

**III Jornadas de Responsables de violencia
doméstica en Atención Primaria de Salud.**

Murcia, 15 de Noviembre de 2007.

**Ponencia: La Escucha Activa. Intervención
prioritaria ante una mujer víctima de violencia de Género.**

Sergio Cánovas Cuenca.

Psicólogo Clínico. Psicoanalista.

Índice

- 1.-Introducción.**
- 2.-Concepciones preliminares para el entendimiento del Protocolo y para conceptualizar la escucha en los malos tratos.**
 - 2.1.-Enfoque Biopsicosocial de la salud/enfermedad.**
 - 2.2.-La perspectiva de género.**
 - 2.2.1.-El concepto de género.**
 - 2.2.2.-El sistema sexo-género.**
 - 2.3.-Género y Salud.**
- 3.-Generalidades sobre la escucha.**
 - 3.1.-Violencia invisible y escucha.**
 - 3.2.-La escucha: una perspectiva científica.**
 - 3.3.-La escucha es una postura ética.**
 - 3.4.-La escucha: una herramienta terapéutica.**
- 4.-La escucha de los malos tratos en un centro de salud o servicio de urgencias.**
- 5.-La escucha en el protocolo.**
 - 5.1.-Enfocado a la detección y atención de los malos tratos.**
 - 5.2.-Partes del Protocolo que se refieren a la escucha o tienen que ver con una teoría de la escucha y su habilidad correspondiente.**
 - 5.3.-La escucha en el ámbito de los malos tratos se realiza con un enfoque biopsicosocial a partir del Anexo III.**
 - 5.4.-Reglas fundamentales para la entrevista clínica de la mujer con sospecha de maltrato. Anexo I.**
 - a) Las condiciones materiales.**
 - b) Estrategias de entrevista.**
 - c) Proveer informaciones.**
 - d) Habilidades psicológicas del entrevistador.**
- 6.-La capacitación para la escucha habilita para afinar en la percepción del abuso y de los malos tratos psicológicos.**
- 7.-Dificultades de los sanitarios.**
 - 7.1.-De carácter general.**
 - 7.2.-De carácter intelectual y formativo.**
 - 7.3.-De carácter profesional.**
- 8.-Dificultades psicológicas que pueden aparecer cuando se escucha.**
 - 8.1.-Posibles posiciones subjetivas de los sanitarios varones.**

1.-Introducción

A finales de la década de los '80, se elaboró en Murcia en el marco de las actividades del Programa de Familia y Convivencia de la Concejalía de Bienestar Social del Ayuntamiento de Murcia un protocolo sobre Malos Tratos a Mujeres que estaba especialmente enfocado a representar en un árbol de decisión las decisiones a tomar con una mujer en *situación de peligro extremo* y las diferentes *indicaciones de actuación coordinada* que debían seguir los diferentes sectores implicados, policía, centros de salud, servicios sociales, personal de la casa de acogida municipal, y la propia mujer en situación de riesgo.

Aquel protocolo, que era esquemático y quedó en un mero borrador, respondía a la visión que teníamos los miembros del personal de la Casa de Acogida de Mujeres Maltratadas del Ayuntamiento de Murcia, de la necesidad de la coordinación con el resto de instituciones implicadas en la problemática del maltrato y muy concretamente del lugar que los profesionales sanitarios debían desempeñar en el proceso de atención.

Aquel protocolo también recogía la necesidad de la denuncia aunque en aquella época como todos debéis saber no era un delito perseguible de oficio por el Ministerio Público sino una falta cometida en el ámbito de lo privado y podía por tanto perdonarse.

Traigo este testimonio personal para señalar que en la visión esquemática y simplista que teníamos entonces del problema (digo simplista porque por ejemplo no nos desempeñábamos en nuestros análisis con la **categoría de género** e ignorábamos completamente la naturaleza del deterioro psíquico al que nos teníamos que enfrentar), aquélla visión, otorgaba al personal sanitario un lugar preponderante en la medida en que ya entonces alcanzábamos a ver que los Centros de Salud y los Servicios de Urgencias eran un lugar privilegiado para la detección de los malos tratos a mujeres aunque nunca tuvimos la perspectiva de que también podía ser un lugar privilegiado para su atención y su seguimiento.

Han pasado casi treinta años y en este tiempo el Movimiento Feminista ha logrado imponer en la agenda de los organismos internacionales y en la política nacional e internacional la **visibilidad** del problema de los malos tratos hasta llegar a describirlo con rotundidad como un problema de Salud Pública además de una injusticia que ha quedado sistemáticamente impune por los siglos de los siglos por haber sido pensado como algo que formaba parte de las relaciones normales entre las personas, como un problema individual de las mujeres y no como un problema social.

Entre el borrador que os menciono y el actual y vigente Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en Atención Primaria hay una distancia sideral. Sideral en todo. En lo conceptual, en lo instrumental, en todo.

En este tiempo hemos tenido no sólo cambios sociales sino que también hemos tenido cambios legislativos muy importantes tales como la Ley Integral contra la violencia de género de Diciembre de 2004, y otros protocolos sanitarios tanto nacionales como regionales.

Al afrontar la ponencia tengo la intención de situarme en las problemáticas que plantea el Protocolo para hacer reflexiones y emitir opiniones que puedan servir para desarrollarlo centrándome particularmente en el desarrollo de la escucha como concepto y como habilidad.

2.-Concepciones preliminares para conceptualizar la escucha en los malos tratos.

2.1.-Enfoque Biopsicosocial de la salud/enfermedad

Seguimos en esto las ideas de Sara Velasco (2006 a) expuestas en “Evolución de los enfoques de género en salud”.¹

Se denomina enfoque biopsicosocial la perspectiva científica que piensa la salud y la enfermedad en términos contextuales y no sólo anátomo-fisiológicos.

El enfoque biopsicosocial considera la salud como un proceso integral en el que interviene tanto lo biológico como lo social y psicológico.

En la definición de enfermedad interviene tanto el paciente como el médico y se refiere tanto a trastornos como enfermedades y problemas.

Su **modelo causal** es multifactorial y distingue entre causas necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas. Es un modelo centrado en el paciente. Basado en un sujeto que escucha, el médico, a otro sujeto que habla: el paciente. (**Clínica de la escucha**)

Busca la experiencia y vivencia del paciente y su capacidad para cambiar.

La investigación biopsicosocial no utiliza sólo los métodos cuantitativos sino también los cualitativos como **entrevistas de vida**, **grupos de discusión** y otros que son de aplicación en disciplinas varias como la **etnología** (observación participante) (Delgado, J.M. y Gutiérrez ,J.1999). Con esos métodos se examinan las representaciones mentales sobre una problemática que tiene una comunidad previamente definida, o los sujetos individuales. Es un modelo que busca la significación. Los menciono aquí porque se usan en la investigación del maltrato con un enfoque biopsicosocial.

También se denomina enfoque biopsicosocial al que piensa los trastornos tomando a la mente como un **órgano** más y observando las conductas y reacciones a las influencias sociales. En este modelo se busca dar cabida a lo social y psicológico pero **no lo hace desde las significaciones** que tienen las enfermedades para el sujeto estudiado (población o individuo) sino que se concibe la mente como un organismo más. Su modelo es el del estrés en el que se puede apreciar como las reacciones neurofisiológicas del estrés están relacionadas con un estilo de vida.

¹ Diferentes autores han desarrollado el concepto de lo biopsicosocial: Engels, G. (1977), Tizón, J. (1995), (1988) y Borrel, F. (2002) entre otros.

2.2.-La perspectiva de género

2.2.1.-El concepto de género.

Según algunos autores fue John Money, un endocrinólogo estadounidense, el que en 1955 propuso por vez primera una terminología en la que diferenciaba género y sexo:

El término sexo se refiere a la clasificación biológica de macho/hembra y género se refiere a las diferencias de comportamientos según el sexo. (Money, J. 1985).

A partir de esto son las autoras feministas las que producen una ruptura epistemológica poniendo en valor el concepto de género para la investigación de la desigualdad social de la mujer.

Para la Organización Panamericana de Salud:

El género es “El significado **social** atribuido a la diferencia biológica entre mujeres y hombres”. (OPS-glosario).

“Conjunto de normas, diferentes para cada sexo, que cada sociedad elabora según sus necesidades y que son impuestas a los individuos a partir del nacimiento como pautas que deben regir sus comportamientos, deseos y acciones de todo tipo.” (Marina Subirats. 1994)

‘El género es la manera como las mujeres y los hombres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros de la femineidad y masculinidad hegemónicos en un determinado momento histórico y según las ‘normas’ culturales del lugar donde viven [y/o han estado socializadas/os]. Todo eso con evidentes inequidades en todas las esferas de la vida.’ (Rohlf I, Pérez G, Valls-Llobet C.2005).

‘El género es un concepto social relativo a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que se asignan a hombres y mujeres, niños y niñas, así como las relaciones recíprocas entre estos. Los roles de género presentan una amplia gama de variaciones y tanto las relaciones de género como las expresiones biológicas de género varían dentro de cada sociedad y entre las distintas sociedades, por lo común en relación con las divisiones sociales apoyadas en las premisas del poder y la autoridad (v.g., clase social, raza/grupo étnico, nacionalidad, religión).(Krieger 2001, 694)

La sociedad patriarcal asigna a cada género unos roles, valores y expectativas que se adquieren en el proceso de socialización unas veces por la fuerza otras de forma sutil (Sanz Ramón, F. 2005) posicionando de forma diferente a hombres y mujeres en la sociedad y condicionando el desarrollo de la identidad tanto de los hombres como de las mujeres.

Estos roles, valores y expectativas Tienen un carácter polarizado, es decir, otorga valores opuestos a uno y otro sexo para convertirlos en el género “femenino” y el género “masculino”.

Los hombres tradicionalmente han tenido acceso a los medios **productivos** y, por tanto, a los bienes económicos, mientras que las mujeres han quedado relegadas al espacio **reproductivo**.

Ellos participan en el ámbito público, están en los centros de decisión y tienen acceso directo a los recursos económicos y sociales.

Ellas se hallan en el ámbito doméstico, tienen una menor participación en el espacio público y, en consecuencia, se ve limitado su acceso a los recursos y a los centros de decisión.

Esta diferente posición ha dado lugar a **un reparto de poder desigual** a favor de los hombres y en detrimento de las mujeres que condicionan las relaciones entre ambos, produciendo el fenómeno de la discriminación por sexo. A estas relaciones desequilibradas dadas en el marco de una distribución desigual de poder se le denominan **relaciones de género**. (Esther Ramos.2006)

Este significado es pues de origen cultural e histórico y se utiliza para diferenciarlo del sexo que remite a las diferencias biológicas.

2.2.2.-El sistema sexo-género

El **sistema sexo-género** es una expresión con la que se designa **al modelo teórico** que en cada momento histórico describe al conjunto de representaciones sociales acerca de lo que es ser mujeres y hombres que actúan como representaciones hegemónicas en las ciencias y en las mentalidades y que son tramitadas en sociedad por las familias y el resto de instituciones sociales muy especialmente como valores.

La noción de género se fue aplicando por diversas disciplinas y ciencias como la Sociología en primer lugar y por lo que a nosotros se refiere también en el ámbito de la Salud.

En el ámbito de la salud hay varias corrientes que sería prolijo mencionar aunque os remito a Sara Velasco (2006 a.) para profundizar. Si parece oportuno señalar ahora que en el ámbito de la salud, de las investigaciones sobre salud, la palabra género no equivale a la variable sexo.(Rohlfs, I. 2000,2003.).

Una cosa es la variable sexo y otra muy distinta hacer enfoques de la salud y la enfermedad desde perspectiva de género.

Podría parecer que investigar desde perspectiva de género se limitaría a asegurarnos que al investigar un problema o abordarlo demos un tratamiento igualitario a las mujeres. Pero la perspectiva de género es algo más complejo y no se limita a igualar a las mujeres y los hombres en la investigación o dentro del ámbito de la salud en nuestras tareas, sino que al planear, intervenir, tratar, investigar y otras tareas que tenemos los sanitarios, tenemos que asegurarnos que las circunstancias de la mujer no se las haya sobreentendido y **asimilado** a las masculinas.

Trabajar con perspectiva de género implica tener en cuenta que lo que hacemos **no contribuya a la naturalización de las representaciones sociales sexistas sobre la mujer**, y no contribuir a la **invisibilización** de sus condiciones concretas de existencia.

El sexismo a veces toma la forma de tratar a las mujeres como iguales al hombre y otras como diferente pudiendo tener, según los casos el mismo resultado de discriminación.

La igualdad social es un derecho de las mujeres pero no se puede plantear la igualdad como el ideal en la salud porque la biología y las circunstancias sociales son diferentes. Se trata de evitar que las diferencias no se conviertan en injusticias para las mujeres. Un ejemplo de esto sería por ejemplo asegurarse que la **accesibilidad** de los recursos que sirven para mantener la salud sea equitativa.

Aclaro que la palabra equidad, y apelo aquí al glosario antes citado de la OPS en el que se refiere a una exigencia ética por la cual no se buscan iguales tasas de morbilidad o mortalidad sino *la eliminación de diferencias remediables para disfrutar de la salud*.

