

La Violencia de Género en Atención Primaria

Francisca Muñoz Cobos

Médica de familia, Centro de Salud El Palo, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España

Participaron en la investigación: M. L. Burgos Varo, I. Ortega Fraile, J. Río Ruiz, M.R. Martín Carretero, A. Carrasco Rodríguez, M. Villalobos Bravo.

Resumen

En este artículo presentamos la línea de investigación sobre violencia de género en mujeres atendidas en centros de atención primaria por parte de un equipo de profesionales que incluye médicos de familia, trabajadores sociales y personal de enfermería, y se orienta a la investigación-acción. Inicialmente, tras el contacto con mujeres residentes en casas de acogida y con sus hijos, se realizan estudios descriptivos sobre sus características y necesidades de salud, así como se evalúa la efectividad de las intervenciones orientadas a la mejora de la calidad y la adecuación de la atención que se les presta desde los centros de salud. La complejidad del problema y la tendencia a la intervención directiva y unidireccional de los profesionales sanitarios llevan a la necesidad de conocer la perspectiva de las mujeres, utilizando una metodología cualitativa (análisis de relatos biográficos grabados en audio, mediante teoría fundamentada) para responder preguntas de investigación, como los motivos para salir de la situación o permanecer en ella, la visión que de los agresores tienen las mujeres y la adecuación a modelos explicativos como el modelo de estadios de cambio. Como investigación en proyecto está el estudio con igual metodología, de la perspectiva de los hombres que han infligido violencia.

Abstract

In this essay, we show a line of research into intimate partner violence against women who are seen in primary care centers by a team of doctors, social workers and nurses who focus on a research-action approach. First, we contacted women and their children who were living in a shelter. Descriptive studies into their characteristics and health needs were made. In addition, the effectiveness of the health actions for improving the quality and the adaptation of the attention in primary care centers for these people were evaluated. It is necessary to know the women's views because of the complexity of the matter and the professionals' tendency to direct the interventions. Qualitative methodology was used (biographical narrations analyzed by Grounded Theory) to answer the main research questions: reasons for leaving or remaining in the situation; the women's view of their aggressors, and the adaptation to the explanatory Stages of Change Model. Another research project with the same methodology which focuses on the male aggressor's view is being undertaken.

Acceda a este artículo en [siicsalud](#)

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



+ Bibliografía completa, especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

Introducción

La denominación sobre este fenómeno es múltiple y se hace necesaria una aclaración terminológica:¹

Violencia de género o violencia contra las mujeres

Todas las formas de violencia que intentan perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al sexo masculino.

Incluye todas las formas de discriminación de la mujer, el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo y todas las formas de maltrato físico, psicológico, sexual y social. La violencia contra las mujeres parte de motivaciones diferentes a las de la violencia interpersonal o instrumental y se consideraría históricamente la primera forma de agresión utilizada sistemáticamente por los seres humanos para conseguir objetivos no relacionados con la satisfacción de necesidades:² agredir para evitar que las mujeres eludan las normas o esquemas de género.

Violencia doméstica

Forma de violencia que se desarrolla en el espacio "doméstico" o privado y en una relación de pareja, con convivencia o sin ella, o vínculos con ex parejas. Este término resalta el aspecto "privado" de la violencia, perjudicial para su visibilidad.

Violencia familiar o intrafamiliar

Todas las formas de abuso de poder que se desarrollan en el contexto de las relaciones familiares. Tiene dos vertientes: una basada en el género (violencia hacia la mujer) y otra basada en la generación (maltrato infantil y maltrato a personas ancianas).

Violencia por el compañero íntimo

Este término señala el origen y agente de la violencia, especificando la relación de intimidad, sin incluir la convivencia o el ámbito del hogar.

