresivo, algún intento autolítico y tres hijos más, el menor de año y medio. La pregunto por el embarazo, cómo ha ido. Por los antidepresivos. Los dejó en el tercer trimestre de embarazo de forma progresiva y, aunque reconoce que se encuentra un poco lábil y de cuando en cuando le dan “bajones”, saca fuerzas para luchar por la hija que va a tener. Pregunto por el padre de sus hijos. Con este hombre [su actual pareja] le va bien. No da tregua, no abre posibilidades para ir más allá de lo personal. Comento que tenemos una consulta donde las mujeres pueden acudir para hablar de problemas, cosas que preocupen y que con frecuencia no se pueden compartir con nadie. “Eso fue lo que me pasó cuando me tomé las pastillas, que no podía hablar con nadie”. Se echa a llorar.

-Diario de investigación- 23 marzo 2013

Por lo tanto, más que detectar mujeres maltratadas, se trata de detectar *contextos de vulnerabilidad* para permitir que sean las personas envueltas en esas dinámicas turbulentas las que vayan poniendo palabras poco a poco a lo que sienten y les ocurre. Estos contextos de vulnerabilidad más que definir niveles de riesgo en la destrucción de una persona, señalan un desajuste en el frágil equilibrio en que se sostienen las dependencias materiales y simbólicas con las que se gesta el vínculo afectivo en una relación.⁷⁸

[...]¿Detección de qué? Las formaciones fueron dirigidas a detectar situaciones de riesgo. Esta palabra, “riesgo” alerta sobre algo grave que puede ocurrir y, anula así la posibilidad de entender lo que está ocurriendo. ¿No sería mejor hablar de detectar la vulnerabilidad? Creo que será mejor cambiar el nombre del formulario de sospecha de violencia de género. A partir de ahora le llamaremos Formulario de Vulnerabilidad PSicoSocial (FVPSS)

- Cuaderno de notas- 14 octubre 2012

“He citado en consulta una mujer que vino a urgencias. La verdad es que no tenía en su historia ningún indicador de vulnerabilidad pero me sorprendió que me preguntara qué tenía que hacer si no quería que su marido estuviera con ella durante el parto. Le ofrecí la consulta para hablar tranquilamente de ello y accedió”

-Diario de investigación- 5 abril 2013

Dependencias en las que subyacen desde la necesidad de acceder a unos ingresos, alimento, seguridad o cuidado, hasta la posibilidad de acceder a

redes de apoyo, la necesidad de obtener algún tipo de reconocimiento o la necesidad de tener descendencia y criarla.⁷⁸ Ello, junto a la desigualdad en el acceso a cada uno de los recursos que posibilita su obtención podría justificar la amplia incidencia de la violencia durante el embarazo que, a pesar de aparecer con más frecuencia que la hipertensión o la preeclampsia, rara vez se considera en una consulta de salud reproductiva⁷⁹ y, por lo tanto tampoco se miran sus consecuencias. Desde el enfoque biomédico, fundamentado en los conceptos abstractos de la ciencia, no se definen ni categorizan adecuadamente las múltiples experiencias del cuidado en la salud. Esta falta de reconocimiento, se llega a traducir en acciones específicas de cuyas consecuencias también nos desentendemos.

Acudió por primera vez a la consulta embarazada y con su hija de dos años. Una niña pequeñita, de piel pálida, cara triste y unas ojeras profundas en su rostro. “Me dice que me va a cortar la cabeza antes de que nazca este bebé. Él no quería tener otro hijo” –cuenta llorando y afligida su madre-. Nunca en su vida, por lo que cuenta, la han tratado con dignidad. Ni en su familia, ni en los trabajos que realizó, ni sus parejas, ni siquiera nosotros que dudamos de su competencia cognitiva. Su aspecto deteriorado, envejecido y poco cuidado tampoco inspira confianza suficiente para considerar que esta mujer haya desarrollado un mínimo de autonomía. Aunque es evidente que la tiene. Me parece que su único retraso es el no haber sido escuchada (y por lo tanto desconocer que tiene un criterio propio), ni haber podido nunca decidir. En Servicios Sociales no conocían esta situación. En su expediente figuraba la normalidad familiar hasta que la profesional que les atendía tomó la determinación de acercarse a su casa: Volvió asustada. Era un lugar desolador, sin muebles, sin adornos, sin recuerdos, sin cuidado, sin comida en la nevera, desconchado y roto. [...] No quiso dejarle solo, ni en la cárcel [...]. Está a punto de dar a luz. [...]. ¿Habría que asegurar la protección de esta niña? ¿Habría que sacarla de ese espacio de negligencia en los cuidados más elementales? ¿Acaso la institución favorece la consolidación de vínculos afectivos más sólidos? ¿Supondría eso desapropiar a esta mujer del único valor que le ha sido reconocido?

-Diario de investigación- 27 mayo 2013

Ser reconocido podría considerarse entonces como una necesidad profunda e inherente al ser humano, es ahí donde se sostiene la propia identidad. Aunque este contexto de reconocimiento sea además un núcleo de agresión, puede llegar a experimentarse como un espacio que confiere seguridad, al menos, menos violento que otro de no reconocimiento. Nadie está exento de reproducir estos contextos de dominación en tanto en cuanto se obvia la dependencia simbólico-emocional que entra en pugna en la contingencia de cada relación⁷⁸

Fue la policía quien trajo a esta mujer al hospital. La encontraron en la calle caminando por la noche con una bolsa, su hija pequeña y su hijo recién nacido.

No tenía donde ir y no era posible comunicarse con ella por no hablar español. Nadie sabía donde mandarla ¿qué pasaría con los niños? Llegó al hospital, al parecer la habían agredido [...] Los rumores del maltrato de su pareja, la denuncia, la preocupación por los menores, las incongruencias de los hechos con el comportamiento de ambos durante su ingreso reciente. Se desataban los relatos de incredulidad

Dos semanas más tarde reconozco a esta familia en la sala de espera. Allí están los cuatro, una vez más. Intentamos hablar con ella en inglés y en español. No es posible hacer una entrevista a fondo. Habla el urdu. Seleccione esta opción en el teléfono con servicio de traducción. Alguien descuelga al otro lado de la línea. Lástima, es hombre. Me presento y le informo de la situación en la que tendrá que intervenir. Me asegura la confidencialidad de la entrevista y lo comunica a la paciente. [...] Me sorprendía como esta mujer cuando hablaba en urdu, tenía tonalidad en su habla, gestualidad en su cara, contundencia y fuerza en sus expresiones. Era como si se tratara de otra mujer. ¿Así de simple era? Tan fuerte podía llegar a ser la limitación del idioma, de la cultura. ¿Tan fuerte y violento puede resultar sentirte cuestionada por otro orden de creencias y símbolos? ¿Tenía que ver el sexo del traductor? ¿Qué efecto ejercía su acompañamiento y traducción telefónica? ¿Se estaría viendo obligada a ocultar algo?"