2.3.-Género y Salud

La perspectiva de género es utilizada en el ámbito de la salud para poner de manifiesto los **determinantes de la salud**, es decir, para describir la diferente influencia que tienen los diferentes factores biopsicosociales de forma que se pueda explicar la aparente paradoja de que las mujeres teniendo “mayor morbilidad e incapacidad” tengan sin embargo mayor esperanza de vida (Izzabella Rohlfs 2004).

3.-Generalidades sobre la escucha

Antes de comentar algunas de las partes del Protocolo quiero mencionar algunas generalidades que son premisas para mí sobre la escucha.

3.1.-Violencia invisible y escucha

Partimos de la idea de que existe una violencia que es invisible tanto para la víctima como para la sociedad que mira para otro lado.

La escucha va a suponer para nosotros en la situación clínica una herramienta de visibilización o mejor de representabilidad de la dominación. La escucha no sirve sólo para esto, es verdad, pero para nuestros fines encuentro que es correcto conceptualizarla así.

Los momentos de entrevista orientados a la escucha y los momentos de escuchar lo psicosocial constituyen una especie de instrumento de sonido, como es por ejemplo una radio, en la que se visibilizan o mejor dicho **se hacen audibles la dominación a través de la escucha del malestar biopsicosocial de la mujer y muy particularmente de los malos tratos, los físicos, y los a veces invisibles malos tratos psíquicos**.

Aprovechando el símil de la radio podríamos decir que con la escucha se sintoniza el sufrimiento.

En materia de malos tratos el logro de la escucha sería la visibilización o representabilidad del maltrato porque el mayor éxito del maltrato está en que se instala insidiosamente y en que se mantiene a veces de forma invisible. La alienación mayor estaría en que no es representable a veces ni siquiera para la víctima es decir que a veces las mujeres no pueden alcanzar una idea clara respecto a lo que les está pasando tanto a nivel social (aislamiento, por ejemplo), como a nivel intrasubjetivo (nula autoestima) como a nivel de salud (diversos malestares, representables generalmente como trastornos ansiosos, depresivos y/o somatoformes).

La escucha pues, es una herramienta de representación como el lienzo de un cuadro por ejemplo, en el que la violencia se hace representable, y también es el único procedimiento de reparación (curación) y empoderamiento o agencia (autonomía e independencia para vivir la vida propia) que tenemos.

La escucha	Instrumento de representabilidad: a la violencia se la hace representable para ella (la mujer) y el otro (sanitario) por el relato.
	Procedimiento de reparación: hablando la mujer puede identificar su sufrimiento y evitarlo.
	Procedimiento de empoderamiento o agencia: la mujer puede establecerse objetivos conforme a su necesidad de autocuidarse, y de sus deseos.

3.2.-La escucha: una perspectiva científica

Adoptar la posición de escuchar es adoptar una posición científica. Equivale al lugar que en el conocimiento científico natural se otorga a la observación. Esta unidad se percibe perfectamente en los métodos de investigación cualitativa en donde escucha y observación se funden.

El ideal científico en el que hemos sido formados, es la objetividad, la neutralidad. Ese ideal está basado en las dicotomías observador/observado, sujeto/objeto del conocimiento, entre otras.

Ante un problema científico, ante una nueva realidad como la de los malos tratos o un nuevo motivo de conocimiento este ideal científico aparece como el objetivo a conquistar. Esto pone en marcha nuestros hábitos intelectuales y nos conduce a que nos interroguemos por el modo en que podemos alcanzar esos objetivos. Se trata de un verdadero hábito intelectual y es el punto de vista desde el que nos acercamos a la escucha real y concreta cuando estamos ante una mujer maltratada.

Pero ¿Cómo estar seguro de lo que debo hacer y decir en presencia de una mujer maltratada?

¿Qué se yo acerca de las decisiones que ella debe tomar?

Tratándose de un relato biográfico lo que la paciente nos pone delante ¿cómo saber lo que es verdad y lo que no?

Para ese ideal científico se trata de *ser objetivos* y por eso queremos *saber la verdad* acerca de lo que le está ocurriendo a la mujer.

Si yo soy un científico y mis intervenciones terapéuticas están controladas y validadas y basadas en pruebas científicas de forma que se qué va a pasar cuando prescribo

*una medicación o una pauta de educación para la salud por ejemplo, ¿Cómo evitar sentir que pierdo la objetividad si acepto trabajar de esta forma en que dependo de lo que me quiera decir la paciente y no tengo pruebas **objetivas**?*

Se trata de saber la verdad.

¿Cómo saber la verdad? ¿Pero tengo que establecerla yo? ¿Tengo que decantarme? ¿Porqué intervenir en la vida privada de esa mujer y lo que es peor de ese hombre que ni si quiera es mi paciente y ni siquiera lo conozco? ¿Cómo ser neutral en una situación como ésta?.

Nos interrogamos por nuestros saberes.

¿Qué tengo que saber acerca de este problema y qué tengo que saber hacer para hacerlo bien?

Y ese hacerlo bien quiere decir *ser objetivo, no dejarse manipular*, no dejar que las ideas nos empujen a hacer o decir cosas en una situación en la que ante todo debemos ser neutrales, objetivos, científicos.

Cuando se siente todo esto es fácil que nos neguemos a escuchar sin darnos cuenta porque se vive como una pérdida del control de la situación.

La problemática de los malos tratos subvierte estas posiciones.

Nos vemos confrontados a situaciones que **acortan al máximo la distancia, sobre todo emocional, entre el observador y el observado** y esto nos hace sentir que perdemos objetividad.

Es importante entender que esto ocurre porque todos tenemos ideas propias acerca de lo que es ser una mujer y ser un hombre. ¿Quién no sabe lo que es ser una mujer o ser un hombre? Es más, no podemos evitar tener un sexo, una orientación sexual, una relación amorosa. Incluso quienes no saben las ideas que tienen acerca de los malos tratos, incluso esas personas tienen ideas propias.

Las situaciones reales que cuenta la paciente nos aproximan “peligrosamente” a ella, y esto nos puede conducir directamente a sentirnos implicados porque cada uno de nosotros puede haber tenido, o fantasear haber tenido, discusiones similares con su pareja o conocerlas en hermanos, amigos, o seguramente en sus propios padres.

Todas esas cosas estrechan mucho la distancia con la paciente y por eso no sólo pensamos sino que también sentimos. Lo cual nos hace pensar que no somos suficientemente objetivos².

Sentir. Eso es lo último. Seguro que pensamos que un científico no es ni padre, ni madre, ni un cura, y mucho menos un psicólogo. Surge pues la idea de derivar al psicólogo.

Pero alto. Antes de mandar al psicólogo podríamos pensar unas cuantas cosas.

Veis que las pacientes os hablan. No sois psicólogos ni falta que os hace porque os hablan de “las otras cosas”, han depositado su confianza y a veces no sabéis cómo ha sido.

² En el siglo XVIII, época de la Ilustración donde se fundamentó el ideal científico empirista, la pulsión de saber era conceptualizada como una propiedad masculina. La razón era masculina y el sentimiento femenino, como en la actualidad. Así cuando en consulta sentimos creemos que es una reacción que imposibilita el conocimiento racional. Ver Deis Siquiera y Lourdes Bandeira op. cit.

Puede ser debido a algo que se crea en la sala de espera porque la población a la que atendemos, nuestro cupo, tiene una representación de nosotros. Contradictoria, pero la tiene. ¿Quién de nosotros no ha hablado alguna vez de su médico o sobre el médico de nuestra familia?.

Antes de seguir voy a contar una anécdota.

En el año '90 cuando yo empezaba en el Centro de Salud de Molina de Segura los compañeros de administración me decían que la gente cuando me cambiaban de consulta y no me encontraban, como no sabían decir “psicólogo” decían: ¿Dónde está el que habla?. Fijaos como son las cosas. Yo en mi trabajo me empeño en hacerlos hablar y en escucharlos pero a los pacientes les quedaba la idea de que quien hablaba era yo. Quizás pensaban que tanta locuacidad no podía ser de ellos. “Tantos saberes” no podrían ser de ellos pero nos necesitan para que esa suposición de que somos nosotros los que sabemos les facilite hablar.

Decía que los pacientes nos hablan. En realidad cuando nuestra curiosidad³, responsabilidad y sentido ético, nos llevan a aceptar a nuestro paciente, y a escucharlo, puede ocurrir y ocurre todos los días en las consultas, que **el paciente te elige**, deposita su confianza o simplemente la renueva porque ya la tenía. Todos conocemos pacientes que nos hacen pensar que a nosotros sí nos podrían contar lo más íntimo. Para que eso ocurra con el 90% de los pacientes sólo se necesita que el profesional ponga en marcha lo que llamamos **el dispositivo de la escucha**, procedimiento donde **la actitud** del profesional **crea un nuevo nivel de relación con el paciente**. El profesional despierta la creencia en el paciente de que contárselo a él le hará bien. El paciente piensa que ese profesional le podrá ayudar. Y además es así.

La actitud de escucha crea un encuentro nuevo basado en una nueva experiencia del paciente, una experiencia fundamental que es la confianza.

Naturalmente la confianza no se crea sólo por la escucha lo que ocurre es que ciertos contenidos biográficos no son invocados si no existe la escucha.

Estas situaciones en las que **la escucha crea otro tipo de encuentro** disuelve los roles de la epistemología positivista que divide entre un **sujeto cognoscente**, que conoce, que sabe todo, y un **objeto conocido**, que no tiene saber, y que necesita que otro le diga lo que le pasa: la paciente maltratada en nuestro caso.

Es la actitud del sanitario la que crea un nuevo campo de experiencia. Yo escucho y yo creo la cosa observada al escuchar. No existe la neutralidad del ideal biomédico que procede del paradigma científico de la Ilustración y codificado por La Royal Society en el siglo XVII para la medicina (Sara Velasco. 2006).

La escucha de los relatos biográficos de todo paciente crea un encuentro en el que cada cual sabe algo, efectivamente, pero el saber que se necesita es **el que tiene que construir** la mujer sobre sí misma porque ese saber es el que le va a dar la **libertad**. Porque de la situación de los malos tratos realmente vividos por las mujeres, de la realidad que le vincula a su maltratador no sabemos más que esa mujer, por muchas teorías que tengamos..

La escucha exige aceptar de entrada que acerca de los condicionantes concretos de la vida y **el significado** que tienen para ella, y del modo de ser de esa mujer no sabemos casi nada. Y esto nos pone en la situación complicada, sobre todo si se trata de un caso en que hemos detectado malestar biopsicosocial, que depende de la explotación ajena del rol de género con el que se desempeña en su vida o también si se trata de un caso en el que hemos decidido intervenir

³ Utilizo la palabra curiosidad para referirme al deseo de saber genuino de la posición científica y que funciona en las entrevistas orientadas a la escucha como método que posibilita la subjetivación.

en los términos en que se describe en el protocolo cuando se trata de una mujer en la que vemos malos tratos y ella no los admite por ejemplo.

¿Si ya le he dicho que tiene que darse cuenta de qué forma esas situaciones están condicionando su salud, qué más puedo hacer yo?. Y es mucho peor cuando la paciente plantea las paradojas en las que se mueve, como por ejemplo cuando ha abandonado al maltratador más de una vez y luego ha vuelto con él, o cuando no puede dejar de sufrir sin poder encontrar ni cómo ha llegado a eso ni encuentra claridad mental ni energía para poner fin a esa relación destructiva de dominio que padece.

Acostumbrados a ver, juzgar y actuar, sobre todo actuar, planificar y disponer soluciones a nuestros pacientes conforme a las reglas efectivas, muy efectivas de la profesión, estos casos nos confrontan con nuestra impotencia porque se trata de una situación realmente nueva que nos hace sentir mal, incluso indignados. Y mucho más cuando tenemos la experiencia repetida de que **ni la propia mujer puede explicarse lo que le está pasando haciéndonos albergar pensamientos y sentimientos de rechazo que no queremos tener.**

La escucha como método para encarar lo biopsicosocial es una posición epistemológica nueva o al menos diferente a la posición habitual que los sanitarios adoptan para encarar las enfermedades de nuestros pacientes. Porque es ella la que sabe acerca de su realidad aunque no esté preparada para contarla y tenga la sensación de que no puede explicar cómo ha sido posible mantenerse al lado del maltratador.

3.3.-La escucha es una postura ética.

Adoptar la escucha como modo de llegar al otro significa **creer** en el otro. Aceptar que el otro existe y es diferente.

Esto tiene una muy particular importancia en el caso de la mujer maltratada porque calla lo que vive en casa no sólo porque está **amenazada** por su pareja para que no cuente lo que pasa sino porque está **avergonzada** y porque frecuentemente ha tenido que escuchar que eso sólo les ocurre a las débiles o peor aún a las masoquistas.

La credibilidad de la mujer es extraordinariamente importante, tanto es así que si no estamos dispuestos a aceptar lo que nuestra paciente nos cuenta o albergamos serias dudas acerca de la realidad que nos habla, lo mejor sería callarnos y no decir nada para no ahondar en su aislamiento y culpabilización.

Las mujeres maltratadas se enfrentan a lo largo de la vida con innumerables ocasiones en las que las personas con las que se relacionan están dispuestas a **echarle la culpa de lo que pasa en la pareja**. Este es el fenómeno que conocemos como **revictimización o victimización secundaria** mediante la cual la mujer padece primariamente la acusación de su pareja y secundariamente la culpabilización de los demás. Esto podemos hacerlo nosotros también si pensamos y encima se lo decimos que *todo es por su culpa y que si padece malos tratos es porque quiere porque si no quisiera ya lo habría dejado*.