La importancia de este tipo de violencia lo hace considerarla un problema de salud de primer orden. Se han sistematizado las intervenciones de los profesionales sanitarios.³⁻⁸ Los estudios muestran prevalencias poblacionales en torno del 10% en mujeres españolas

mayores de edad,^{9,10} superiores al 15% entre mujeres atendidas en centros de atención primaria,¹¹ sin tener en cuenta la llamada "cifra negra": casos de violencia física/psicológica ocultos a las estadísticas, estimados entre el 10% y el 30% de los casos reales. Existen múltiples estudios en los que se determinan las importantes consecuencias¹²⁻¹⁴ de la violencia doméstica, tanto a nivel físico (consecuencias directas de la agresión, como fracturas y heridas, limitaciones funcionales, mayor frecuentación de servicios sanitarios, mayor número de días en cama, mayor número de intervenciones quirúrgicas, mayor frecuencia de síntomas y signos mal definidos y de enfermedades crónicas, conducta sexual de riesgo, mayor mortalidad), como a nivel psíquico (ansiedad, depresión, insomnio, trastorno por estrés posttraumático, abuso de alcohol y drogas, peor salud autopercebida, mayor riesgo de suicidio), social (aislamiento, desarraigo, falta de empleo), sobre los hijos (dificultades de aprendizaje y socialización y mayor frecuencia de enfermedades psicósomáticas y trastornos psicológicos)^{15,16} y para la sociedad en general (transmisión intergeneracional de la violencia, años poten-

ciales de vida perdidos, impacto social en la enseñanza, medios de comunicación, legislación, papel de las instituciones, etc.).

Respecto de la detección, se conoce la dificultad del reconocimiento de la violencia de género como problema de salud.^{17,18} La atención primaria de salud, como primer nivel del sistema sanitario, accesible a las necesidades de la población y centrada en la persona, es el ámbito idóneo para la detección temprana y el seguimiento de las mujeres afectadas.¹⁹ Se utiliza la entrevista clínica como herramienta fundamental para la detección de casos²⁰ y se han desarrollado también cuestionarios específicos.²¹ Aunque no hay suficientes pruebas científicas que permitan aconsejar el cribado sistemático entre la población general para la detección del maltrato,²² debemos trabajar desde la prevención, que incluye medidas de modificación de normas culturales y sociales, así como de identificación, atención y apoyo a las víctimas.^{23,24} Respecto de las intervenciones sobre las mujeres, existe suficiente grado de evidencia de la utilidad de los programas de apoyo específico (incluyendo el establecimiento de un plan de seguridad, asesoramiento, acceso a recursos comunitarios como vivienda, empleo y apoyo social)²⁵ que han demostrado reducir el abuso físico (aunque no el psicológico) y mejorar la calidad de vida.

Estudios descriptivos iniciales

El primer contacto directo con la realidad de los malos tratos contra las mujeres por parte del equipo de investigación y el inicio del interés por su estudio se debió a la ubicación de una Casa de Acogida en la zona básica adscrita al centro de salud, para mujeres y sus hijos. Se trataba de una institución de emergencia, dependiente de la administración autonómica, que acogía víctimas de violencia con alto riesgo para la supervivencia, con el fin de garantizar su seguridad y ocultarlas para evitar su localización por el agresor. En el estudio de las características de estas mujeres²⁶ se detectaron síntomas psicológicos y somáticos múltiples, lesiones físicas en numerosas localizaciones y alto consumo de medicación hipnosedante. Se pusieron de manifiesto problemas en la atención sanitaria, prestada a demanda en las consultas de medicina de familia y pediatría, con problemas de accesibilidad y confidencialidad y muy baja participación en actividades preventivas o inclusión en programas de salud. En este hecho puede influir la situación aguda de crisis personal y familiar así como el corto

tiempo de permanencia en la zona básica, pero también la falta de adecuación del sistema sanitario a las características de estas mujeres y sus hijos. La obligación urgente de abandonar sus hogares como medida de protección, salir de su entorno y depender de las instituciones, suponía una marcada situación de desarraigo que complicaba la prestación de una atención sanitaria integral. Para mejorar la atención sanitaria se puso en marcha una intervención orientada a la participación en actividades preventivas, vacunas, programas de salud infantil y reproductiva, prevención del cáncer, valoración del desarrollo somatométrico y psicomotor y valoración sociofamiliar, de carácter interdisciplinario (medicina de familia, enfermería, pediatría, trabajo social).²⁷