-Diario de investigación- 8 abril 2013

Pero en el campo profesional, se detecta cierta necesidad de silenciar aquello que no se entiende, tosca manera de lidiar en la práctica con la incertidumbre. Este tipo de actitudes niegan una y otra vez la existencia de otra realidad, la de la paciente, de aquellos hechos o situaciones incomprensibles desde la medicina pero no por ello indignos de una atención, un acompañamiento y un cuidado. Progresivamente, de la misma manera que no hay lugar para el reconocimiento de alguien cuyas expresiones y síntomas son invisibilizados sistemáticamente, no hay lugar para la asunción de una responsabilidad de cuidado del otro. Si bien la enfermedad se percibe como el defecto de una función u órgano, considerar exclusivamente el "mecanismo corporal" supone un descuido estructural de la dimensión humana:⁷⁷

"Acaban de comunicarle que ha expulsado el embrión y le confirman que se puede ir a casa. Se ha quedado en estado de shock. La ha invadido un temblor fuerte y generalizado. Su cuerpo se ha quedado rígido, ausente y sin habla".

*[...] Su marido, de origen marroquí, como ella, es tosco, incisivo, poco comunicativo y su mirada distante y desconfiada. Ha llegado a generar posiciones defensivas en el personal. La paciente no le habla, ni le mira. "Parece que tiene un miedo horrible a marcharse". Sospechan que sea un caso de maltrato y que actúe de esa manera porque no quiera volver a casa con él [...] ¿Te encuentras mejor? ¿Estás bien en casa? ¿Te cuida tu marido? ¿Te ha pegado alguna vez? ¿Tienes miedo? ¿Quieres que pase tu marido contigo? Afirma sin vacilar. Cuando entra a la habitación, se acerca a ella con delicadeza y le acaricia el brazo. Se hablan con suavidad.
"Es mejor que no nos metamos; La voy a dar el alta"*

-Diario de investigación- 18 marzo 2013

Recuerdo que hace unos meses vino a urgencias una mujer joven gitana. Contaba como un día antes había perdido el conocimiento en un centro comercial. La atendió un médico. La sentó en un asiento y esperó a que se le pasara pero ella no recordaba nada de lo que ocurrió. [...] Pensaba entonces en las "histéricas" de Freud y la posibilidad de que todavía existiera ese tipo de sintomatología.

-Cuaderno de notas- 20 marzo 2013

No todos los síntomas corporales que tienen como origen una lesión corporal, también pueden ser la manifestación de un sobresalto o un trauma psíquico. Depende de la sensibilidad de la persona, que la vivencia de tales emociones (miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico) tengan el efecto de un traum. Las manifestaciones motoras nunca se encuentran inconexas del contenido psíquico y es el retorno de aquella vivencia la que desencadena la crisis. Se trata, con frecuencia, de un cúmulo de traumas menores que representan distintas partes de una sola historia de calamidad, de unas impresiones privadas de una descarga adecuada, bien por miedo a resolverlas o a conflictos psíquicos dolorosos, bien porque las circunstancias sociales o el propio pudor le impidieron resolverlos, o bien, como puede ser el caso de las experiencias traumáticas en la infancia, porque el sistema nervioso fue incapaz en su momento de afrontar su resolución. Traer tal recuerdo a la conciencia normal y ponerle palabras permite que cese el síntoma y sienta las bases de un proceso terapéutico.⁸⁰ No obstante, me permito cuestionarme mi posicionamiento profesional como cuidadora si me acomodo invisibilizando una y otra vez ese tipo de sufrimiento ajeno y anulando con ello cualquier posibilidad de cambio, personal, profesional y social. Ahora bien, ¿todos los traumas o situaciones de sufrimiento detectadas esconden contextos de VG?

"Estos síntomas los puede tener cualquier persona que sufre y no creo que por ello todas ellas vayan a sufrir malos tratos"...

-Diario de investigación- 19 marzo 2013

En muchos manuales clínicos se señala la mayor tendencia a la enfermedad que puedan tener las mujeres que experimentan situaciones de violencia. El impacto negativo sobre su salud reproductiva y los trastornos de la salud mental, con frecuencia son claros indicadores sanitarios de la vulnerabilidad que presentan.⁸¹ Una mujer que no asume una interrupción de su embarazo está expuesta a repetir una y otra vez una cadena sin sentido de gestaciones e interrupciones.⁸² El destierro a la “pérdida de sí” cuando después de tener una hija o un hijo no se consigue elaborar un sentido de la propia maternidad puede provocar que la experiencia se enquiste en un orden simbólico que rebaja y desprecia el ser madre.⁸² El sentimiento de soledad o aislamiento que puede derivar de sentirse ajena a la experiencia.⁸³ Con frecuencia estas manifestaciones de vulnerabilidad son minimizadas al no encontrarse causas concretas que los provoquen sin llegar a entender que fueron ellas quienes, en un momento y contexto concreto de su experiencia, quienes decidieron ocultarlas:

Una violación por un desconocido, un día cualquiera. No poder hacer nada para evitar que un animal penetre tu cuerpo mientras te repite que no te va a hacer daño. Negar una y otra vez lo que ha ocurrido. No comentarlo con NADIE. “No he denunciado porque no iba a servir de nada”. Y mientras tanto sentir que la pena y la tristeza se apoderan del cuerpo. Un sufrimiento “encarnado”. Un sufrimiento del que nadie puede entender el origen porque ellas mismas lo borraron si no de su memoria, de la posibilidad de ser pronunciado

-Diario de investigación- 6 junio 2013

Se decía de ella que parecía un poco retrasada. Pero no era su conocimiento el que sufría el retraso, eran sus emociones. Como si se hubieran quedado bloqueadas tiempo atrás. ¡Quién sabe cómo la hayan tratado durante toda su vida! ¿Un trauma? Nunca lo sabría.

-Diario de investigación- 6 junio 2013

El hecho de que este encuentro esté inmerso en un proceso de gestación, enfermedad, lesión o malestar físico y que necesariamente pase por el cuerpo, abre la posibilidad de tener en cuenta percepciones y sentimientos que nacen de este y que previamente podían haber estado negándose. El hecho de que estos procesos se perciban como ajenos evaden a cada cual de asumir algún tipo de compromiso personal en relación a ellos, es necesario atender esta subjetividad que brota a través de la experiencia encarnada para poder despertar un sentido de responsabilidad personal. Pero esta vulnerabilidad no solo se teje en las relaciones íntimas, también en la persistencia de cierto orden social preestablecido.

“Lo que creo que me pasa es que tengo un cabreo inmenso porque no he sido capaz en mi vida de tener los huevos de decir y decidir lo que yo quería hacer [...]”

-Diario de investigación- 09 mayo 2013

Por ello no señalar la extrañeza nos alía con el problema, lo normaliza, lo valida y lo asienta como verdad absolut.⁸⁴ Puede que las mujeres no hablen pero sus cuerpos sí lo hacen, manifiestan un malestar que incluso en ocasiones tiene que ser atendido “con urgencia”. No abrimos a la escucha de ese malestar lo niega una y otra vez. Pudiera plantearse por tanto, que silenciar el desconcierto o el “absurdo” de situaciones incomprensibles para nosotras, no mostrando interés en entender qué es lo que ocurre, cuál es la experiencia de esa persona, por un lado pudiera interpretarse como una alianza con las condiciones estructurales que la provocan y la someten a permanecer entre la multiplicidad de necesidades humanas negadas, a la privación de acceso a un lenguaje propio. Por otro lado se estaría inhibiendo la posibilidad de que esa persona al ser escuchada desde una posición terapéutica pueda ir construyendo otro sentido de su realidad⁷⁶ ya que el verdadero sentido de la comunicación no es tanto entender lo que el emisor pretende decir sino el efecto que esta comunicación provoca⁸⁵ y es gracias a interacciones múltiples como imputamos sentido a la realidad y a nosotras mismas en ellas.