Hay que tener en cuenta que culpar a la mujer de su situación redobla **el discurso que suele mantener el maltratador** que permanentemente intenta meterle la teoría de que si la trata mal o le pega es por su culpa porque ella no sabe darle a él lo que necesita, porque no le hace caso o no le obedece. Así pues la credibilidad es algo que estará muy en cuestión en la mujer que tenemos delante y **estará muy pendiente para comprobar si la creemos o no.**

Esta es una de las causas y no de las menos importantes por las que las mujeres tardan muchos años en contar los malos tratos y pedir ayuda. El marido las acusa, y el resto de

la gente también. Esto o es algo temido o una realidad (Tourné M. 2007). Digo al pasar que este mismo argumento lo escuchamos en las violaciones: “Le pego o violo porque me provoca”.

En la relación con los pacientes:

“El otro no es objeto de comprensión y después interlocutor. Las dos relaciones se confunden. Dicho de otra forma, la comprensión del otro es inseparable de su invocación”. (Lévinas, 1997 citado en Deis Siqueira y Lourdes Bandeira. 2004)⁴.

La palabra invocar significa según la edición electrónica del DRAE

1. tr. *Demandar ayuda mediante una súplica vehemente.*
2. tr. *Acogerse a una ley, costumbre o razón.*

Qué bonita es la expresión “acogerse a una ley” qué sentido más apropiado tiene cuando se piensa en el encuentro con una mujer maltratada:

“Pedir ayuda, pedir justicia, que se aplique la ley”.

Lo que podemos traducir en nuestro caso como que la comprensión de la mujer maltratada es inseparable de su solicitud de justicia.

Una ética nueva es la que se refleja ahí, en ese párrafo en la medida en **que no podemos conocer al otro sin su participación, incluso sin su reclamación de justicia**. Por esto es una Ética y lo propicia la escucha en la clínica y la investigación cualitativa de las realidades sociales.

No podemos saber qué le pasa a nuestro paciente sin que tenga **derecho a explicarlo**, sin que tenga su tiempo y espacio y sin que todo ello vaya aparejado de la correspondiente **acogida** de nuestra parte a través del procedimiento privilegiado que es la escucha.⁵

“*La comprensión del otro es inseparable de su invocación*” decía la cita. Lo que quiere decir que nuestro conocimiento previo es un prejuicio y que mi subjetividad, mi mente deberá abrirse a la realidad del otro que se explica. Eso es el método científico en estado puro: lo que pienso debe representar la realidad (la mujer maltratada en nuestro caso) y nadie mejor que ella para decirlo a condición de crear unas condiciones para un encuentro en el que eso sea posible.

En la cita, hay una frase intermedia muy sugerente: “las dos relaciones se confunden”. La actividad de comprensión y la interlocución. Comprender y dialogar. Comprendo mediante un diálogo en el que el otro tiene su lugar, tiene su derecho a ser reconocido. Esta es la Ética de la escucha.

Se confunden es el verbo. Comprender al otro en tanto que es invocado, es como decir, en tanto que el otro adviene (es, se realiza como persona) al expresarse, al contarnos quien es y qué le pasa.

⁴ La negrita es mía.

⁵ La actitud de acogida conlleva reconocimiento del otro y despliega su efecto en la intrasubjetividad tanto como en la intersubjetividad. En la intrasubjetividad el sostenimiento del self como representación de sí mismo, en la intersubjetividad relaciones igualitarias. Ver Jessica Benjamin, op.cit.

Decía Gastón Bachelard, filósofo y ensayista francés de la primera parte del siglo XX que todo conocimiento se crea en contra del conocimiento anterior y que llega a constituir un verdadero obstáculo epistemológico para el conocimiento (Gastón Bachelard.1974). Lo que se aplica aquí como que mi conocimiento previo debe ser confrontado con la realidad y esa realidad es la realidad **narrativa** que la víctima del maltrato nos presenta y que estamos dispuestos a escuchar.

Por tanto el paciente se explica y las cosas desde el punto de vista de su sufrimiento interesan desde el modo como lo piensa y desde el significado que esas cosas han llegado a tener para el paciente porque su realidad está en ella. Interesan desde el significado que para la persona han adquirido.

3.4.-La escucha: una herramienta terapéutica

Investigar el caso, comprender al otro sujeto exige escucharlo pero a la vez, darle una oportunidad a la víctima de que pueda experimentar la posibilidad de restauración psíquica mediante el reconocimiento de su identidad y el refuerzo de su derecho a la diferencia ante los demás.

Cuando escuchamos **creamos las condiciones necesarias de restauración** o reparación de aquellos aspectos más lesionados por la dominación y que conciernen al sentimiento de identidad. Estaríamos ante una especie de patología *por* la dominación *a* la mujer que implica deterioro, alteración, o trastorno del sentimiento de identidad/derecho a la diferencia. A veces toma la forma de un TEP (Trastorno por estrés postraumático) completo o parcial con una duración variable, que puede aparecer sobre todo cuando la violencia física ha sido continuada aunque no se exige que sea así.⁶

Un estado en donde la mujer siente que la verdad y la realidad le pertenecen al otro, que es el otro quien la establece, una situación en la que la única expectativa de felicidad permitida para la mujer está en complementar al otro al que teme. Se trata de un estado en el que los propios deseos son **invisibles** para la mujer o **insostenibles** por falta de contacto consigo sí misma porque se ha desconectado de sí en una verdadera deconstrucción de su identidad y en donde se le exige que tenga como ideal de su vida **propiciar el despliegue del yo ideal del explotador**⁷ es decir dedicarse a la calma y consuelo inmediato y urgente de todo deseo y expectativa del maltratador. Por esto podríamos decir que estamos ante una relación de esclavitud que no requiere de las exigencias autoritarias, y antidemocráticas y antiestéticas del tirano sino una esclavitud invisible que se ha instalado insidiosamente.

4.-La escucha de los malos tratos en un centro de salud o servicio de urgencias.

⁶ El TEP aparece cuando una persona se ha visto expuesta a un acontecimiento muy estresante y muy traumático como hechos que representen peligro real para su vida o la de otros y amenazas para la integridad física. Ver DSM IV-TR Edit. Masson.

⁷ Se me hace evidente desde hace un tiempo que el maltratador exige que la mujer tenga como Ideal del Yo, como su ideal propio, ser el instrumento de las realizaciones que exige el Yo Ideal del maltratador. Quizás esto explique por qué a veces quienes rodean a la mujer maltratada describen al maltratador como un niño caprichoso. Necesitaría una madre, inventarla, llena de la satisfacción de tenerle a él.

Cuando una persona acude a un centro sanitario procede a una operación mental que la mayoría de las veces nos pasa inadvertida y es que lo que nos cuenta lo expresa en términos de dolor corporal porque **esa es la forma** en que cree que lo que le ocurre **puede ser entendido**: contándolo en términos físico-corporales.

Este fenómeno lo conocemos como **disociación de la demanda**, y quiere decir que a cada profesional se le presenta una cara del problema. La disociación de la demanda es una vieja conocida de las profesiones de ayuda como Trabajo Social, Psicología Social, Psicología Clínica, y la práctica de la Medicina en atención primaria entre otras.

Frecuentemente con mis pacientes hago el ejercicio de leer las notas de la primera sesión pasado un tiempo de entrevistas y siempre me sorprende de ver hasta qué punto la indicación de derivación del médico de cabecera referida al síndrome que le aquejaba a pesar de ser correcta deja de ser el principal motivo de preocupación en la mayoría de los casos cuando se instala el dispositivo de la escucha. Me consta que esto también pasa en las consultas de atención primaria aunque en ellas las enfermedades físicas no dejan nunca de tener su protagonismo a lo largo del tiempo. Y es lo que debe ser.

Ser capaces de darnos cuenta que una mujer puede estar padeciendo malos tratos exige que el profesional diferencie claramente entre dolor del cuerpo y las enfermedades por un lado y el sufrimiento o malestares de la persona por otro.

El sanitario está mejor entrenado en el reconocimiento del dolor que se expresa en el cuerpo y le cuesta más percibir como de su competencia cualquier otro malestar que se exprese a partir de las cosas corrientes de la vida.

El dolor se puede señalar de forma inmediata y se comunica refiriéndose a algún lugar del cuerpo la mayor parte de las veces. El sufrimiento no se señala, al menos de forma inmediata. El sufrimiento se relata o no existe para el otro sino como dolor que se expresa en el cuerpo. Se refiere a los avatares de la vida en primer término, incluyendo la enfermedad físicas.

Por supuesto tanto en la expresión del malestar psíquico como en la comprensión de ese malestar existen diferencias sexuales. Estrictamente hablando influye la posición de género que se ocupa. Por ejemplo las mujeres piden más ayuda que los hombres y tienden más a padecer procesos depresivos y los hombres tienden más a las adicciones y a causar los malestares más que a padecerlos⁸.

A veces puede parecer que lo más privado es el cuerpo y la sexualidad pero no es así, lo más privado es el sufrimiento en relación a las cosas del amor, del amor en sentido amplio, lo mismo en la familia que con la pareja o amigos. De la misma manera que cada médico o enfermero logra hacer rutinario que sus pacientes muestren el cuerpo podemos hacer que para el o la paciente no constituya una agresión preguntarle sobre su vida familiar (Balint, M. 1986).

La escucha crea el espacio y tiempo que hace posible el relato y este trae la vida cotidiana, que lejos de ser lo más social, paradoja, es lo más íntimo: el amor.

Una consulta en la que el sufrimiento puede ser escuchado, en la que el personal sanitario **es paciente** con el relato funda un orden nuevo de relación y abordaje del sufrimiento que tiene que ver con la palabra y la escucha. Cuando el personal sanitario está abierto a escucharlo todo, todo en términos de sufrimiento se le puede contar.

Podríamos decir que la escucha crea las condiciones de existencia para que pueda darse el relato. Y cuando estamos en el orden del relato estamos en el nivel de la **identidad e historia** de la persona lo que se traduce en que al paciente se le habrá abierto el camino a lo que

⁸ Luis Bonino

dejó apartado antes de pasar por la puerta del centro de salud: lo privado.

El paciente pues, podrá atreverse al relato de lo habitualmente marginado en la consulta, y de esta forma lo inaudible se hace audible, lo invisible se hace visible, hasta para los propios pacientes.

Así nos situamos en un nuevo tipo de relación que es humanizante porque no exige la separación de los diferentes registros de los que estamos compuestos las personas: pensamientos, deseos, emociones, recuerdos, etc. Ya no habrá que desligar las molestias de los malestares porque todo lo relatable tendrá cabida en la consulta en la perspectiva de encontrar solución al malestar.

4.1.-Relaciones entre el malestar biopsicosocial de las mujeres, los malos tratos psíquicos y los malos tratos físicos.

“La consideración de la posición de la mujer en la realidad social nos lleva a pensar que **la demanda de atención médica**, incluyendo en ella la demanda de atención psiquiátrica (mayor entre las mujeres que los hombres) es una de las pocas posibilidades accesibles para canalizar su **dolor psíquico**... no existen espacios adecuados, en el tejido social, para que las mujeres puedan expresarse como sujetos mediante su propia palabra. En consecuencia la demanda de atención médica cumple una doble función: encubre su posición subjetiva, sus deseos, al mismo tiempo que es la manera en que se expresa su malestar (Tubert, 1990, 1991).⁹

Lo que se tiene que escuchar ante el maltrato es el sufrimiento/malestar o en palabras de Silvia Tubert dolor psíquico.

El tema del malestar biopsicosocial de la mujer está en el núcleo del tema del maltrato.

Se define el malestar biopsicosocial como el sufrimiento que no puede ser descifrado y expresado en palabras y que aparece como sufrimiento anímico o en el cuerpo como síntomas mal definidos y sin causa orgánica demostrable.

Nos referiremos a los procesos en cuestión como los síndromes del malestar de las mujeres con un enfoque que los unifica a través de su significado, lo que permite abordarlos en su causalidad, factores asociados y repercusiones, dejando provisionalmente a un lado las necesidades diagnósticas, con un abordaje y tratamiento integral biopsicosocial que incluya condicionantes de género y subjetividad. (Sara Velasco. 2006 b).

El malestar biopsicosocial de las mujeres procede de las condiciones de vida desiguales que crea la polaridad genérica y se traduce en una experiencia de sufrimiento cuya causa permanece invisible pareciendo que su modo de vida es una elección libre al haberse subjetivado mediante identificaciones con el rol de género asumido. Es también el producto de la explotación que en el presente, por omisión o actuación, hacen las personas significativas de una mujer: pareja, hijos e hijas, parientes, en general los beneficiarios de ese estado de cosas.

La mujer asume el rol de género prescrito de una manera en especial en relación a las relaciones que establece con su familia. Es verdad que esto no es de forma exclusiva y que su rol de género también lo desempeña en cualquier otro ámbito de su vida y de una forma en especial en el ámbito laboral. Pero es en esos lazos, en el lazo afectivo

⁹ La negrita es mía.

con los hijos, padres, hermanos y muy especialmente en la relación de pareja donde el dispositivo de género se concreta más ampliamente porque es en esas relaciones donde confluyen la producción y reproducción de los mecanismos de dominación. El hecho de que esto sea así debe hacernos pensar que el malestar que la mujer pueda tener va a estar muy relacionado con su vida de relación y muy particularmente con su vida familiar. Es en ese ámbito al que proponemos escuchar, poner nuestra atención.