Las mujeres acogidas bajo medidas de protección no son sino una población seleccionada de entre las que sufren malos tratos por parte de sus parejas o ex parejas, lo que nos llevó a considerar que en nuestro quehacer diario atendíamos muchas mujeres con este problema. Así, nuestro foco de investigación se orientó posteriormente al estudio de las mujeres que padecen esta situación y atendemos cotidianamente en los centros de atención primaria, para lo que realizamos un estudio descriptivo con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas y problemas de salud, y realizar comparaciones entre centros diferentes en cuanto al tipo de población (gran ciudad/población semirural) y tipo de asistencia sanitaria (centro de salud sin/con punto de urgencias de 24 horas). Se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad promedio (46.2 años en centro urbano), tipo de maltrato (93% físico en la población semirural), enfermedad (depresión [58%], ansiedad [45%], síntomas mal definidos [45%] en centros urbanos) uso de servicios (13.8 consultas/año en población urbana) y toma de psicofármacos (66.7% en centros urbanos). De esta forma, parece necesario diferenciar entre el caso de mujeres maltratadas más jóvenes, que acude a los servicios de salud por lesiones agudas, generalmente a los servicios de urgencias, y que tienen mayor capacidad de percibirse como maltratadas; y los casos de mujeres de más edad, con malos tratos de muy larga evolución, con gran dificultad para reconocerlos y detectados más a largo plazo en la relación de confianza y de continuidad asistencial establecida con el profesional de salud que les atiende habitualmente.²⁸ Estas pacientes sufrirán mayores repercusiones del maltrato en su salud e incluso pueden ser consideradas pacientes-

problema.²⁹ La coincidencia del perfil de mujer que sufre malos tratos de larga duración con la paciente que acude con frecuencia al centro de salud (mujer de edad media con trastornos de ansiedad-depresión y síntomas mal definidos) dificulta su detección, agravada por el sesgo de género² en la asistencia sanitaria, que lleva a minimizar las quejas de salud de las mujeres con este perfil.

Enfoque de intervención interdisciplinaria

Una vez que vamos obteniendo información sobre la realidad de los malos tratos contra las mujeres, surge la necesidad de sistematizar el conocimiento adquirido sobre base de la búsqueda de la interdisciplinaria en la aplicación práctica de los resultados a la atención prestada a estas mujeres.³⁰

Para la intervención, y sobre la base de los datos de los estudios realizados, se diferencian dos grupos de mujeres: aquellas que manifiestan abiertamente su situación y constituyen casos "agudos" de violencia en las que los procedimientos de atención se centran en la consecución de la seguridad de la víctima; el otro grupo corresponde a mujeres que ocultan total o parcialmente los malos tratos de larga duración y la acción profesional se centra en el uso de técnicas de comunicación eficaz y en la adecuación y respeto al proceso psicológico por el que atraviesa la mujer.

Además, se propone la inclusión de estrategias comunitarias y considerar la autoprotección de los profesionales para evitar la victimización indirecta.

Estudios con metodología cualitativa

Una vez que el equipo investigador constató la enorme complejidad de este problema y se puso de manifiesto la tendencia de los profesionales sanitarios a ser directivos en las intervenciones realizadas con estas mujeres, valoramos la necesidad de acercarnos al conocimiento de la violencia contra las mujeres desde su propio punto de vista, por lo que fue preciso adoptar una metodología cualitativa, y en concreto se seleccionó la técnica del relato biográfico. Esta técnica se enmarca en métodos narrativos y tiene como objeto comprender las experiencias humanas mediante la interpretación de la narración de sus vidas.³¹ Revisamos otras investigaciones cualitativas con mujeres víctimas de violencia de género: estudio de mujeres en casas de acogida del Instituto Andaluz de la Mujer, que utilizó grupos de discusión y entrevistas abiertas a informantes clave;³² estudio de las condiciones que llevan a la mu-

Tabla 1. Modelo ecológico.