Se trata pues de apropiarnos de un nuevo sentido de responsabilidad profesional inherente a la práctica del cuidado. Más allá de la consabida responsabilidad jurídico-legal, tan considerada desde la perspectiva y práctica médica, se abre paso desde la praxis enfermera un “otro” compromiso que adquiere sentido de responsabilidad social por la salud integral del otro y de sí.⁷¹ Se trata de dos enfoques diferentes y no necesariamente convergentes aunque a veces, entrando en materia de la violencia de género parecen confundirse en un todo. Si bien los y las profesionales médicos se posicionan conflictivamente entre el deber, hacia el ordenamiento jurídico, de emitir un parte de lesiones o, el deber de respetar principios éticos como el de beneficencia, no maleficencia y autonomía hacia las mujeres,⁸⁶ el deber enfermero es el cuidar la integridad biopsicosocial de una persona y su criterio debiera ser considerado:

“Es que nosotros no podemos responsabilizarnos de todo y luego, quien va al juzgado somos nosotros ¿a que tú nunca has estado en un juzgado? Pues yo sí, y no quiero. Esa es nuestra responsabilidad”

-Diario de investigación- 19 marzo 2013

No todas las resistencias identificadas en la detección de casos en situación de vulnerabilidad son consecuencia de una estructura predeterminada y limitante. También entran en juego conflictos éticos que surgen no desde un orden moral idealizado sino del contacto directo con la naturaleza y el ejercicio del cuidado.⁷²

En el transcurso del proyecto se observó que a un amplio número de mujeres en las que se habían identificado indicadores de sospecha de maltrato no se les abría el formulario correspondiente (FSVG / FVPSS), ni se les ofrecía la posibilidad de acudir a la Consulta de Asesoramiento (CsAs). Y es que para los profesionales el acto de detectar el maltrato conlleva una carga extra, la de categorizar como maltratada a la mujer a la que asisten.

“No me parece que sea maltratada. Se trata de una mujer que cumple con algunos de los indicadores del formulario pero no se lo he abierto porque no me parece que se trate de un caso de maltrato. Se la ve bien cuidada y es bastante tranquila en sus respuestas, además parece que su pareja se preocupa por ella”

- Diario de investigación- 14 octubre 2012

A pesar de la delimitación en las actuaciones que conlleva derivar a la consulta de asesoramiento (y la descarga de responsabilidad que supone en vez de categorizar como maltratada a una mujer) para descubrir la vulnerabilidad, resulta imprescindible desarrollar habilidades de comunicación que permitan valorar la dimensión psicosocial de cada persona y aplicar en la relación de escucha empatía, veracidad, capacidad de contención, acogimiento y tolerancia sin perder el diferente y necesario posicionamiento entre profesional y paciente.⁸⁷

“Para mi lo más difícil es ofrecer la consulta de asesoramiento a la mujer si de ella no sale una demanda explícita”

“Yo no se hacer este tipo de introducciones, a mi me cuesta mucho hablar así con las mujeres ¿Por qué no nos escribes una guía de lo que podemos decir?, no se algunas preguntas...”

“Es que lo difícil es eso, encontrar las formas para que ella no se sienta... agredida”

“Esto es lo más difícil porque nos está negando que le pase nada y sin embargo, hay que justificar de alguna manera que le podría venir bien ir a una consulta a hablar de un problema que a lo mejor no tiene”

-Diario de investigación- 4, 27, 29 y 30 abril 2012

“Vino ayer una chica, estaba muy asustada, al principio no nos decía nada, venía por dolor mecánico típico pero después nos empezó a contar que había discutido por teléfono con su pareja y se puso a llorar. No quise

preguntarle más por si acaso. La hemos ofrecido la consulta y nos ha dicho que vendrá”

-Diario de investigación- 27 agosto 2012

En este cuidar de lo humano, no solo surge el distanciamiento desde la indiferencia o la falta de interés en el otro, en este caso “la otra”. También puede surgir desde el exceso de empatía, el apasionamiento o las expectativas de cambio.²⁰ Desde posiciones como esta en las que se desdibuja la profesionalidad con el exceso de empatía también se corre el riesgo de imponer otra realidad distinta a las necesidades, decisiones y tiempos que requiere cada cual.

Siento que la ideología puede llegar a estar lejos de la realidad, que el ideal no se cimienta sobre la experiencia cotidiana. Dudo de ese apasionamiento teórico como fórmula para ayudar a alguna mujer. Al menos eso ha sido lo que he sentido yo. Lejos de animarme por encontrar posiciones ideológicas que pudieran ser afines a la que fue la semilla de esta búsqueda de sentido, he sentido cómo la confusión se adueña de mí. Por un lado agradezco profundamente la muestra de apoyo y reconocimiento que hay detrás de sus palabras. Por otro, descubro mucha distancia entre su posición y la mía. Yo, hoy por hoy, no me siento especialmente orgullosa, más bien diría que me siento sola, triste, con frecuencia cuestionada, por no hablar del desasosiego interno que emerge cuando escucho determinadas historias sin solución a corto ni medio plazo y en las temo que el hacer el más mínimo cuestionamiento o cambio supone para la mujer tener que afrontar un dolor o riesgo. Desconozco si quiere hacer ese esfuerzo. Desconozco alguna ideología capaz de sostenerme en este lugar. Siento que la necesidad de acogimiento, respeto y comprensión puede estar muy lejos del afán de lucha y la reivindicación de derechos.

-Diario de investigación- 19 marzo 2013

Parece que, acostumbrados como personal sanitario, a indicar qué es lo que ocurre, y a delimitar cuál es el problema, nos quedamos sin recursos cuando lo que ocurre tiene que emerger en un diálogo en el que se conforme la experiencia ajena. “Cuidar de lo humano” acarrea la necesidad “de comprensión del ser humano”.⁷¹ No se trata solo de aprender a hacer una serie de preguntas claves y emitirlas sin más como se indica repetidamente en los protocolos; También hay que estar preparada para acoger y ordenar las respuestas que aparezcan ¿Es que acaso sabemos escuchar?; ¿Estamos preparados para escuchar todo lo que se nos relate conteniendo la impulsividad que desata la angustia de lo escuchado?

“Le notaba tenso después de volver del hospital. Parecía que le molestaba que hubiera venido a que me revisaran los golpes y heridas. Pasé a la cocina y cogí uno de los cuchillos grandes. Lo escondí en mi cintura, bajo la ropa. Cuando hizo amago de acercarse a mí se lo enseñé. Creo que eso le asustó bastante y desde entonces no se acerca a mí. Está más tranquilo”

- Diario de investigación- 3 junio 2013

Si bien una de las limitaciones más nombradas para el desarrollo y aplicación de la relación terapéutica en enfermería es, una vez más, la falta de tiempo,⁸⁸ también se percibe la necesidad de una formación más específica y menos intuitiva en esta materia.⁸⁸ La relación terapéutica exige del personal sanitario implicación no solo profesional sino también personal.⁸⁸ No tener herramientas y recursos con los que poder afrontar esta práctica podría suponer para el profesional una fuerte conmoción entre lo ajeno y la propia realidad. Transitar la violencia no hace otra cosa que colocarnos frente a las propias limitaciones personales y subjetivas. ¿Cómo voy a acoger en mi escucha algo que jamás me hubiera consentido a mí misma?