El maltrato psicológico se toca por un lado con el malestar biopsicosocial de las mujeres y por el otro con el maltrato físico. Habría un continuo entre el malestar biopsicosocial, el maltrato psíquico y el maltrato físico. Podríamos pensarlo como círculos que se suceden en una secuencia y que tienen espacios intersectados.

Un primer círculo representando la posición subjetiva de la mujer en relación a la representación polarizada de los géneros, y por tanto representando el malestar biopsicosocial de las mujeres.

Un segundo círculo representando el maltrato psíquico recogiendo toda clase de situaciones de **abuso** la mayor parte de las cuales están **naturalizadas** lo que quiere decir que se produce a través de interacciones que se consideran naturales, normales, habituales, cosas propias de las relaciones de pareja y algunas veces las propias mujeres y la sociedad en general lo explicamos como cosas del modo de ser de los hombres en las relaciones de pareja.

El tercer círculo es el del maltrato físico que tiene la particularidad de ser visible para la mujer y casi nunca para los demás si no nos lo proponemos.

5.-La escucha en el protocolo

5.1.-Enfocado a la detección y atención de los malos tratos.

Lo primero que yo destacaría del protocolo vigente es que en su propia denominación se señala que está **enfocado a la detección y la atención** de los malos tratos en Atención Primaria. Es un protocolo pues, en el que se describe qué clase de gestión de la intervención tiene que hacer el personal de atención primaria en las diversas circunstancias en las que se va a encontrar con las pacientes.

Al ser denominado así “Protocolo para la Detección y Atención...” está diseñando de forma implícita un perfil profesional que los diferentes profesionales deben desempeñar y describe dicho perfil con conductas que se consideran correctas y que suponen un conjunto de **conocimientos teóricos y habilidades prácticas y profesionales** que son necesarias.

Sin lugar a dudas la **escucha**, uno de los temas que nos reúne hoy en esta jornada es uno de esos conocimientos teóricos y de esas habilidades prácticas que se describen en ese perfil profesional.

5.2.-Partes del Protocolo que se refieren a la escucha o tienen que ver con una teoría de la escucha y su habilidad correspondiente.

Nada más comenzar la lectura del protocolo en la parte práctica recogida bajo el epígrafe **Plan de actuación** se señala que

*la detección y valoración de las situaciones de maltrato se basa en la entrevista con la paciente, señalando que es esencial poner en juego toda nuestra **capacidad empática y escucharla activamente, permitiéndole reflexionar en nuestra presencia.***

Como vengo diciendo permitirle reflexionar en nuestra presencia no es un detalle menor sino todo lo contrario. Encierra toda una metodología, toda una ética, e incluso toda una perspectiva epistemológica.

No es mi intención hacer un análisis crítico del Protocolo sino **señalar en qué medida y de qué manera el citado documento apela a esta habilidad, la habilidad de la escucha como un verdadero eje del encuentro con las mujeres en situación de maltrato** y con la que se va a desplegar la posibilidad de intervenir tanto **en los casos a detectar** como en los casos en los que se realiza una intervención ya estructurada.

El protocolo se extiende con el **Anexo I** denominado *las reglas fundamentales para la entrevista con la paciente*, con el **Anexo II** donde se muestra una serie de *preguntas facilitadoras para introducir la entrevista e iniciar la detección* y el Anexo III *Antecedentes, signos actitudes y comportamientos que pueden significar una situación de maltrato: factores de vulnerabilidad*

ANEXO I	Reglas fundamentales para la entrevista y actitudes a evitar
ANEXO II	Preguntas facilitadoras para introducir la entrevista e iniciar la detección
ANEXO III	Antecedentes, signos, actitudes y comportamientos que pueden significar una situación de maltrato

Las redactoras del protocolo pretenden **orientar y sensibilizar a los profesionales con estos Anexos** y proveer de aquello que consideran necesario para atender a las mujeres que padecen violencia de género adaptando la tarea profesional incluso para los menos interesados.

Sabedoras de la infinidad de prejuicios y mitos que rodean la problemática de los malos tratos tanto a nivel social como a nivel de los profesionales de la sanidad porque formamos parte de la misma sociedad, el protocolo hace una descripción detallada con la finalidad de deslindar al máximo los conceptos útiles de las concepciones equivocadas y por eso por ejemplo comienza con precisiones terminológicas como por ejemplo la diferencia *entre violencia doméstica y violencia de género*, precisión tanto más importante cuanto que el primer protocolo era de violencia doméstica y este de violencia de género.

5.3.-La escucha en el ámbito de los malos tratos se realiza con un enfoque biopsicosocial a partir del Anexo III.

El Anexo III se titula *Antecedentes, signos, actitudes y comportamientos que pueden significar una situación de maltrato: factores de vulnerabilidad.*

Describe lo que debe ponernos alerta ante la posible existencia de malos tratos.

Las redactoras del protocolo quieren llamar nuestra atención como sanitarios de forma que al tener en cuenta la violencia de género relacionemos esos antecedentes, signos, síntomas actitudes y comportamientos de forma que mediante la **hipótesis** de que la paciente

pueda estar padeciéndolos nos atrevamos a preguntar. Y al relacionarlos con los malos tratos actuemos con un enfoque biopsicosocial porque apelamos a una causalidad de diferente orden al anátomo-fisiológico.

No podemos sospechar o detectar si no sabemos que hay unos factores de vulnerabilidad y unos antecedentes que se repiten en los malos tratos o tampoco si no sabemos por ejemplo que las mujeres que los padecen tienen heridas y accidentes frecuentes o que está descrito un envejecimiento prematuro, pongamos como ejemplo.

A propósito del envejecimiento prematuro yo no podía ni imaginar cómo serían esos casos que se describen en la literatura y en nuestro protocolo hasta que lo vi en una paciente pero mucho tiempo después de comenzar a recibirla.

La intención de todo el anexo III es intentar **que pensemos en términos contextuales** y que nos preguntemos si lo consignado en la historia clínica, los trastornos actuales y las actitudes y conductas en consulta podrían ser debidos a estar padeciendo violencia.

En mi opinión este anexo es **el instrumento privilegiado en los servicios de urgencias** ya que algunas lesiones, la historia clínica, más las actitudes de la mujer constituirían elementos de alerta evidentes que podrían conducir a hacer preguntas directas y poner en marcha el protocolo.

Los casos que plantean más interrogantes y dificultad para la detección son los de aquellas mujeres que **todavía no ha llegado al servicio de urgencia aunque padezcan agresiones físicas, los de aquellas que ya han estado en los servicios de urgencias y continúan la relación, y los de aquellas que aunque no lo cuentan padecen malos tratos invisibles a ella y en general a la sociedad porque tienen la forma de abuso naturalizado.**

En estos últimos casos se trata del abanico de maniobras y estrategias que pasan por ser manifestación del amor, cosas de hombres o cualquier otro prejuicio que naturaliza la dominación. En estos casos estamos ante lo que conocemos como malos tratos psíquicos.

En esa situación es en la que podemos hacernos la reflexión de Silvia Tubert (Tubert, S. 1990) y es que la naturaleza de la relación que tiene la paciente con el personal sanitario, constituye una situación de privilegio porque en verdad es la **única** situación donde puede hacerse visible la violencia sobre la mujer que cristaliza en los malestares variados que se nuclean en torno a la sintomatología ansiosa, depresiva y somatizaciones diversas y otros trastornos cronificados (fibromialgias, colon irritable u otros) muy particularmente en los casos de maltrato psíquico porque la paciente a menudo no relaciona el abuso padecido con los malestares que se le presentan al médico.

Es muy importante tener esto claro porque el no tenerlo en cuenta puede conducirnos a tratar a la mujer como una especie de enemiga que no hay forma de tratar porque no la curamos.

Se que hay muchos sanitarios, particularmente facultativos, que piensan que todo esto es cosa de profesionales de salud mental. Que si una manera de vivir en pareja conduce a enfermar que eso rebasa la competencia de atención primaria. Pero yo recuerdo aquí que estamos ante todo intentando **detectar**, brindar a las mujeres un **apoyo** que necesitan, **favorecer** la rotura de un **secreto** que la deja indefensa ante el maltratador.

Estamos intentando aumentar los conocimientos y mejorar nuestra perspectiva para ver lo que con frecuencia no vemos.

Las estadísticas son claras.

Hay mucho maltrato físico, y psíquico mucho más y produce malestares. Y esa patología es de atención primaria en el primer orden. Esas maltratadas ya están yendo al centro de salud.

Sin embargo la detección es el resultado de un proceso de evaluación e intelección a partir de lo que tiene delante el sanitario. El modo en que los signos, síntomas, conductas y actitudes cobran sentido es una interpretación que opera desde un esquema conceptual.

Hay que aclarar que **todos tenemos un esquema conceptual**. Con anterioridad he dicho que sepamos o no sepamos que tenemos ese esquema, lo tenemos. Si lo hemos pensado mediante la formación permanente entonces es un esquema crítico, recreado por nuestra capacidad intelectual, nuestra experiencia y nuestras creencias. Si el esquema conceptual con el que nos enfrentamos a las pacientes víctimas de malos tratos no lo hemos revisado, contrastado, sometido a la crítica entonces estamos en presencia de prenociones y prejuicios que al no orientar nuestra escucha hacia la transformación de la realidad que tenemos delante, nos conduce a la impotencia y de allí al rechazo, consciente o inconsciente de esas problemáticas.

Lo descrito hasta aquí muestra hasta qué punto es extraordinariamente importante una teoría, o unas teorías que **orienten** la escucha.

Ahora bien no pretendemos decir que oír a una paciente baste. Y no basta porque de lo que se trata es de dar y encontrar sentido. No es que lo que nos digan no tenga sentido pero somos sanitarios y como tales en cumplimiento de nuestro deseo como clínicos que está orientado a la ayuda a las personas y a la curación, nuestra escucha está orientada a transformar la realidad de sufrimiento y dolor de las víctimas de maltrato y de cualquier otro paciente.

Las teorías orientan la escucha...

Ninguna escucha se hace sobre la base de adoptar la actitud de una tabla rasa que refleje al paciente. No basta con estar delante. Es verdad que reflejar, ya sólo eso, tiene un efecto benéfico pero si nos ofrecemos a los pacientes como espejo, solamente como espejo entonces lo que el paciente verá será nuestros prejuicios. Antes o después. Por tanto se escucha desde un acervo de conceptos que hemos ido reuniendo en relación a nuestra experiencia, nuestra curiosidad intelectual y actitud científica.

El esquema conceptual es necesario porque nos ubica en una posición ética en la dirección de ayudar mejor a nuestras pacientes.

...pero se trata de sus propias palabras.

Porque aunque tengamos teorías lo que necesitamos es que la paciente encuentre sus propias palabras y todo eso ocurrirá si llamamos. Porque lo que creemos saber a través de las certezas que nos da la teoría y la experiencia no se las diremos pensando que ese es el saber que le falta sino que lo usamos para tener una perspectiva, no andar perdidos, para saber que eso es lo que tenemos que callar privilegiando lo que dice el paciente y observando hacia donde encamina su relato.

Partiremos de la base de que **el sentido profundo de lo que dice no lo podremos saber jamás...jamás hasta el final de su relato** porque siendo estrictos lo que la paciente nos va a contar no lo sabe tampoco ella con exactitud hasta haber terminado de contarlo. Cuando esto ocurre escucharemos muchas veces decir a las pacientes que no saben cómo explicar algo y no obstante nosotros con la escucha le hacemos decir cosas que ella quiere decir en relación

a lo que le ocurre. **Termina por decir algo inesperado.** No sabía que lo sabía. **El constante aturdimiento** en que se encuentra cada mujer sometida a maltrato **ha producido alteraciones cognitivas** que raramente se las menciona, ni siquiera en nuestro exhaustivo protocolo.

5.4.-Reglas fundamentales para la entrevista clínica de la mujer con sospecha de maltrato. Anexo I.

Considero que el Anexo I referido a las reglas fundamentales para la entrevista con la mujer con sospecha de maltrato constituye **un marco conceptual de partida más que suficiente.**

Un análisis un poco detenido sobre su contenido nos produce la impresión de algo heterogéneo, todo ello muy apropiado, pero diverso y como no puede ser de otra manera se limita a una simple enunciación.

En realidad casi todo lo que está descrito ahí, **son elementos fundamentales de la escucha** y por eso me parece pertinente un pequeño análisis al objeto de ahondar en su significación en relación al tema que nos ocupa.

Entre otras clasificaciones posibles entiendo que puede plantearse esta, que he elegido porque permite visualizar como diferenciadas los epígrafes que encabezan los diferentes ítems.