Macrosistema
Se ubicaría toda la organización social, los sistemas de creencias y valores y los estilos de vida que prevalecen en una cultura específica; diferentes investigaciones referentes a los riesgos existentes al nivel de la sociedad han incluido aspectos como la cultura patriarcal y su impacto en la violencia, la violencia estructural, las deficiencias del control social y del sistema legal para sancionar la violencia intrafamiliar.
Exosistema
Está compuesto por el entorno social inmediato de la familia, es decir, instituciones religiosas, judiciales, educativas, laborales, recreativas, etcétera. El funcionamiento de estas instituciones y los mensajes que emiten constituyen un factor fundamental en la presencia de la violencia o en su disminución. Otro componente importante son los medios de comunicación masivos; dado su potencial multiplicador, los modelos violentos que proporcionan tienen gran influencia en la generación de actitudes y legitimación de conductas violentas. Incluso se ha valorado el efecto que tiene la publicación de casos de mujeres asesinadas en un aumento de estas muertes.*
Microsistema
Se refiere a los elementos estructurales de las familias que viven violencia, la interacción familiar y las historias personales de los miembros del grupo familiar, y en este aspecto se han encontrado importantes conclusiones: la cultura patriarcal estaría representada a través de la generación de relaciones de dominación/subordinación y de ordenaciones jerárquicas; el poder, la autoridad y el liderazgo en el interior de la familia se sustentan en desigualdad de fuerzas y de posiciones entre padre/madre/hijos, hombre/mujer, adultos/niños/as.
Nivel Individual
En el nivel individual los modelos explicativos señalan la génesis del maltrato en las características psicopatológicas de la víctima o el agresor. Incluye cuatro dimensiones psicológicas: las dimensiones cognitiva, conductual, psicodinámica e interaccional y cómo cada uno de estos componentes actúa en la mujer víctima y en el hombre agresor.

* Vives-Cases C, Torubiano-Domínguez J, Álvarez-Dardet C. The effect of television news on intimate partner violence in Spanish women. *Eur J Public Health* 17:437-43, 2007.

jer a permanecer o rechazar la situación de maltrato.³³

Nuestra investigación³⁴ utilizó la Teoría Fundamentalada,^{35,36} basada en el reconocimiento de los propios sujetos como intérpretes de su realidad y en la inducción de hipótesis directamente a partir de los datos, evitando formulaciones *a priori* y a partir del método comparativo constante (obtención de información, codificación y análisis simultáneo).

Este estudio describe la visión que estas mujeres tienen de su propia realidad utilizando la metáfora del "torbellino", que tiene un potente valor informativo como situación extrema, de "destino", de absoluto aislamiento, de imposibilidad de "ver" fuera o de "salir", así como imposibilidad de los demás de entrar en esa realidad, en la que prevalecen el miedo, la resignación y la indefensión. Es llamativa la importancia de los valores inculcados y las fuertes distorsiones cognitivas en la interpretación de las relaciones de pareja que manifiestan las mujeres y de las que sólo son conscientes cuando han logrado no sólo "salir" sino reconstruir sus vidas de forma activa.

Las aportaciones del estudio nos llevan a los profesionales de la salud a una profunda reflexión acerca de nuestra

intervención en el problema de la violencia de género: adoptar un punto de vista no directivo e integral; reconocer en cada caso la trayectoria personal, el bagaje familiar y cultural y el entorno que rodea a la mujer y su realidad; entender la salida como un proceso en el que la intervención profesional debe favorecer la autonomía personal en la toma de decisiones; contribuir a la adquisición social de valores que contrarresten los identificados por las mujeres como mantenedores de la situación y aportar apoyo profesional en la búsqueda de alternativas frente a los impedimentos para la salida.

Se realizó también un análisis separado de las valoraciones que las mujeres hacen de los hombres que les han infligido la violencia. Se encuentra que la mujer no siempre tiene una visión negativa del agresor y no manifiesta que su forma de ser y actuar sea motivo de la ruptura. Coexisten valoraciones negativas y el reconocimiento de algunos aspectos positivos del agresor ("trabajador", "buen padre"). Se tiene una imagen de él como frágil, manipulable y vulnerable ("desgraciado") y es frecuente justificar y excusar su conducta. Se reconoce la "doble cara" del agresor, su

buen imagen social que la mujer trata de mantener. Sólo se le reconoce como maltratador cuando la mujer "sale" por completo de la relación.

Aplicación de modelos interpretativos

En el continuo proceso investigación-reflexión, el equipo investigador se planteó la necesidad de abordar aspectos de comprensión teórica del problema.

Se han descrito varios modelos interpretativos de la violencia doméstica. Cada modelo de análisis se orienta a una parte del problema pero no lo abarca en su amplitud y complejidad.

Los modelos más aceptados son los psicosociales o profeministas. Es común en estos modelos:

- La consideración de la violencia como algo aprendido. El haber sido objeto o testigo de agresiones durante la infancia se describe como principal experiencia predisponente. La orientación de género considera la violencia como una consecuencia de la condición social de la mujer sustentada en los valores culturales patriarcales según los cuales los hombres deben dominar y ejercer control sobre las mujeres. Desde esta perspectiva el maltrato no es un problema individual o familiar ni un problema aislado o patológico sino una manifestación del sistema de dominación masculina.