No la ofrecí la consulta porque dudaba tener herramientas profesionales suficientes para poder trabajar con ella. Una mujer soltera, joven y sin pareja, con un embarazo gemelar y madre de un hijo pequeño. Allí estaba, frente a mí. Habían identificado su vulnerabilidad y la habían derivado a la consulta según lo acordado. Su conducta era infantil, impulsiva, dependiente y, aparentemente incapaz de valorar riesgos sobre su salud y la de sus futuros hijos. Claro que ¿Quién establecía cuál era el riesgo? ¿Qué riesgo había en perder un embarazo que nunca decidió tener? “¿Qué voy a hacer?”, decía ella. “Y encima de dos... Pero yo quiero a mis hijos”. [...]. En servicios sociales le facilitaban comida y ropa. Su madre se encargaba del cuidado de su hijo. Alguien me dio la pista. ¿Qué tal el servicio de psicología de servicios sociales para ayudarla? Inicié las acciones oportunas para contactar con ellos. [...]. “No entiendo nada, Pilar. En servicios sociales me han dicho que me van a quitar los niños. ¿Sabes algo de eso?”

-Diario de investigación- 23 mayo, 10 junio 2013-

Si es importante detectar la vulnerabilidad es para cuidarla, para abordarla, para protegerla y acompañar en ella. Pero, en este cuidar del otro, ¿quién contempla las necesidades de quien cuida? La incertidumbre, la soledad, el agotamiento emocional, la inquietud por volver a establecer el contacto y saber cómo está, el miedo de sentirte involucrada en una desgracia o el conflicto ético que te puede suponer abordar un problema, no encuentran lugares de expresión y participación como para construir un conocimiento.²⁴ El

desasosiego y la sobrecarga emocional se mezclan con la necesidad de saber, de obtener algún tipo de retroalimentación de cada uno de los casos:

Hoy, intentando establecer lazos y responsabilidades con profesionales de atención primaria me pregunto si sería posible compartir los datos de esta mujer para que la cuiden y tener así un seguimiento de ella. Tengo tantas dudas sobre si el enfoque asistencial será el mismo: el cuidado de la persona. Sería tan fácil para cualquier profesional hacer un parte de lesiones destinado a proteger su cuerpo pasando por encima de su iniciativa, de su criterio o de su necesidad. Me produce mucho conflicto vulnerar la intimidad de una mujer si desconozco a la persona ante quien la expongo.

-Diario de investigación- 4 octubre 2012

Por otro lado, este compartir información se encuentra tan cerca de invadir la intimidad de las mujeres, de los hombres y sus familias. Exponer públicamente estos datos de carácter personal podría suponer para esa persona ser expuesta a una situación todavía mayor de desprotección y sobrevictimización.

“¿Por qué pone en el informe de mi hija recién nacida que yo soy una maltratada? No quiero volver a este hospital”

-Diario de investigación- 25 julio 2012

Este tipo de conductas no deja de dar muestra del miedo que subyace en los profesionales y los esfuerzos que se hacen por delimitar responsabilidades. No se trata de iniciar una nueva lucha de poderes para defender el territorio. Este tipo de acciones no tienen sentido salvo que se actúe desde el desconocimiento del otro y bajo el temor infundado de tener que asumir una responsabilidad que no es propia. Se supone que detrás del estereotipo de maltratada subyace la condición de deficiente⁸⁹ y la consecuente limitación en la capacidad para el autocuidado (y el cuidado de otros). Tal y como observa Goffman, cuanto más desconocimiento y extrañeza existe en una relación entre personas ajenas, mayor presencia y sentido tienen los estereotipos en esa relación.⁹⁰ Se desatan así, acciones sorprendentes cuyo único sentido es delimitar la responsabilidad de los actos médicos. Como si el hecho de desapropiarnos de la responsabilidad del cuidado permitiera apropiarnos de las decisiones ajenas. Este tipo de actos, una vez más, parecen responder a los códigos de identidad defensiva que se desarrollan más desde una necesidad de reafirmación de los propios límites que desde la necesidad de un conocimiento íntimo de las necesidades e intereses concretos de los demás.

Diría que es imprescindible poder compartir los casos con alguien que aporte objetividad y distancia para poder continuar ofreciendo un cuidado. Dejar que en la intervención tomen prioridad las emociones puede llevar a deficiencias asistenciales o incluso, a poner a las mujeres en riesgo:

Salimos de la consulta después de una hora Su pareja esperaba fuera esperando. Le saludé con amabilidad, sin prejuicios “¿Qué tal está la herida?”, preguntó. Nos miramos sorprendidas. Ninguna de las dos habíamos reparado en ella.

-Diario de investigación- 8 octubre 2013

Detectar la vulnerabilidad exige de la profesional disposición para la escucha. Si acontece el encuentro es fácil que se cree un vínculo terapéutico con la persona a la que se asiste. Será ella misma quien lo reconozca y lo quiera mantener:

Entiendo que la consulta de asesoramiento tiene sentido cuando no todos los profesionales tenemos herramientas para acompañar y escuchar a quien tenemos delante. Cuando esta mujer, accedió a volver al hospital para hablar más tranquilamente de su situación, buscaba ser atendida por la misma persona por la que se sintió acompañada y cuidada sin ser cuestionada (una nueva gestación después de seis interrupciones previas). Entiendo su reticencia a volver a abrirse. Se trata de una confesión única de un dolor, de un malestar profundo que se expresa. Ese momento representa una posibilidad única que será difícil volver a reconocer

-Cuaderno de notas- 15 de marzo 2013

También se han identificado dificultades en las mujeres para revelar la situación por la que están pasando: la vergüenza, el miedo, el sentimiento de estar traicionando a su pareja, el control que este ejerza sobre ella o la familiaridad que hayan podido desarrollar en su experiencia de vida hacia la violencia.⁸¹ Para vencerlas se necesita tiempo, confianza, respeto y estar abierta a permitir que surja la confianza:

[...]. Desapareció. Tuve la sensación de que ella tampoco fue capaz de escucharse contar lo que me había relatado o de volverme a mirar cara a cara con dignidad. Me sorprendió que me intentara localizar casi tres meses más tarde. La llamé y la llamé para hasta que di con ella: “Déjame Pilar, ya te llamaré yo cuando quiera”

-Diario de investigación- 4 octubre 2012

“Es tan vergonzoso contarte todo esto. Es como si estuviera desvelando mis miserias. Siento vergüenza de escucharme pero ¿qué puedo hacer? Él también ha recibido un mensaje en su teléfono informándole de que tenía cita para esta consulta y me ha preguntado para qué es. Quería venir conmigo”

-Diario de investigación- 23 mayo 2013

“Me siento como un perro que traiciona la mano que le da de comer”

-Diario de investigación- 06 mayo 2013

Ellas (y la sociedad en su conjunto) participan del mismo restringido marco referencial que relaciona el continuum salud-enfermedad con la exclusiva asistencia al cuerpo (enfermo), y por tanto solo se plantea la posibilidad de consultar ante problemas de salud física.⁹¹ El cuidado integral de la persona desempeñado durante siglos por madres, sanadoras, enfermeras y matronas, una vez más se vuelve invisible. Al presentar a algunas mujeres la posibilidad del diálogo y confidencia no solicitan más información al respecto. Entienden, al momento, el sentido terapéutico de esta práctica.^{84,91}

Entré a la habitación con la actitud de hablar tranquilamente, no sabía muy bien qué iba a encontrar aunque tenía presentes las tres amenazas de parto prematuro, los hijos previos nacidos también antes de tiempo, la necesidad inminente de fumar, la agitación, la inquietud y los comentarios de quienes la atendían “parece que está con síndrome de abstinencia de alguna droga que consume pero lo niega; No creo que sea un caso de violencia de género” [...] Entré en la habitación y la expliqué en qué consistía la consulta. Me sorprendió su respuesta: “... Ya, es un espacio para mí, para que yo hable con libertad de mis problemas ¿no?”