Condiciones materiales	Estrategias de entrevista:	Proveer informaciones:	Habilidades psicológicas del entrevistador:
<ul style="list-style-type: none"> *Asegurarse de contar con el tiempo necesario. *Entrevistar a la mujer sola sin familiares. *Asegurar el entorno sin interrupciones 	<ul style="list-style-type: none"> *Preguntar de forma directa y clara, con preguntas facilitadoras *Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios 	<ul style="list-style-type: none"> *Defender su derecho a vivir sin temor a la violencia. *Alertarle sobre los riesgos *Buscar otras posibles víctimas de maltrato en la familia * Ayudarle a hacer un plan de seguridad y recomendarle que no comente esta conversación con su pareja 	<ul style="list-style-type: none"> *Actitud empática *Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios. *Crear la experiencia que relata la paciente. *Hacerle sentir que no está sola y no es culpa suya. *Apoyar, aceptar y asistirle en sus decisiones. *Comprender sus dificultades *Validar sus sentimientos (ayudar a que se entienda). *Valorar el grado de aislamiento o autonomía de la mujer.

			* Ganar su confianza
--	--	--	----------------------

a) Las condiciones materiales

*Asegurarse de contar con el tiempo necesario.

*Entrevistar a la mujer sola sin familiares.

*Asegurar el entorno sin interrupciones

Estas condiciones materiales que básicamente se refieren a lo material de la consulta tienen importancia porque tienen que **servir de soporte al encuentro** pero cuando la entrevista se está desarrollando nos debe producir la sensación de que esas condiciones materiales han desaparecido. Tiempo y espacio se disuelven en el encuentro y ya lo hacen habitualmente. Estamos en la consulta pero lo deseable es que nos olvidemos del espacio que nos envuelve. No quiero decir hacer una negación. Se trata de un acto profesional y el sitio ayuda tanto al clínico como a la mujer a tener en cuenta que **allí hay un contrato** en el que el sanitario tiene la obligación de prestar unos servicios y en el que ella es la potencial beneficiaria de esos servicios a los que tiene derecho.

Se refieren sobre todo al tiempo y el espacio, al intento de hacer posible el encuentro con un mínimo de condiciones que permitan que pueda darse el tipo de encuentro que se busca que en este caso particular tiene un objetivo central: confirmar o negar la sospecha de maltrato a la que hemos llegado por evidencia de lesiones o por hipótesis clínica habida cuenta la hiperfrecuentación por episodios mal definidos de somatizaciones, estados depresivos recurrentes y cuadros de ansiedad recogidos en la historia clínica.

Para el profesional, tenga la profesión que tenga, el lugar de trabajo cumple una función muy importante porque es una mediación entre la ciudadana y su propia persona. En aquel lugar está llamado a prestar servicios el profesional que somos, no sólo la persona que somos. No estamos allí en tanto que aquellas cosas nos interesen más o menos, no exclusivamente, sino que estamos ahí en relación a unas habilidades y servicios para las que nos ha habilitado el Estado por nuestra licenciatura o diplomatura.

El lugar y el tiempo en el que se desenvuelve la entrevista invoca una función, un rol, el del sanitario que somos. No estamos ahí para la compasión por ejemplo, ni para dar opiniones políticas sino para obrar al máximo en función de la evidencia científica. El tiempo y el espacio es como el reloj y el brazo que lo lleva: cuando miramos la hora no vemos el brazo.

Digo que debe desaparecer pero esa desaparición no puede ser completa porque no tenemos todo el tiempo del mundo ni siquiera mucho sino que **se da por un plazo de tiempo controlado que estimamos en el momento en que percibimos que la paciente lo necesita**. Si no lo hacemos así nos producirá, el uso de ese tiempo y espacio, la sensación de que estamos siendo abusados.

La necesidad de amparo, el miedo, la vergüenza, la frustración y toda clase de emociones que no se expresan sino en la más estricta intimidad necesitan que el profesional pueda consentir desaparecer para dejar que con sus palabras nos reinvente de acuerdo a sus necesidades.

Y todo esto porque la paciente al venir trae las imágenes inconscientes de las figuras de protección que en su vida ha tenido y favorecemos la intensidad del momento en la medida en que esas imágenes pueden ser evocadas allí sin ser desmentidas por nuestro protagonismo.

b) Estrategias de entrevista:

*Preguntar de forma directa y clara, con preguntas facilitadoras

*Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios

Estas son habilidades que dependen sobre todo de la experiencia del clínico y son aparentemente dos estrategias opuestas porque puede parecer que preguntar y escuchar sin interrupciones son cosas contrarias pero si os fijáis no lo son.

Al preguntar demostramos que **queremos saber**, que consideramos aquello materia de nuestro interés profesional, que nos ocupamos de nuestros pacientes. Las preguntas son facilitadoras cuando ayudan a hablar y permiten aclaraciones **sobre aquello de lo que nos hablan**. Las preguntas estarán centradas durante al menos una parte del encuentro **en lo que nos quieren decir que es muy diferente a preguntar sobre lo que queremos saber**, que tendrá que esperar si es posible¹⁰.

Las preguntas directas y claras tienen el efecto en la paciente de que para el paciente resultamos directos y claros. El que es directo es el profesional no sólo las preguntas. Yo soy como hablo podríamos decir. Si yo hablo claro no tengo nada que ocultar, se lo que quiero saber y busco algo concreto. Si hago preguntas facilitadoras tengo una actitud, que va a ser perceptible para la paciente, de hacer posible que esté todo lo bien **que pueda, que pueda aclararse lo que le pasa mientras me lo aclara a mí**.

Queremos ayudar y a veces lo hacemos preguntando para facilitar la expresión de la paciente, y otras, las más delicadas voy a callar para hacerle sentir al paciente que todo lo que siente, piensa y dice **es aceptable aquí**, tiene el mismo nivel de interés porque todo ello expresa aspectos parciales de la vida de la paciente que está obligada a callar en la comunicación convencional.

Emitir juicios de valor sobre la situación de la paciente tiene una importancia especial

La paciente cuando nos habla de estas cosas lo ha pensado antes mucho. Y casi siempre ha descartado contarle generalmente porque se siente amenazada para no romper el secreto del maltrato que padece.

La primera que no sabe cómo han llegado las cosas hasta allí es frecuentemente la propia mujer. Las investigaciones que se realizan sobre mujeres maltratadas evidencian que callan porque esperan ser enjuiciadas, culpabilizadas de su situación porque la respuesta inmediata ante ese horror es que le digan que abandone esa relación. Mucho más importante será no enjuiciar si nos encontramos con el caso de una mujer que ha abandonado varias veces a su pareja y está en ese momento conviviendo.

Se trata de evitar la revictimización que es el proceso que se deriva de que siendo ella la víctima necesitada de protección no obstante es acusada por quienes le rodean empezando por el maltratador que la acusa de ser la culpable de los abusos que ella misma padece.

¹⁰ En general el método médico exige que lo que se conozca sea el diagnóstico para prescribir un tratamiento. Este procedimiento lo postergamos estableciendo así partes diferenciadas en la entrevista.

Este proceso no es exclusivo de las mujeres maltratadas sino que pasó antes con los judíos (Hannah Arendt 2003) y en nuestro medio con las víctimas de eta.

Una combinación adecuada es tener un interés activo preguntando lo que no entendemos y escuchar las respuestas en su singularidad observando el modo en que razona nuestra paciente.

Las preguntas deberían ir encaminadas a **esclarecer** el discurso de la paciente prestando una atención especial a aquellos momentos en los que aún no entendiendo lo que nos dice tendemos a dejarlos pasar y también deberían ir encaminadas a evaluar el estado de la mujer según los casos de los que se trate.

c) Proveer informaciones:

*Defender su derecho a vivir sin temor a la violencia.

*Alertarle sobre los riesgos

*Buscar otras posibles víctimas de maltrato en la familia

*Ayudarle a hacer un plan de seguridad y recomendarle que no comente esta conversación con su pareja

Cuando estamos en esos momentos de la entrevista que dedicamos a la detección de los malos tratos la información ocupa un lugar fundamental porque le hace sentir a la mujer que hay precedentes de su caso, que los conocemos, que sabemos cómo se afrontan, que no le ocurre a ella sola, que hay soluciones. Puede que la paciente no esté preparada para expresarse libremente pidiendo ayuda pero, **nuestro ofrecimiento de ayuda vuelve el encuentro inolvidable** porque se le ha señalado nuestra consulta como un lugar donde es pertinente hablar de ese tema y donde además se le va a ayudar como se suele hacer con el resto de sus problemas de salud. Es más le estamos diciendo que es un problema de salud como dice la OMS.

Algunos estudios reflejan lo mucho que puede llegar a tardar una mujer en considerar maltrato algunas formas de abuso sobre todo el abuso psicológico. A veces interpretan las situaciones de abuso como los modos normales de actuación de los hombres.

“Defender su derecho a vivir sin temor a la violencia” sale al paso del discurso del maltratador que presenta la agresión, las amenazas y demás formas de abuso como algo merecido..

Algunas mujeres consideran normal tener que afrontar situaciones así sin ser conscientes de hasta qué punto lo hacen así porque todo a su alrededor tiende a hacerle ver que la sumisión a los hombres es lo normal.

“Alertarle sobre los riesgos” es extraordinariamente importante por cuanto que ellas no están en condiciones de valorar a veces la gravedad al estar acostumbradas a aceptar lo inaceptable. Su situación algunas teorías la equiparan al Síndrome de Estocolmo.

“Buscar otras víctimas de maltrato en la familia” nos da una información fidedigna de la situación y de su gravedad. Es importante recordar aquí que los estudios sobre mujeres maltratadas (Tourné, M. 2007) muestran que una buena parte de mujeres maltratadas toman la decisión definitiva de abandonar a la pareja cuando han visto real la amenaza sobre sus hijos lo que demuestra que permanecieron junto al maltratador por alguna consideración que se hicieron respecto a su rol de madres y respecto a las supuestas necesidades de sus hijos.

Por último “Ayudarle a hacer un plan de seguridad y recomendarle que no comente esta conversación con su pareja” parece una regla que está pensada para una situación sobrevenida, es decir, que la paciente se da cuenta en la consulta o en urgencias que tiene que abandonar a su marido.

Es peligroso que cuente lo que se ha hablado en consulta porque de lo contrario el maltratador se dará cuenta que podría perder el control de esa persona y esto podría dar lugar a un nuevo ciclo de la violencia (Walker, L. 1979) con nuevas amenazas y agresiones para reducir la voluntad de la mujer y para disuadirla de intentar entrar en contacto con los profesionales sanitarios con los que podría proceder a preparar su salida mediante el teléfono de emergencias, ingreso en casa de acogida u otro.

d) Habilidades psicológicas del entrevistador:

He dejado para el final las habilidades psicológicas del entrevistador.

Mi impresión lo digo de entrada es que esas habilidades no son diferentes a las que utilizamos en una proporción mayor o menor en la vida cotidiana y en el resto de nuestra labor profesional. Lo deseable es reparar en lo que hacemos para poder mejorarlo y adaptarlo a la situación de maltrato.

“Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios.”

Es el motivo de esta ponencia.

Una escucha activa es un tipo de disposición hacia el otro que pretende conocer al otro en su especificidad, en su singularidad y en su causalidad tal y como el paciente se representa todo esto para sí mismo. Es muy interesante que el enunciado “escucha activa” viene seguido de “sin interrupciones ni juicios”.

No enjuiciar a un paciente es en sí una posición ética que todo sanitario debe cumplir, sin atender a si estamos de acuerdo con la mentalidad de nuestros pacientes, con su modo de vivir o con su ideología.

Escuchar en la especificidad.¹¹

Hace referencia a los rasgos de personalidad y síntomas.

Entre los muchos pacientes que conocemos la persona que tenemos delante se diferencia de los demás por grandes rasgos que definen un modo de funcionar en su relación **consigo mismo y con los demás**, un modo que reconocemos porque lo encontramos definido como una **presencia constante** en el paciente.

Esa especificidad está definida muy particularmente por síntomas, por su modo de sufrir, por el tipo de enfermedad que hace manifestándose de forma predominante en el área

¹¹ La distinción entre especificidad, singularidad y causalidad la debo a Bernardo Arensbourg, psicoanalista, quien me la hizo partícipe en una comunicación personal

de las relaciones personales, en el área de lo mental o en el área de lo somático¹² (Bleger, José 1977).

Escuchar en la singularidad.

Hace referencia no tanto a los rasgos y síntomas como a **la historia individual** que es singular para cada individuo. Las historias de los pacientes se pueden parecer pero nunca son iguales, evidentemente. **La singularidad también está en el estilo de su relato**, en su estilo literario podríamos decir, porque traduce el modo en que ha vivido y con qué sentimientos sus acontecimientos vitales.

En el caso de las mujeres podemos encontrar entre otros momentos singulares en su historia aquellos periodos de la vida en los que se concretan las funciones y expectativas inherentes a su rol de género. (Sara Velasco 2006). Por ejemplo, menarquía, menopausia, partos, embarazos, cesáreas, control de natalidad, etc. Estas son situaciones especialmente estresógenas en tanto en cuanto al afrontarlas traducen además su modo singular de asumirse como mujeres.

Un ejemplo de esto lo tenemos en las historias de malos tratos que se refieren al tiempo que rodea los embarazos y partos de los hijos primogénitos¹³.

En muchos estudios sobre maltrato a mujeres (Tourné, M. 2007), se puede ver que todo comenzó en el noviazgo o en los primeros meses de convivencia y se interpretó de manera tal que se disculpaba al hombre. Sin embargo cuando el maltrato físico no tuvo lugar durante el noviazgo lo más probable es que comenzara en el embarazo ya que este puede ser un momento de concentración de la mujer en el proceso de construcción psíquica de su bebé que es vivido por el hombre como una restricción presente y futura y un alejamiento intolerable de él. Un temor a la **pérdida de la disponibilidad de la mujer** que pone de manifiesto la debilidad narcisista del hombre, incapaz de acompañar a su pareja, incapaz de aceptar el cambio que la situación va a imponer. Son conocidas las agresiones físicas al vientre de la mujer en el embarazo. Está consignado en nuestro Protocolo y en otros.

En su causalidad significa que con lo que escuchamos procedemos a establecer relaciones y hacemos posible que éstas se establezcan espontáneamente en el discurso de la mujer.

Escuchar en la causalidad es un procedimiento que permite que accedamos al significado de su vida para el paciente. Así podremos escuchar la novela de su vida tal y como ha llegado a tener un sentido para ella.

Escuchar en la causalidad es escuchar cómo explica el paciente los sucesos que caracterizan los hitos de su vida. Se trata de escuchar en qué medida el paciente tiene **teorías** acerca de su vida. En general esto todo el mundo lo pregunta diciendo cosas similares a esto: ¿a

¹² Me parece necesaria introducir esta diferenciación de las tres áreas porque hay sintomatología que se manifiesta en la relación con los otros, por ejemplo, la agresividad y la impulsividad. Se me hace claro desde hace tiempo que la valoración y diagnóstico sin perspectiva de género y sin enfoque contextual de la agresividad e impulsividad en las mujeres conduce a diagnósticos estigmatizadores tales como Trastorno límites que opacan la causalidad genérica.

¹³ Durante mi destino en el Equipo de la Casa de Acogida de Mujeres maltratadas del Ayto. de Murcia a finales de los años ochenta, pude comprobar cómo las mujeres databan frecuentemente un empeoramiento de la relación con malos tratos físicos, si no se habían dado ya, durante el embarazo y los primeros años de crianza del hijo primogénito.

*qué atribuye usted este estado en el que está?*¹⁴

Un importante psicoanalista y renovador del Psicoanálisis, Jean Laplanche, dice que el ser humano es un ser autosimbolizante. Esto quiere decir que desde que aprendemos a hablar intentamos comprender el mundo que nos rodea y, de una manera particular desde la adolescencia, **también intentamos explicarnos a nosotros mismos** (Laplanche, J. 2001).

Cuando escuchamos a nuestros pacientes pensamos cosas sobre ellos y algunas cosas sobre nosotros mismos. Porque el paciente es autosimbolizante y nosotros también.

Por eso quiero subrayar ahora ese añadido que dice “sin interrupciones ni juicios”. Es decir: “**se escucha callados**”. Tenemos que dominar el impulso a participar. Lo que pienso me lo callo, y si es sobre mí más aún. Y mientras callo y gracias a mi **silencio que no se debe confundir con indiferencia**, la paciente desgrana episodios, reflexiones. Cuando una persona en presencia de otra habla, esos dichos producen resonancia en el sentido de que unas palabras evocan otras palabras, en la mente del que escucha y en la mente del que habla. Con nuestro silencio respecto a lo que evoca en nosotros facilitamos la evocación en los pacientes. (Lacan, J. 1953) de forma que **facilitamos que reflexione en nuestra presencia**.

Las cosas contadas por la paciente van logrando un lugar nuevo, una perspectiva nueva, una nueva significación de forma que se percata de lo que sabe sin saber que lo sabía. Esto cuesta trabajo porque estos relatos están marcados por la confusión que tiene el paciente. La desconexión de lo que nos cuenta, el caos que encierra, de una intensidad variable según los casos, despierta angustia y esto se puede hacer difícil de sostener para el sanitario.

Es importante saber que ocurre todo esto porque el maltratador ha impuesto su realidad, la ha empaquetado y se la ha dado sin posibilidad de rechazo para que la mujer la acepte, siendo lo más grave de todo que en esa realidad **se contienen representaciones sobre sí misma justamente las representaciones misóginas que le interesan a él para tenerla dominada, controlada y disponible**.

¿Cómo deshacerse de las representaciones sobre sí misma con las que se ve obligada a desempeñarse ante su pareja? ¿Cómo han llegado esas representaciones a ser de ella? ¿Cómo ayudamos a que salga del estado de alienación en que la mantiene la dominación?

La respuesta es rotunda: ESCUCHANDO porque escuchar permite ir directamente al corazón mismo de la **dominación**.

Para Jessica Benjamin (1996)

“la dominación se origina en una transformación de la relación entre el sí-mismo y el otro...la dominación y la sumisión resultan de una ruptura de la tensión necesaria entre la autoafirmación y el mutuo reconocimiento, una tensión que permite que el sí-mismo y el otro se encuentren como iguales”.

Pensemos en la relación en que se da maltrato.

Para que dos personas se encuentren como iguales debe existir todo el tiempo una tensión, entre mi propia autoafirmación y la autoafirmación del otro es decir una aceptación radical por ambas partes de las igualdades y las diferencias.

¹⁴ Me gustaría añadir que la respuesta corriente todos la conocemos y es que no lo saben. Siempre podremos comprobar que no haciendo caso a esto en primer término, podremos ver a continuación cómo el paciente trae “material” en forma de recuerdos, pensamientos, proyectos, deseos, fantasías, relacionados directa o indirectamente con la causalidad que buscamos y esto es así porque el paciente sabe.

Pero también se requiere del reconocimiento del otro. No basta con la autoafirmación del self (de sí-mismo) sino que se da la paradoja de que se necesita para que se realice esa autoafirmación que sea **afirmación ante el otro** o lo que es lo mismo que se de **el reconocimiento del otro**. El reconocimiento al derecho a la diferencia y a la igualdad de derechos.

Tenemos una necesidad de reconocimiento de parte del otro. La tiene el maltratador y la tiene la maltratada. La tesis de Jessica Benjamin es que el maltratador niega sistemáticamente el reconocimiento lo que conduce a un deterioro del self.

Sin embargo **ese reconocimiento se logra**, y es el único modo de que se de, **a través de la escucha**, en la consulta y en la vida cotidiana.

“el reconocimiento genera una paradoja...es la respuesta del otro que hace significativos los sentimientos, las intenciones, y las acciones del sí-mismo. Permite que el sí-mismo –en nuestro caso la mujer maltratada o cualquier paciente al que escuchamos- realice su agencia y autoría de un modo tangible. Pero este reconocimiento sólo puede provenir de otro al que nosotros, a la vez, reconocemos como persona por derecho propio. **Esta lucha por ser reconocido por otro**, y de tal modo confirmarnos constituye **el núcleo de las relaciones de dominación**, según lo ha demostrado Hegel”.¹⁵ (Benjamin, J. 1996)

Esto se traduce en la relación de maltrato en que la mujer aunque perciba el maltrato puede verse en esa lucha por ser reconocida y que dedique su vida a lograr ese reconocimiento esforzándose por cultivar en el maltratador la representación de ella que siente como real, esforzándose por alcanzar los deseos y proyectos con que concurrió a la relación.

Repito. **Para que se de el reconocimiento es necesaria la escucha y con ese reconocimiento de su diferencia y derecho a ser, atacamos el núcleo mismo de la dominación a la que está sujeta.**¹⁶

Estábamos en “Escuchar activamente sin interrupciones ni juicios” y hemos visto la escucha en la especificidad, en la singularidad y en la causalidad.

Igualmente hemos visto que la mujer está poblada de representaciones impuestas por el maltratador y puede pensar de sí misma lo que él durante años le ha impuesto: que es culpable, que es inútil, etc.

Con ello hemos llegado al núcleo de la dominación y hemos traído a Benjamin para afirmar que existe una tensión que no se debe romper entre la autoafirmación y el reconocimiento del otro. Y también una paradoja cual es que el reconocimiento debe provenir de aquel al que se reconoce también.

“Crear la experiencia que relata la paciente”

Un prejuicio científico muy al uso en médicos, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros es plantearnos si aquello de lo que se nos habla ha pasado en realidad.

Los relatos despiertan un rasgo paranoide, porque no queremos ser manipulados y a veces nos damos cuenta de que eso es lo que quieren algunos pacientes. Queremos tener información fidedigna.

¹⁵ La negrita es mía.

¹⁶ “Está sujeta...” Está “sujetada” a un sistema de representaciones fabricado por el maltratador. Pero también evoca la paradoja de que no puede serlo...ser un sujeto, pleno de agencia para determinarse.

Lo que nos cuentan es lo que existe en la subjetividad del paciente. Lo que se cuenta existe para el paciente.

Cuando pensamos que no tenemos que conducir al paciente en su vida privada sino comprenderla para ayudarla a que se comprenda la preocupación por si nos mienten se reduce mucho.

Obviamente sí nos importa si los hechos ocurrieron o no pero cuando digo que lo que cuenta es que lo relatado existe realmente en la subjetividad del paciente me refiero al modo de experimentarlo.

“Hacerle sentir que no está sola”.

Un profesional hace sentir eso cuando acoge, e intenta comprender sinceramente lo que se le dice. Cuando se evidencia a lo largo de la entrevista que aquello de lo que hablamos forma parte de nuestro trabajo, que es asunto de nuestra consulta, que tenemos una preocupación profesional con aquello y estamos dispuestos a ayudar con aquello que le ocurre.

La paciente nota que no está sola cuando aceptamos no tener la solución inmediata y no lo disimulamos¹⁷, cuando le damos información respecto a su derecho a la salud y a una vida libre del maltrato. Cuando ponemos nuestra capacidad profesional al servicio de ella. Cuando le hacemos saber que el asunto que apenas hemos comenzado a hablar es un asunto que habrá de hablarse en próximas entrevistas, o sea, que el asunto no queda ahí. Cuando en fin nota **apoyo sincero y no impostura**.

Cuando se usa un enfoque biopsicosocial que resumidamente significa encontrar las determinaciones biográficas y sociales de su sufrimiento y el significado subjetivo, hacemos sentir al paciente que la vida cotidiana tiene mucho que decir en sus malestares. Que **sus teorías** sobre su estado **generalmente contienen verdad** y aquél sitio, nuestra consulta, es un sitio donde **aquello es pertinente. Allí se habla de eso**, no sólo de los dolores y heridas del cuerpo y de medicamentos. **Allí entra la vida tal como la vivimos**.

Todos los profesionales hacemos estas cosas todos los días en una proporción variable de tiempo.

“Apoyar, aceptar y asistirle en sus decisiones”.

La mujer maltratada no tiene ni apoyo, ni aceptación de parte de los otros, porque la pareja ha empujado la relación favoreciendo el aislamiento y por tanto instilándose como la único o principal influencia en la mujer. Tampoco le deja tomar decisiones de importancia. Esta es la razón por la que hacerlo nosotros supone dar posibilidad a que emprenda una tarea de reconstrucción de su identidad a través de la ruptura de su aislamiento en la consulta.

Es un lugar común hablar del **aislamiento** de la mujer maltratada. Y en verdad el aislamiento físico y social son dos formas entre otras de abuso y dominación que usa el maltratador. El problema del aislamiento no es sólo que estar sola todas los días sea feo y molesto es que se pierde la posibilidad de buscar y obtener apoyo de parte de las personas que le son significativas, fundamentalmente familia y amigos y sin ese apoyo se es más vulnerable porque cuesta sostener la **percepción de sí mismo** que tenemos y que justamente **se ha creado**

¹⁷ Todavía recuerdo con admiración como un médico de pueblo decía en mi presencia a otros colegas que la aceptación ante la muerte de los familiares de sus pacientes era favorecida por su disposición completa a ayudar en esos momentos sin aparentar posibilidades terapéuticas que no tenía lo que conllevaba ausencia completa de denuncias por mala praxis. O sea, no pasaba por un impostor.

en el encuentro con los otros significativos que son la familia y los amigos.

Es en ese vínculo estrecho en el que se generan y se mantienen las ideas que tenemos a cerca de nuestra identidad, es decir, la representación de si mismo en la que se ha ido decantando la historia personal vivida.

Se trata de un vínculo que es fundamentalmente afectivo y mediante el cual uno se ve en los ojos del otro en el que una persona sostiene su sentimiento de identidad. Por eso el aislamiento no es sólo físico, o sea, no es sólo no ver a los amigos y familia. El aspecto destructivo del aislamiento proviene de no poder tener verdaderos encuentros en donde la persona, encontrándose con los suyos significativos, lo hace con su propio self reflejado en los otros lo que refuerza su sentimiento de identidad.

Se trata de un encuentro consigo misma mediante el reconocimiento de los otros. El problema del aislamiento es que **es una técnica de abuso que facilita la deconstrucción de la identidad al estar sometida a una sola clase de representaciones sobre si misma que son las que provienen de su pareja y que reflejan una representación deteriorada, culpable, deficitaria, inútil de sí misma.**

“Validar sus sentimientos (ayudar a que se entienda)”

Me gusta esta forma de redactarlo. Me gusta el paréntesis porque sin él difícilmente se entendería lo que le precede. Pues bien. Eso es lo que le ocurre a la mujer maltratada. A veces no tiene palabras para nombrar sus sentimientos.. Validar sus sentimientos significa hacerle ver que están justificados, que tienen una relación causal con su vida. A veces poder nombrar un sentimiento significa hacerlo existir, y ese proceso ayuda a resolver la situación de confusión emocional.