-Diario de investigación- 14 de junio 2013

En realidad no se trata de “contar” sin más “los problemas”. Se trata de crear un espacio de reconocimiento y respeto mutuo en el que se pueda poner palabras a la propia experiencia con la libertad suficiente como para poder nombrar los auténticos sentimientos, pensamientos o miedos... La sociedad, nuestro pasado y nuestro presente, no solo dificultan el reconocimiento de esta experiencia, sino que pueden hacer que parezca peligroso o nocivo identificarlas y expresarlas.⁹²

Una vez más parece haber una tremenda dificultad para identificar las emociones y sentimientos que habitan nuestros cuerpos. Lo ideológico, “el tener que”, “el deber de”, “el ser” están presentes en todo momento en que se pregunta cómo estás. En medio de todas esas ideaciones, las emociones se diluyen.

-Cuaderno de notas- 17 junio 2013

Ese espacio no es tanto un contexto físico sino una predisposición a la escucha de manera que, el pensamiento del otro nace en la relación, a través de ese acompañamiento “presente y aparte” que permite que lo experimentado se torne pronunciado en un proceso que podría representar la formación del pensamiento. Se trata de una actividad en la que se comienza a distinguir el sí mismo de un caudal de emociones y requiere del interlocutor que pueda abrirse a esa fuerza que nace a la vida en el otro, que se encuentre libre de objetivos cognitivos y de las prohibiciones de sus propios parámetros interpretativos. Esta fuerza o poder de elocuencia puede entrar en colisión con las estructuras defensivas más arraigadas y profundas de la persona que se intenta expresar a sí misma.⁹³

“Siento que cada vez que vengo me das coces”

-Diario de investigación- 03 de junio 2013

Vivimos en una cultura de no escucha con rígidos modelos arraigados profundamente en los que se ha suprimido lo más inaceptable, lo que requiere de mucho esfuerzo para ser escuchado. Cuestiones demasiado incómodas para ser escuchadas han pasado de ser inaudibles a ser inauditas. Sin embargo la escucha puede llegar a desbloquear los recursos creativos inmovilizados por la rigidez de una educación lógica tradicional. El movimiento que se genera nos libera del contexto cognitivo que se pone a la búsqueda incoercible de horizontes más lejanos.⁹³

En la cultura occidental hay múltiples referencias al método de la escucha o filosofía maieútica entendido como el arte de la obstetricia trasladado al ámbito de la filosofía. Por encima de todas las matronas están aquellas personas capaces de favorecer el nacimiento y la vida del pensamiento:⁹³

“Either we learn maieutic philosophy, the art of bringing to life the best way of thinking, or else there is nothing but panderism, stupidity and disorder in seeking to put thoughts together” (93)

Poder entender la subjetividad de la otra persona y acoger en la relación diversidad de experiencias, significados, valores y diferentes formas de estar y enfrentar situaciones cotidianas permitiría conocer, ser, saber y practicar el cuidado transitando por la vía de la intersubjetividad.⁷¹ Este proceso de transmisión de significados entre personas o grupos constituye la relación terapéutica.⁹⁴

7. Conclusiones.

La OMS en el año 2001 aprueba la *Internacional Clasificación of Functioning Disability and Health*⁹⁵ traducida a otros idiomas como *Clasificación Internacional de Funcionalidad, Incapacidad y Salud (CIF)*. En ella se relaciona la funcionalidad con las condiciones de salud y se califica la autonomía para la vida diaria no solo teniendo en cuenta las estructuras corporales sino también las habilidades desarrolladas para la participación social en el contexto de cada individuo.⁹⁶

Una cuestión queda en el aire: en esta funcionalidad social básica en la que se evalúan áreas del individuo como pueden ser el deterioro de las funciones físicas, las dificultades individuales para realizar una actividad concreta, las limitaciones o problemas de un sujeto para desenvolverse en distintas situaciones de vida y los factores ambientales y aptitudes que definen los distintos contextos de vida,⁹⁷ ¿no sería preciso incluir el desarrollo de las capacidades necesarias para sustentar el cuidado? ¿Acaso todo el mundo que ha desarrollado su máxima autonomía está capacitado ejercer el cuidado? ¿Cuáles son las habilidades y conocimientos necesarios para sostener la vida que, en sí misma es dependiente y vulnerable? ¿Se trata de desarrollarnos como individuos sin ningún otro tipo de compromiso o responsabilidad para con nuestra comunidad? ¿Acaso esta habilitación para el cuidado supone un nivel más en el desarrollo de la funcionalidad? ¿Es esta la diferencia básica que se propone en el CIF entre desarrollar una actividad y participar en la comunidad?⁹⁸

Por vulnerabilidad se puede entender aquellos aspectos individuales y condiciones sociales que aumentan la susceptibilidad e inequidad de los individuos creando diferentes contextos de injusticia social.⁹⁹ Así como se entiende la relación directa entre deficiencia y vulnerabilidad, sería un error trazar una similitud entre vulnerabilidad y riesgo. Este último, más vinculado al modelo biomédico de la salud, se determina por acciones concretas y volitivas de las personas mientras se obvia el contexto social y de dependencia en el que estas se desarrollan. Por tanto se le señala como único responsable de su estado de bienestar y desarrollo.⁹⁹

Por otro lado, en el concepto de vulnerabilidad se identifican tres dimensiones básicas: la individual, la política y la social. Si bien en el ámbito de la salud-enfermedad se conoce y aplica la relación que existe entre vulnerabilidad física (un área muy concreta de la individual) y algunos comportamientos de riesgo, es importante reconocer una esfera más amplia de lo que es la vulnerabilidad individual para entender que la exposición al riesgo no depende solo del individuo sino del acceso a la información que este pueda tener, a la educación, a los servicios de salud, el tipo de relaciones que se establecen en los contextos de intimidad, las relaciones (de ayuda o de poder-sumisión) que emergen con los profesionales con los que se interacciona, las condiciones sociales o las conductuales en las que estos se desarrollan.⁹⁹ Reconocer la vulnerabilidad supone admitir que un sujeto no solo está determinado por sus actos, sino también por sus conocimientos, experiencias, deseos, relaciones y miedos. Todos estos aspectos se determinan en los contextos de vida y los significados que conferimos a nuestras acciones y por tanto, nos expone a profundizar en las condiciones individuales, familiares y sociales que permiten o impiden el desarrollo de las funcionalidades básicas para la vida comunitaria.⁹⁶

Si reconocemos en la multicausalidad del contexto familiar y social elementos facilitadores o discapacitantes en la adquisición de una funcionalidad básica para la vida es imprescindible determinar su abordaje no solo desde el amparo de la asistencia sino también desde la acción civil y política.⁹⁶