La ira, la agresividad.

En general la **ira, la agresividad** está reprimida en las mujeres. **El rol de género hegemónico femenino exige controlarse, y así fue educada, reprimiendo la agresividad.** Es una cuestión visible en toda clase de consultas ver cómo la mujer **nombra de otra forma su ira**, cómo tiene miedo de sentirla, o cómo evita sistemáticamente crear discusión para evitar situaciones de conflicto y dar cumplimiento así a ese rasgo de género que exige a la mujer ser sumisa para favorecer las relaciones familiares “pacíficas”.

Ayudar a **llamar a las cosas por su nombre**, muy particularmente con la agresividad es una tarea prioritaria porque el destino final, la mayoría de las veces, es contra la propia mujer ya que pesa sobre ella la idea de que la agresividad es destructiva y significará pérdida de amor.

Pongo especial énfasis en la validación de la agresividad porque hay algo especial en ella.

La mujer va a necesitar su agresividad porque es un sentimiento que activa. **La agresividad moviliza, aporta energía, dispone para la acción acarreando la energía suficiente para actuar.** Y la mujer maltratada necesita activarse para actuar y para defenderse.

En un principio todo atisbo de agresividad es vivido como fracaso y sin embargo hay que hacer ver que hay un destino de la agresividad que **no es destruir al otro** sino que **es autoafirmante, asertivo.** La agresividad acarrea la

energía para autoafirmarse ante el otro poniendo límites a los deseos y reclamos invasivos de los otros.

La tristeza.

La tristeza es otro sentimiento que juega un papel especial porque juega en la dirección contraria, la de la **pasivización** y la **pérdida de la esperanza** por la vía de la falta de seguridad en sí misma, la **culpabilización** propia de los procesos depresivos en las mujeres y la **falta de la autoestima** procedente de la imagen del self manipulada por la coerción constante del maltratador que la trata como llena de déficits y culpable de todo fracaso en el entendimiento mutuo.

La tristeza es el producto de un duelo; (Freud, S. 1917) duelo por *la mujer* que **no logrará hacer ver/reconocer al otro**, duelo por el supuesto fracaso de no verse cumplir las expectativas de pareja y familia que fantaseó, como todos y cada uno de nosotros, y con las cuales pensaba tener **las satisfacciones que sentía necesitar de apego y sensualidad**.

“Valorar el grado de aislamiento o autonomía de la mujer”.

Se trata de una valoración del estado global de la mujer y de los recursos de todo tipo con los que cuenta. Se trata de echar cuentas de cuáles son sus posibles apoyos entre los que nos encontramos nosotros por imperativo ético. El aislamiento está en relación directa y la autonomía en relación inversa al grado de control y dominación padecido. Un agravamiento de estos dos parámetros da cuenta de gravedad y necesidad de tutela por la Ley.

“Ganar su confianza”

Estar dispuestos a escuchar significa haber hecho ya casi todo lo posible para que esa confianza se de. Se hace mediante el acogimiento y la no impostura.

La confianza se constata cuando el paciente nos habla contando con que hemos entendido y recordamos las cosas habladas con anterioridad, es decir, que tienen algún grado de permanencia en nuestro interior, que están en nuestra memoria.

A veces podríamos pensar que conseguir escuchar a los pacientes podría requerir de mucho tiempo. Creo que cuando la confianza se da y el paciente siente que tiene una relación terapéutica el encuentro es rápido, no necesita de un comienzo desde el principio. A veces **se trata de una continuación** de la relación que se ha construido con anterioridad. Hay confianza cuando el encuentro es una continuación.

En la consulta se traduce en que mientras se consulta el nuevo episodio somático aparecen elementos personales y biográficos.

“Actitud empática”

En “El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro” (Winnicott, D. W. 1962) Winnicott señala que la capacidad de preocuparse por el otro es una capacidad que puede datarse en el desarrollo del niño, que es una capacidad que todo sujeto debe alcanzar y que es el modo en el que la persona que cuida al niño, madre, padre o cualquier otra persona **alcanza comprensión** acerca de las necesidades biológicas o psíquicas del niño.

Subrayo que es una **capacidad de comprender al otro**. En el caso citado se trata de una capacidad que aparece en el niño aunque lo que no se dice es que esa capacidad el niño la desarrolla porque su padre o su madre la han tenido con él nombrando los sentimientos y necesidades, comprendiendo los diferentes estados del bebé.(Fonagy, P.,2000a , 2000b)¹⁸

Nosotros vamos a subrayar no obstante que la empatía es un mecanismo que tiene una cara buena y una mala. La cara mala es creer que con empatía ya sabemos lo que les pasa y lo que necesitan (como si fueran niños que no pueden expresarse) nuestros pacientes mediante las cosas que **imaginamos en ellos a imagen y semejanza de lo que nos pasaría a nosotros**.

Lo que yo defiendo respecto a la empatía es diferente a anticiparnos a comprender lo que le pasa al paciente. La empatía es válida con el bebé pero discutible con los adultos si no tiene un uso dirigido. **Yo prevengo contra la creencia de saber de antemano lo que el paciente nos va a decir acerca de si mismo y sus necesidades**.

Escuchar lleva a que imaginemos y lo que imaginamos debemos dejarlo en suspenso y estar pendiente de **lo que efectivamente dice** el paciente. Lo que el paciente dice no es lo que tenemos en la cabeza como prueba de empatía. **Lo que dice el paciente es lo que pronuncia, y yo se lo que eso significa cuando ha acabado de decirlo**.

La empatía es la capacidad de entender al otro pero yo añado: **cuando el otro se ha explicado, no antes de que lo haga**.

Con esto ayudamos en el proceso de subjetivación y empoderamiento de la mujer maltratada.

“La esencia del buen escuchar es la empatía, y sólo podemos conseguirla olvidándonos temporalmente de la preocupación por nosotros mismos y entrando en la experiencia ajena”. (Nichols, Michael P. 1998).

En el caso de Winnicott hablábamos del origen de la preocupación por el otro en la vida de la persona. En el caso de este autor se señala hasta qué punto debemos olvidarnos temporalmente de la preocupación por nosotros mismos porque sitúa el peligro en la proyección del clínico en su paciente.

Y añado: no debemos imaginar al paciente de acuerdo a nuestras preocupaciones.

6.-La capacitación para la escucha habilita para afinar en la percepción del abuso y de los malos tratos psicológicos.

Los malos tratos psicológicos están definidos en el protocolo como:

“conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento en la relación de pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones, o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física, es más difícil de demostrar y en muchas ocasiones, no se identifica por la víctima como tal violencia sino como manifestaciones propias del carácter del agresor. Como consecuencia, causa en la mujer miedo, pérdida de autoestima e incapacidad para tomar decisiones. Cuando se producen la violencia física o sexual, también aparece la violencia psicológica”.

¹⁸ Se trata de textos en los que se comprueba las repercusiones psicopatológicas de la falta de mentalización en el sujeto y la incidencia de esa mentalización en su crianza.

Aunque no está recogido en la cita del protocolo la violencia psíquica produce sufrimiento o malestares ya desde **antes de que la mujer se de cuenta de que tiene una relación en la que está siendo abusada.**

Me consta que la expresión malos tratos psicológicos parece demasiado sutil. Cuando se habla de esto, enseguida todos, como es natural tenemos ideas propias y casi siempre intentamos verlo del derecho y del revés cuando no del derecho y del izquierdo como si los malos tratos no pudieran ser un asunto transversal a las ideologías políticas dominantes.

Todo el mundo tiene una representación mental de lo que son los malos tratos psicológicos. Probablemente sobre el papel es fácil ponerse de acuerdo pero si entramos en detalles, podríamos tener una discusión inacabable.

En mi opinión el concepto que aclara que es un maltrato psíquico es el de **abuso.**

El DRAE define abusar como:

1. intr. Usar mal, excesiva, injusta, impropia o indebidamente de algo o de alguien.

2. intr. Hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder.

Para mi el concepto de abuso tiene una doble ventaja porque es un concepto que tiene una traducción jurídica, y una traducción psicológica. Es decir, está definido jurídicamente como algo punible y es la traducción psicológica operativa de unas conductas o de los efectos de esas conductas.

“Una relación de abuso y malos tratos es en definitiva **una relación de poder, cuyo objetivo es dominar, doblegar, controlar y poseer a la persona abusada.** Para obtener el objetivo de la sumisión es necesario poner en marcha determinadas **estrategias de coacción**“. (Esther Ramos 2006).¹⁹

La autora completa su definición señalando que de abuso somos capaces todos pero en la violencia de género se trata de una situación unidireccional, que tiene por intención el control y el dominio de la mujer y su mantenimiento en posiciones de subordinación.

Antes he enunciado la siguiente afirmación:

“La capacitación para la escucha habilita para afinar la percepción del abuso y de los malos tratos psicológicos“.

Con esto quiero decir que dado que es la violencia más sutil, más invisible, tenemos que conocerla bien. Porque aunque no somos los únicos profesionales implicados todas las mujeres son atendidas por nosotros tanto en las consultas de medicina general como de enfermería o planificación.

El problema de las situaciones de abuso se da cuando se entiende que eso es lo normal. Se trata de lo que se conoce como **micromachismos** (Bonino, L.). Se trata de relaciones que están naturalizadas es decir que se desprecia su importancia por ser corrientes.

Este es un ejemplo de cómo funciona la naturalización de una conducta abusiva.

Se trata de una paciente a la que su marido no le habla de ninguna manera. Lo ha intentado todo durante años. Ella tiene una gran inseguridad y necesita del contacto tanto por amor como por equilibrio psicológico.

¹⁹ La negrita es mía.

Ella quiere tener momentos de encuentro y reconocimiento con su marido, sentir que es alguien. Después de trabajar sobre esta cuestión dice:

*“a veces le digo que no haga con nuestro hijo lo que hace conmigo. Yo sé que me quiere. Estamos juntos 17 años. Me gustaría que hiciera como mi hijo. Por la mañana cuando se levanta va a la cama y dice : ¡hola mami, buenos días!. ¡Te hace sentir que para alguien eres **algo!**. “yo quiero que haga lo que mi hijo”.*

Con su marido ha llegado un momento en que por no discutir con él ya no intenta hablar de cómo se siente y de lo que necesita de él.

“No puedo discutir con él, me pongo nerviosa y él sigue callado. A veces pasamos días sin hablarnos. Esta situación la llevo acumulada. A veces exploto y le grito diciéndole que me tiene abandonada. Yo lo que quiero no es que esté dándome besos sino que existo, que existo, que esté algo para mí. Es que tiene una forma de ser muy suya”.

Y me cuenta a continuación:

*“he hablado con mis hermanas y me dicen: **eso nos pasa a todas, los hombres son así**”.*

“Los hombres son así” traduce la naturalización de esta situación abusiva en la que la paciente quiere sentir que “es algo”, ni siquiera “alguien”.

Para Esther Ramos son varias las **estrategias de coacción** y diversas las formas en que puede manifestarse el abuso. La violencia física no es, necesariamente, la más destructiva de ellas.

Seguimos en esto la clasificación de Esther Ramos (2006) que resumimos y comentamos.²⁰

Estrategias de abuso

Dice Esther Ramos en el texto citado que:

“Solemos cometer el error de creer que la única, o al menos la principal estrategia de coacción que se usa para ejercer abuso en las relación de pareja es la violencia física. Hay quién cree que si no hay golpes y agresiones, no hay maltrato. A veces incluso las propias víctimas tienen dificultades para identificar y conceptualizar como maltrato el que no cursa con violencia física. En consulta clínica, es frecuente tras la narración de auténticas historias de abuso, escuchar a renglón seguido frases tales como: *“bueno, pegarme, no me pega”*.”

Las conductas que definen las siguientes estrategias de abuso están recogidas en la Escala EDAM (Esther Ramos 2006). Resumen y comentario a continuación.

Aislar

Ejercer aislamiento consiste en romper el apoyo social de la mujer. Suele ser una de las primeras formas en que se manifiesta el abuso. Una persona aislada, sin apoyo de familiares ni amigos es mucho más vulnerable porque **no tiene el reconocimiento** de quienes han sido importantes en su vida. Para mí la importancia del aislamiento no está en lo físico, la soledad, sino en el proceso de **deterioro de la autopercepción de sí misma** que conlleva, dependiendo para su sentimiento de valía de la pareja.

El aislamiento refuerza la dependencia por la vía de la privación afectiva y privación del encuentro con sus personas significativas y de esta forma el control se ejerce con mayor eficacia.

Desvalorizar

²⁰ Mi agradecimiento y reconocimiento por la sistematización y claridad con la que Esther Ramos expone las estrategias de abuso.

Desvalorizar significa “quitar valor”, es decir, destruir la percepción de valía de la persona. Una persona sin autoestima ni seguridad es más vulnerable a ser sometida. Aparece en las primeras fases de la relación y se instaura a lo largo de ella. Con frecuencia, en las primeras fases de la relación adopta las formas más sutiles.