La inmensa multiplicidad de experiencias de cuidado que tienen lugar tanto desde la práctica enfermera como desde otros marcos ajenos a ella (trabajo social, educación, cooperación, trabajo doméstico, servicios, ética y filosofía y, en definitiva, en cualquier área donde se encuentre un ser humano) hoy en día carece de un reconocimiento afín a los valores y beneficios que este tipo de experiencias brindan a la sociedad. Tampoco es fácil encontrar en la sociedad los recursos necesarios para reconocer, implementar e integrar los valores inherentes a este tipo de experiencias que responden al compromiso por el otro y a la responsabilidad individual y colectiva en la gestión de la autonomía y del bienestar común.¹⁰⁰ Si el cuidado tiene que ver con procurar al otro su máximo grado de autonomía y bienestar, poder alcanzarlo arrastra en sí mismo una nueva dimensión de calidad y perfila nuevos indicadores que podrían ser utilizados para evaluarla.¹⁰¹

No obstante para poder desarrollarlo en su plenitud es necesario crear vínculos de interdisciplinariedad. Reconocer nuestras limitaciones en el cuidado debiera facilitar acciones específicas de formación y apoyo entre profesionales. Podemos encontrar problemáticas que aún teniendo una demanda muy reducida requieren de un intensivo trabajo en equipo por parte de distintos profesionales y cuidadores no profesionalizados. A este respecto sería fundamental la supervisión en el acompañamiento de casos que pueden llevar un coste emocional excesivo para cada profesional. Se plantea imprescindible encontrar las vías para poder integrar el conflicto ético y el saber que se genera en estas prácticas.¹⁰¹ De lo contrario valores, necesidades, actuaciones y límites muy presentes en nuestra experiencia de cuidado continuarán invisibilizándose sistemáticamente en la sociedad.

A menudo estas prácticas de cuidado no se califican con la debida importancia ni se reconocen como requisitos imprescindibles aquellos necesarios para desarrollar las competencias de determinada categoría profesional. Hay demasiada “bondad y dulzura” en los cuidados encubriendo la implicación, ética y responsabilidad profesional de quienes los practican. Así como mucha profesionalidad y ciencia encubriendo indiferencia y falta de preparación profesional para acompañar en el sufrimiento.

En la asistencia sanitaria, aplicar exclusivamente la perspectiva biomédica podría considerarse una de tantas formas de agresión a la persona. Valorando únicamente los riesgos se anula y desconsidera el contexto, la experiencia, significados y valores personales en la vida de aquellas personas a quienes cuidamos.

Detectar la violencia a veces requiere identificar las condiciones estructurales y dinámicas de relación que contienen en sí tanta violencia como la que se pueda conformar en la intimidad de una familia o pareja. La falta de atención y sostén a los límites y carencias sociales y relacionales que en cada una de estas unidades se perpetran conlleva en sí mismo una profunda agresión al individuo. Resulta pues indispensable identificar la vulnerabilidad de mujeres, hombres y niños para que pueda ser sostenida y acompañada más allá de los diagnósticos específicos que encubran esta vulnerabilidad a quien observa.

7. Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. [Internet]. Madrid: DGSPA; 2010 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142577378249&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1142439319720&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101003
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha resumen de víctimas mortales. Madrid. DGVG; 2003-2012
9. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IV Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer 2011. [Internet]. Madrid: OEVM; 2012: 110-111 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/librocoleccionVG/libro_14.htm
10. Íbid: 147-155
11. Íbid: 411-439
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet]. Madrid: MSC; 2007: 29-40 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
http://www.sergas.es/Docs/muller/protocoloComun_violenciagenero.pdf
13. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. [Internet]. Madrid: MSSSI; 2012: 41-60 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
<http://www.acmf.cat/ProtocoloComunActuacionSanitariaVG2012.pdf>
14. Organización Mundial de la Salud. La violencia en la pareja. En: Informe mundial sobre la violencia y la salud, Ginebra: 2002. 96-131
15. OMS. Nota descriptiva N°239 Noviembre de 2009
16. Ley Orgánica, 1/2004, de 28 de diciembre de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género. BOE 313, p. 42168
17. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid: DGSPA: 140-146 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D41+La+violencia+contra+las+mujeres+y+los+servicios+de+salud.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779002227&ssbinary=true>
18. Se presenta una relación detallada de cada uno de los protocolos regionales elaborados en materia de violencia de género en: Feroso Palmero MJ. La violencia de género: Un análisis desde la perspectiva sanitaria. 2009. [Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca: 96-103. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/80251/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_FerosoPalmero_M.pdf
19. Ministerio Igualdad. Informe de Evaluación del Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género 2007-2008. 2009. [Internet] Madrid: 33-43 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en:

- <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/seguimientoEvaluacion/DOC/EjecucPlan.pdf>
20. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid: DGSPA: 98-139 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D41+La+violencia+contra+las+mujeres+y+los+servicios+de+salud.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779002227&ssbinary=true>
 21. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género. Ejes y Medidas 2007-2008. [Internet] Madrid: 13-6. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/Documentacion/medidasPlanes/DOC/Plan_nacional_sensibilizacion_prevencion_violencia_genero.pdf
 22. Servicio Madrileño de Salud. Evaluación intermedia. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Informe final. 2008. [Internet] Madrid; DGAP: 67-80. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEvaluacion++Formacion+Continuada+Prof++AP+sobre+Violencia+de+Pareja+hacia+las+Mujeres.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352802781064&ssbinary=true>
 23. La mayor parte del personal que ha asistido a estas formaciones tanto a nivel nacional como internacional son mujeres. Citado en: Ministerio de Sanidad y Política Social. Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género. Procesos facilitadores de su compromiso. 2009. [Internet] Madrid: 7-9. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Sanitarios09.pdf>
 24. Servicio Madrileño de Salud. Evaluación intermedia. Línea estratégica de formación continuada de profesionales de atención primaria sobre violencia de pareja hacia las mujeres. Informe final. 2008. [Internet] Madrid; DGAP: 86-101. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEvaluacion++Formacion+Continuada+Prof++AP+sobre+Violencia+de+Pareja+hacia+las+Mujeres.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352802781064&ssbinary=true>
 25. Íbid: 93

26. Blanco P; Ruiz-Jarabo C; García de Vinuesa L; Martín-García M. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit.* 2004; 18 (1): 182-8
27. Arredondo-Provecho AB; Del Pliego-Pilo G; Nadal-Rubio M; Roy-Rodríguez R. Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enferm Clinica.* 2008; 18 (4): 175-82
28. Coll-Vinent B, Echeverría T, Farràs U, Rodríguez D, Millá J, Santiñà M. El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gac Sanit.* 2008; 22 (1): 7-10
29. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid: DGSPA: 147-184 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D41+La+violencia+contra+las+mujeres+y+los+servicios+de+salud.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779002227&ssbinary=true>
30. Paloma Castro O; Paramio Cuevas JC; Romero Sánchez, JM. La enfermería como ciencia social de la salud: de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría. *Arch Mem [versión electrónica]* 2004; 9, fasc. 5: 1
31. Gálvez Toro A. La medicina bajo sospecha. Granada: Fundación Index, 2002
32. Ehrenreich B, English D. Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. Barcelona: La Sal; 1981
33. Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica. Madrid: Minerva Ediciones; 2009: 23-50
34. Huercanos Esparza I. El cuidado invisible. Una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas [versión electrónica]* 2010; 6 (1): 10 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0510.pdf>
35. Collière MF. Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero. *Notas de Enfermería.* 1991; 1, 53-66.
36. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996: 120-4
37. Rose H. Hand, brain and heart: A Feminist Epistemology for the Natural Sciences. *Sign: Journal of Women in culture and Society.* 1983; 9 (1): 89. Harding S. Citado en: Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:128
38. Hardstock N. The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. En: *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology and Philosophy of Science.* Harding S, Hintikka M (eds). Dordrecht: Reidel; 1983: 284. Citado en: Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:128
39. Smith D. The Experienced World as Problematic: A Feminist Method. Soronkin Lecture, 12. Saskatoon: University of Saskatchewan; 1981: 1. Citado en: Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:135-6

40. Flax, J. Gender as social problem: In and For Feminist Theory. Journal of the German Association for American Studies. Citado en: Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:134-5
41. Harding S. Ciencia y feminismo. Madrid: Morata; 1996:132
42. Íbid: 162
43. Íbid: 23
44. Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica. Madrid: Minerva Ediciones; 2009: 55-93
45. Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos [versión electrónica]. Forum: Qualitative Social Research. [versión electrónica] 2005; 6 (2), art.43
46. Ruiz Labuénaga y Ispizua. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989: 79-80. Citado en: Valles MS. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis; 2009: 143
47. Guash O. Observación participante. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 1997: 35
48. Martín Criado E. Los decires y los haceres. Papers. 1998; 56, 57-71: 63
49. Bernard, H. Russell. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. 2ª Ed. Walnut Creek, CA: AltaMira Press; 1994. Citado en: Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos [versión electrónica]. Forum: Qualitative Social Research. [versión electrónica] 2005; 6 (2), art.43: 2-3
50. DeWalt, KM, DeWalt, BR. Participant observation. En Russell Bernard H (Ed.) Handbook of methods in cultural anthropology. Walnut Creek: AltaMira Press; 1998: 259-300. Citado en: Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos [versión electrónica]. Forum: Qualitative Social Research. [versión electrónica] 2005; 6 (2), art.43: 3
51. Azmecúa, M. El trabajo etnográfico de campo en salud. Una aproximación a la observación participante. Index Enferm. 2000; 30, 30-5: 31-2
52. Gold Raymond L. Roles in sociological field observations. Social Forces. 1958; 36, 217-223. Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos [versión electrónica]. Forum: Qualitative Social Research. [versión electrónica] 2005; 6 (2), art.43: 9
53. Mayan, María J. Una introducción a los métodos cualitativos: Módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Alberta: Qual Institute Press International Institute for Qualitative Methodology; 2001.
54. Osborne R. De la «violencia» (de género) a las «cifras de la violencia»: una cuestión política. Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. 2008; 15: 99-124.
55. Abril, G. La información como formación cultural. Cuadernos de Información y Comunicación. 2007; 12: 59-73. Citado en: Casado Aparicio. Tramas de la violencia de género: sustantivación, metonimias, sinécdoques y preposiciones. Papeles del CEIC. 2012; 85: 1-28
56. García Selgas F y Casado Aparicio E. Violencia en la pareja: género y vínculo. Madrid: Talasa; 2010: 89-119

57. Casado Aparicio E; García García A; García Selgas F. Análisis crítico de los indicadores de violencia de género en parejas heterosexuales en España. *Empiria*. 2012; 24: 163-186.
58. Wieviorka M. *La violence*. Paris: Éditions Ballans; 2004. Citado en: Casado Aparicio E; García García A; García Selgas F. Análisis crítico de los indicadores de violencia de género en parejas heterosexuales en España. *Empiria*. 2012; 24: 170
59. Las imágenes tienen que ver con lo que los individuos sienten acerca de su experiencia del mundo. Es el lugar dónde, a través de las emociones convergen naturaleza y cultura. Ver en: Ortega Cañavate J. *La soledad de Mae*. Madrid: Fundamentos; 2007: 41
60. Scott J. *Género e historia*. México: Universidad Autónoma de México; 2008: 189-193
61. Ortega Cañavate J. *La soledad de Mae*. Madrid: Fundamentos; 2007:35
62. Osborne R. *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Bellaterra; 2009: 27-32
63. García Selgas F y Casado Aparicio E. *Violencia en la pareja: género y vínculo*. Madrid: Talasa; 2010: 143
64. Rojas Marcos. *Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad*. En: Alberdi y Rojas Marcos. *Violencia: Tolerancia Cero*. Barcelona: Fundación La Caixa; 2005: 91-2
65. Pereira Gomes N, Freire Diniz NM, de Souza Araujo AJ, Freitas Coelho TM. Understanding domestic violence from the categories gender and generation. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20 (4): 504-8
66. Heise L, Ellsberg M y Gottemoeller M. *Ending violence against women*, Population Reports, serie L, n.º 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health; 1999. Citado en: Mestre MV, Tur AM, Samper P. *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas. Un estudio empírico en la comunidad valenciana*. Valencia: Universitat de València; 2008: 38
67. García Selgas F y Casado Aparicio E. *Violencia en la pareja: género y vínculo*. Madrid: Talasa; 2010: 37
68. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. 3ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 1959: 91
69. Bourdieu, P. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama; 2000: 49-60
70. Ferrer Arnedo C (Coord.). *La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo*. En: *Reflexiones éticas desde enfermería*. 2º Encuentro de Enfermería. Madrid: Asociación de Bioética fundamental y clínica; 2005
71. Dias Araújo Nunes, Santana da Silva, Oliveira Ramos Pires. *La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal*. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19 (2): 1-9
72. Harding S. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata; 1996:136
73. *Íbid*: 117
74. Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. 3ª reimp. Buenos Aires: Amorrortu; 1959: 21,30
75. Harding S. *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata; 1996:129
76. Valverde Gefaell C. *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: DAE; 2007: 24

77. Le Breton D. Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia. Reis. 1994; 68: 197-210
78. García Selgas F y Casado Aparicio E. Violencia en la pareja: género y vínculo. Madrid: Talasa; 2010: 148-155
79. Glasier a et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet. 2006: 368, 1595-607.
80. Freud S. Estudios sobre la histeria. 1895: 7. Edición electrónica de www.philosophia.cl /Escuela de Filosofía Universidad ARCIS
81. Blanco Prieto. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres. La detección precoz en consulta. En Ruiz- Jarabo Quemada C; Blanco Prieto P (Dir.) La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 2004: 103-17
82. Berber S, Pi-Sunyer MT. El cuerpo silenciado. Barcelona: Viena Ensayo; 2001: 81-117
83. Íbid: 243
84. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid: DGSPA: 69-96 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3D41+La+violencia+contra+las+mujeres+y+los+servicios+de+salud.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779002227&ssbinary=true>
85. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. Enferm integral. 2006: 27-34
86. Pujol Algans C, Blanco Prieto P y Ruiz-Jarabo Quemada P. Aspectos legales del maltrato. En Ruiz- Jarabo Quemada C; Blanco Prieto P (Dir.), La violencia contra las mujeres. Prevención y detección, Madrid: Díaz de Santos; 2004: 211-24
87. Millán Susinos R. El trabajo social con mujeres maltratadas. Intervención individual. En Ruiz- Jarabo Quemada C; Blanco Prieto P (Dir.), La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Madrid: Díaz de Santos; 2004: 145-58
88. García Marco, López Ibort, Vicente Edo. Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿falta de tiempo? Index Enferm. 2004; 13 (47), 44-8
89. Valórese las atribuciones de deficiencia que se hacen sobre el estereotipo de mujer maltratada en el siguiente documento: Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid; DGSPA: 157.
90. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. 1ª Ed, 10ª reimpr. Buenos Aires. Amorrortu; 2006: 67
91. Servicio Madrileño de Salud. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud. Informe cualitativo. 2006. [Internet]. Madrid: DGSPA: 60-68 [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3>