El objetivo inmediato es destruir la autoestima, crear inseguridad, confusión y **duda de las propias percepciones de sí misma**. La persona abusada se ve confrontada con mensajes sobre ella que cuestionan, contradicen y critican la percepción que la mujer tiene de sí sin poder entender en la mayor parte de los casos que se está procediendo no sólo a un abuso sino a un proceso de deconstrucción de la identidad. Esto explica parcialmente que no abandone la relación. La paciente dedica su esfuerzo a recrear mediante su disponibilidad completa la representación que necesita que tenga el abusador de ella (reconocimiento). Quiere demostrar que no es como él la ve porque ella cree durante un tiempo al maltratador.

Es esta la dinámica descrita por Benjamin (1996) y es una de las motivaciones más importantes para el sostenimiento de la relación. Una vez que está lesionada la autoestima por la pérdida del reconocimiento del otro se pierde totalmente al poner todo el esfuerzo en tratar de conseguir el reconocimiento del maltratador y en tratar de cultivar en él la representación de ella que siente le corresponde.

Amenazar e intimidar

Frecuentemente aparece cuando ha terminado el noviazgo o acaba de comenzar la convivencia. Y se usa cuando han desaparecido o se debilitan los efectos de otros tipos de abuso.

Chantajear, amenazar e infundir temor son formas de abuso que usa como dinámica de control a lo largo de la historia de la relación.

Se usa pues como un modo de conducir a la mujer a la situación de sumisión cuando parece debilitarse.

Los objetivos son impedir que cuente lo que pasa, impedir la denuncia o impedir que abandone la relación (de hecho, la mayoría de las agresiones con resultado de muerte se producen cuando la mujer decide poner fin a la relación e inicia el proceso de separación).

Las secuelas que produce son sentimientos de miedo, que van del temor al terror, paralización de la víctima a la hora de tomar iniciativas eficaces que pongan fin a la situación de maltrato, sufrimiento emocional, etc.

Conductas de control y dominio

Perseguir, vigilar, no respetar la intimidad, exigir, impedir, someter o imponer constituyen conductas de dominio y control.

Las consecuencias son la pérdida de libertad, sentimientos de indefensión para tomar decisiones por sí misma o temor permanente a no actuar según las imposiciones del maltratador.

Abuso económico

El acceso y control de los recursos constituye una manera eficaz de dominio y control en la relación. Implica que la mujer no participa en la toma de decisiones sobre cómo distribuir el gasto del dinero. Mantener a la familia en situación de no acceso a los recursos disminuye la capacidad de la mujer para poner en marcha respuestas eficaces que pongan fin al abuso.

Abuso Ambiental

Incluye conductas de provocación, hostilidad y prepotencia tales como destruir o dañar aquello que tiene valor afectivo para la mujer.

La alteración del sueño es un comportamiento típico que se sustenta en la supuesta obligación de disponibilidad y adecuación de la mujer a los tiempos y circunstancias del victimario. El abuso ambiental, provoca vulnerabilidad, genera miedo, sufrimiento y desequilibrio emocional de la víctima. Es la exigencia de disponibilidad completa.

Creo que la exigencia de tener a la mujer perfectamente disponible y la exigencia de una completa adecuación de parte de ella a las necesidades, motivos y deseos, incluidos los sexuales del victimario no es posible **que se de sólo** por alguna clase de disposición inconsciente en el maltratador que le conduzca a representarse a su pareja como alguien obligada con él como si tuviera una necesidad imperiosa e inevitable de calma y consuelo como el bebé con su cuidador. ¿Acaso la mujer no gustaría de tener disponibilidad del otro si se sintiera legitimada para exigirlo?

Sin que exista un conjunto de representaciones con las que el hombre se declara en sintonía ideológica y que le legitiman en un lugar de poder, el fenómeno de la dominación no se daría en la misma forma. Se requiere de unas reglas de juego favorables al hombre que se denominan sexismo y patriarcado.

Se trata nada menos que de un atentado contra la libertad de la mujer cuando se le exige la más completa disponibilidad y si pensamos en el niño, o en el inconsciente como el niño al que obedece el victimario, **no prestamos atención a lo fundamental** que es la libertad de la mujer y el proceso de desobjetivación al que se la somete.

Violencia Sexual

Los abusos sexuales están tipificados como “atentados a la libertad sexual” e incluyen:

Agresión sexual: relación de carácter sexual no consentida que se consigue **por medio de la violencia o de la intimidación.**

Abusos sexuales: relación de carácter sexual que tiene lugar **sin que exista consentimiento expreso de la víctima**, y que se consigue **por medios de coacción distintos a la violencia.**

Las secuelas que producen estos abusos son humillación, vergüenza, sentimientos de indefensión, disfunciones sexuales, etc.

Violencia física

Incluye conductas tales como empujar, zarandear, perseguir, golpear, abofetear, dar patadas, intentos de estrangulamiento, quemaduras, agresión con objetos, azotar con cinturones, producir lesiones internas, provocar abortos o el homicidio.

Una vez más el **objetivo** es doblegar, obtener sumisión, dominar, controlar. Las **consecuencias** que genera son miedo, pánico, terror, ansiedad (puede llegar a ser extrema debido a que la violencia puede producirse de manera impredecible y mezclada con periodos de arrepentimiento.), humillación, vergüenza, sentimientos de indefensión, desesperanza, apatía, etc.

Chantaje emocional

Esta forma de maltrato consiste en mostrar -por parte del victimario- sumisión, dependencia y autodegradación, **con el fin de provocar lástima y pena**. Las víctimas de este tipo de manipulación pueden acabar por asumir la responsabilidad del bienestar emocional de la pareja, imponiéndose la necesidad de protegerle y obrar de acuerdo a unos criterios que eviten “malestar” al victimario. El chantaje emocional utiliza como principal herramienta el **sentimiento de culpa**.

Viñeta.

S. es una mujer de 57 años y su marido 60. La imagen pública del marido es óptima. Una persona ejemplar podríamos decir.

Diagnosticada de Depresión Mayor nos cuenta al llegar tanto en la consulta de enfermería como en la de Psiquiatría y Psicología Clínica que su marido es poco cariñoso. Cuando al fin nos da detalles sobre este aspecto nos dice que su marido es homosexual y que por esa razón nunca la deseó. No sólo eso sino que tampoco ha tenido atenciones con ella en el sentido de valorarla. En los últimos meses ha repasado la vida con él en pareja y sus relaciones afectivas y sexuales y se ha desatado una agresividad que alcanzan a ver perfectamente sus familiares, y por la que le recriminan. Intenta hablar con el marido de la situación de fraude en la que ha estado y en la que él ha sido un impostor y él nunca quiere comentar nada hasta que un día él le dice que no puede remediarlo y que no puede dejar de tener un deseo sexual homosexual. Como ella le exige en los días sucesivos hablar con él, tienen finalmente una conversación que transcurre así:

“Mi marido me dice que si él supiera que desapareciendo...iba yo a ser feliz... y al final la que se siente mal soy yo. Él tiene esa postura de dócil²¹. Yo no se lo que es.

Yo le digo:

-eso es un abuso, es un chantaje emocional para llamar a las cosas por su nombre.

Y ella después de algunas consideraciones más añade:

*“Yo no he elegido tener este problema. Yo ahora me siento mal. **Yo lo que quiero es que me trate bien... cuando no lo hace, mi rabia se agudiza. Él a mí no me maltrata ni nada.** Lo único es que está agresivo. No sé si es la política, no sé. Seguiremos así (se propone adaptarse a la situación). Cuando me de la “depre” pues salgo cortando y la que va a desaparecer soy yo.”*

Se trata de chantaje emocional ya que el marido con su amenaza velada de suicidio persigue viciar la voluntad y controlar la agresividad de su mujer hacia él. El marido sugiere el suicidio, provoca culpabilidad en la paciente y como consecuencia de su confusión y frustración, deseos de morir en ella.

7.-Dificultades de los sanitarios

7.1.-De carácter general

²¹ Ciclo de la violencia.

Las mujeres y hombres que trabajamos en la sanidad pública somos miembros de la sociedad y como tales participamos en mayor o menor medida de las ideas preconcebidas que como prejuicios y mitos funcionan sobre los malos tratos.

Si no se tiene una formación adecuada sobre la perspectiva de género y el maltrato es más difícil situarse.

7.2.-De carácter intelectual y formativo.

Uno de los problemas a afrontar es el que se deriva de que los sanitarios no están entrenados en estudiar algo distinto al cuerpo. En propiedad no escuchan sino que observan el cuerpo y se representan sus mecanismos. El médico usa el ojo. Hablamos de ojo clínico. El médico mira. El enfermero también cuando por ejemplo evalúa el estado de una cura o evalúa el estado de un diabético por ejemplo. Y saben mucho qué duda cabe. Esa mirada nos interesa a todos que la tengan porque mirando han aprendido mucho sobre el funcionamiento del cuerpo. El médico tiene un ideal que es escópico, es visual.

En un enfoque biopsicosocial tenemos un ideal escópico también pero se realiza **mirando con la oreja.**

Con el enfoque biopsicosocial se usa la oreja para oír y la mente para escuchar.

Escuchar es aceptar que aun antes de comenzar a oír, hay un sentido en el relato que se nos ofrece.

Cuando nos acercamos a los malos tratos con los *ojos* esto nos conduce a estar a la espera de que aparezca en el *paisaje* un síndrome y surja la *imagen* de una determinada enfermedad. Se trata de una mente visual en la que el paisaje tendría que coincidir con los *retratos* anatómo-fisiológicos y psicopatológicos que se conocen. Aparecería fácilmente una *enfermedad* y más difícilmente un **conflicto**.

Aceptar la escucha como metodología significa aceptar que hay un sentido que quiere ser transmitido, que está en el otro y tendremos que adquirirlo para comprender.

Implica aceptar que no sabemos lo que se nos va a decir, que tendremos que dejar en suspenso la **representación meta que se forma en nosotros** y a la que quiere llegar el paciente hasta comprobar al final de su relato si es lo que hemos estado pensando lo que nos ha dicho o no. Tendremos que esperar a que terminen de contar los relatos para saber el sentido de lo transmitido. Y es cierto que no tenemos todo el tiempo del mundo sino todo lo contrario es muy escaso y no llega en general a los 6 minutos de media.

Lo que interesa es que nos demos cuenta que las características personales que tenemos que poner en juego para escuchar son diferentes a la actitud que denominamos mirada clínica.

Para que este acercamiento pueda tener lugar necesitamos hacer una suposición central de la que depende el éxito. Se trata de una premisa y es que **el paciente sabe**. Con esto nos alejamos de las posiciones que ya ocupa el maltratador que generalmente **la tratará de ignorante para poder dominarla mejor**.

Esto para un sanitario es un cierto cambio de perspectiva.

El paciente sabe y el sanitario también pero de forma general. En el caso de los malos tratos esos saberes estarán relacionados con los diferentes aspectos que conforman la violencia psicológica, como la diversidad de estrategias de dominación que recién acabamos de citar.

En el enfoque biopsicosocial el saber del médico se completa con los saberes ciertos que surgen de la experiencia del paciente.

7.3.-De carácter profesional

Existen investigaciones sobre las distintas posiciones que se adoptan en relación a la violencia de género entre los sanitarios (citado en Curso de Formación de formadoras/es en violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid 2007) y el modo en que se traducen en su relación con su práctica profesional en malos tratos:

La no visión del maltrato (en la medida en que no veo el maltrato no puedo comprometerme con él).

Una de ellas es que los malos tratos a detectar no los vemos. En realidad el protocolo está hecho para ayudar a detectarlos a partir de la historia clínica y de la escucha.

La falta de tiempo (por lo menos la sospecha de violencia es relativamente fácil).

Sospechar maltrato es una operación intelectual que no requiere de un tiempo en concreto en consulta. Puede ser más o puede ser menos. Lo que requiere tiempo es la preparación intelectual y la remoción de las reacciones afectivas que el tema pueda despertar.

También hay otra cuestión en relación al tiempo y es que todo transcurre habitualmente en la consulta de una forma muy rápida, tanto en consulta de medicina general como en los servicios de urgencias y este ritmo con el que se trabaja acostumbra a los protagonistas a que todo transcurra con celeridad. Y el problema es que hablarse necesita de tiempo, hablar tiene una duración e incluso la significación del relato necesita de tiempo porque como voy a repetir a lo largo de este trabajo el sentido surge al final del relato. La verdad del relato aparece al final y el resto de significaciones son suposiciones.

El tiempo en relación a los resultados. Hay que distinguir entre detectar y hacer atención y seguimiento. Al tratarse de un proceso largo, también los resultados son a largo plazo.

Una vez hecha la detección algunos motivos de consulta nuevos pueden ser comprendidos con más facilidad en su relación de causalidad. Aunque se derive a servicios especializados o salud mental la labor en atención primaria continúa y los resultados mejoran en términos de salud general de la paciente.

A veces se sospecha y estamos casi seguros pero vemos que la paciente no quiere entrar en eso y reserva su intimidad porque cada día más gente sabe que este es un asunto en el que los sanitarios tenemos obligaciones. Esto desanima.

Escasez de recursos. La sobrecarga de las consultas de A.P. es un escollo a la hora de intervenir en este tema, aunque otros problemas de salud no se dejan de abordar por este motivo.

Yo creo que cada vez hay más recursos y uno de ellos es este, estas jornadas que aspiran a aportar un grano de arena más aportando elementos para la escucha. La existencia de responsables de violencia de género es un recurso más.