- D41+La+violencia+contra+las+mujeres+y+los+servicios+de+salud.pdf&blobheadvalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202779002227&ssbinary=true
92. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. 8ª reimpr. Barcelona: Paidós; 1961: 107
 93. Corradi Fiumara G. The other side of language: a philosophy of listening. London: Routledge; 1990: 138-165
 94. Vidal Blan R, Adamuz Tomás J, Feliu Baute P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera [versión electrónica], Enferm Global. 2009; 17: 2
 95. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: World Health Organization; 2001
 96. Da Silva LN, Guilhem D, Dornelles E. Modelo social: un nuevo abordaje para el tema deficiencia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010; 18(4):[09 pantallas]
 97. ICF Checklist, Geneva: World Health Organization; 2003
 98. How to use the ICF: A practical manual for using de International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization; 2013: 37
 99. Bertolozzi MR et al. The vulnerability and the compliance in Collective Health. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(2): 1320-4.
 100. (100)Torralla F. Constructos éticos del cuidar. En: XXVI Congreso Nacional de la SEEIUC. Barcelona; 2000
 101. (101)Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería [internet]. 2005. TFC Humanitats: 1-62. [acceso en febrero, 2014]. Disponible en: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>
 102. Kirk TW. Beyond empathy: clinical intimacy in nursing practice. Nursing Philosophy. 2007; 8: 233–243

9. ANEXOS

Anexo I: indicadores sanitarios de sospecha o de violencia manifiesta

Colocar aquí archivo JPG

Fuente: MSSSI, 2012: 47.

Anexo II: Factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a la violencia contra la mujer

- Culturales
 - Cultura patriarcal.
 - Estereotipos rígidos de masculinidad y feminidad.
 - Creencias sobre la disciplina y el valor del castigo.
- Sociales
 - Falta de recursos económicos, trabajo precario o desempleo y escaso nivel de formación de ambos miembros de la pareja.
 - Discriminación laboral.
 - Defensa del carácter privado del ámbito familiar.
 - Estructura y funcionamiento de las instituciones y deficiente apoyo institucional a las víctimas.
 - Imagen de la mujer en los medios de comunicación.
 - Carencia de apoyo social.
- Familiares
 - Un alto grado de rigidez de la estructura familiar.
 - Intensidad de los vínculos interpersonales.
 - Estrés atribuible a fases del ciclo vital.
 - Conflictos conyugales y maltrato en relaciones anteriores.
- Individuales
 - Los trastornos del control de los impulsos.
 - Los celos patológicos.
 - Baja autoestima.
 - Inexpresividad emocional.
 - Abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas.
 - Aprendizaje de modelos de relación agresivos.
 - La edad.

Fuente: Heise, Ellsberg y Gottemoeller (1999), Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Citado en: Mestre MV, Tur AM, Samper P, 2008, p. 38

Anexo III: Factores de protección asociados a la violencia contra la mujer

- Adquirir habilidades alternativas a la violencia que permitan afrontar el estrés y resolver los conflictos de la convivencia de manera eficaz, mediante el diálogo.
- Aprender a expresar a terceros las emociones y los pensamientos suscitados por el maltrato.
- Establecer relaciones afectivas positivas con otras personas, con la finalidad de vivir otras alternativas que ayuden a cambiar los sentimientos y las expectativas acerca de la vida y de las personas con quienes se relacionan.
- Rechazar y condenar explícitamente toda forma de violencia, incluida la propia, es decir, la sufrida en la infancia o en la etapa adulta.
- Comprometerse a no reproducir la violencia

Fuente: Díaz Aguado,2002. Citado en: Mestre MV, Tur AM, Samper P, 2008, p. 43

10.Agradecimientos

Reconocer el esfuerzo que ha entrañado el desarrollo de este trabajo me exige también reconocer a todas aquellas personas que, directa o indirectamente, me han sostenido durante todo este proceso.

En él se arraigan muchos devenires, confianzas e intimidad que comparto durante días y noches con mis compañeras y compañeros de trabajo -matronas, auxiliares, enfermeras, celadoras y residentes (utilizando el femenino genérico por mayoría de mujeres en todas las categorías)- por el inmenso valor que siento que tienen nuestras confianzas y nuestros intereses en ejercer el cuidado de quienes están y de quienes llegan, de tantas maneras como personas somos y la riqueza que eso nos ofrece. Por las inseguridades que compartimos y por todo lo que de ellas aprendemos.

Gracias también por vuestro apoyo en mi cansancio, por acotar mi frustración, por vuestra alegría y los ánimos constantes que he recibido cada vez que he ido a trabajar hastiada pero sabiéndome contenta de encontraros allí. Por la atención y la intención que ponéis en vuestra práctica para integrar lo nuevo y hacer el esfuerzo que ello requiere.

Gracias Cati por atender mis ilusiones, por creer en ellas, defenderlas y acompañarme en mi afán de integrar “algo” que todavía no sabía muy bien qué era. Por tu escucha sin resentimiento y por las múltiples oportunidades que me diste para expresar mi miedo y mi frustración. Por el valor, la constancia y el cuidado que pones día a día en mantener el equipo y ofrecer una atención de calidad a las mujeres que pasan por nuestras manos.

Gracias a Anabel y a Carmen, directora y subdirectora de enfermería respectivamente, por creer en este proyecto, apostar por él y darme vía libre para trabajar en la consulta sin requerir para ello experiencias previas que aseguraran la decisión que en ese momento tomabais.

Gracias Elena, tu confianza y credibilidad en mi fue un motor y un apoyo fundamental para caminar con calma, sin desasosiego. Gracias por contemplar, escuchar y acoger todas mis posibilidades sin intención alguna de dirigirlas. Gracias por orientar algunas de las lecturas con tanto tino y por el esfuerzo que requirió adaptarte a mi ritmo sin exigencias ni tiempos.

Gracias Encarna por tu constante cuidado y tu incisiva escucha. Por tus ánimos y tu reconocimiento.

Gracias a Carmen por darme la oportunidad de sumergirme en la experiencia del maltrato y tantear la incompreensión de lo que supone para la sociedad en su conjunto la igualdad de trato según el género y la violencia que deriva de su carencia. Junto a ella, gracias también a Blanca, Ana, Ana, Tatiana, Fe, Andrea, Vanesa, Arancha, Laila y Basi y a aquellas mujeres que participan en las asociaciones “aprender a vivir”, “mujeres para la democracia” y “las viudas” por hacer de mi esfuerzo y mi cansancio una experiencia enriquecedora, divertida y constructiva.

Gracias a todas aquellas personas que me quieren, por haber entendido y apoyado mi ausencia durante todo este tiempo sin exigir nada a cambio.

Y gracias a David, por quererme y cuidarme durante estos dos años, por asumir todas aquellas funciones que antes nunca te viste obligado a ejercer y que, después de entender la frustración que a veces arrastran, supiste integrar y valorar facilitándome tanto mi implicación en otros campos. Por compartir tu intimidad y escuchar y atender la mía enriqueciendo con ello mi mundo y mi sensibilidad.

Es curioso el sentimiento de entrega que se oculta tras un simple pero sentido "gracias". Cuando le reconoces a otra persona la oportunidad que te da de ser...

-Cuaderno de notas- 7 septiembre 2013