- La desvinculación de la violencia de anomalías personales en víctimas o agresores: son hombres normales los que actúan violentamente para mantener la dominación sobre las mujeres.

- La construcción social de lo masculino y lo femenino como opuestos: ser hombre es no ser como mujer.

Para algunos autores, la perspectiva de género no explicaría por sí sola este tipo de violencia, como el hecho de su persistencia en el caso de uniones "modernas";³⁷ encontrándose que, ni el trabajo remunerado, incluso con mayores ingresos a los de su pareja, ni el nivel de formación superior, reducen el riesgo de sufrir maltrato.³⁸

Los modelos psicopatológicos constituyeron la primera generación de modelos explicativos y se consideran globalmente sustituidos por los modelos multicausales, dado que las alteraciones psicológicas presentes en la víctima y su agresor pueden considerarse más consecuencia de la violencia que su causa. Se adscribirían los modelos psicopatológicos basados en las consecuencias de la violencia sufrida (trastorno por estrés posttraumático (TEP),^{39,40} indefensión aprendida, depresión⁴¹), los estudios sobre el síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica⁴²

Tabla 2. Resumen de evaluación de modelos explicativos del ejercicio de la violencia contra sus parejas por parte de los hombres.

Modelo	Datos a favor	Datos en contra
Abuso alcohol	Frecuente asociación alcohol-violencia. Efecto desinhibidor del alcohol.	No suele darse violencia en mujeres alcohólicas. Frecuente alcoholismo sin violencia. En casos de alcohol y violencia, elección de un objeto femenino.
Psicopatología	Frecuente presencia de síntomas.	Presencia minoritaria de trastornos psicopatológicos. Dirección no clara de la relación violencia-síntomas.
Transmisión transgeneracional	Imitación de modelos de la infancia como patrón conductual.	Sólo presente en 1/3 de casos.
Profeminista	Cultura patriarcal: dominación del hombre sobre la mujer. Los hombres ejercen todo tipo de violencia mucho más que las mujeres.	Todos los hombres reciben igual socialización y sólo se da en algunos. Se produce también sobre mujeres emancipadas.

y los centrados en el cambio conductual (modelo transteórico o de fases de cambio).⁴³ Este modelo de fases puede ser de utilidad de cara a analizar el cambio individual necesario para la adopción de nuevos comportamientos. Su utilización como modelo explicativo se ha extendido por diversos autores al análisis de la violencia doméstica.⁴⁴⁻⁴⁶

Entre los modelos integradores destaca el modelo ecológico, planteado por Bronfenbrenner en 1979 y adaptado por Corsi.⁴⁷ Este modelo se basa en la violencia contra las mujeres como una construcción en el contexto cultural y social caracterizada por la interacción de cuatro subsistemas: macrosistema, exosistema, microsistema, sistema individual (Tabla 1).

Dentro de este microsistema, en cuanto al proceso de la violencia, se han establecido los modelos de fases. El clásico es la teoría del ciclo de la violencia, que define tres fases: 1) acumulación de tensión: escalada gradual de la tensión, con episodios aislados de violencia física; la mujer cree que controla la situación y las agresiones no se volverán a producir; 2) explosión o agresión: agresiones físicas, psicológicas y sexuales; 3) reconciliación o luna de miel: el hombre pide perdón por las agresiones, utiliza estrategias de manipulación afectiva para evitar la ruptura. Este ciclo ha sido ampliamente descrito por las mujeres en los relatos, junto con otros círculos viciosos frecuentes perpetuadores de la situación: sumisión-dominio-mayor sumisión; aguantar para evitar sufrimiento-mayor sufrimiento; esfuerzo en mantener la relación-mayor sensación de fracaso con la ruptura.

Para estudiar la posible adecuación de las vivencias de las mujeres a un modelo de fases de cambio, realizamos un segundo análisis de los relatos biográficos, que reveló una clara descripción de un proceso largo de cambio psicológico-conductual en fases identifi-

cables con características específicas. El principal énfasis se realiza en la descripción de las fases precontemplativa, contemplativa y de mantenimiento, las fases de acción tienen poca relevancia. El análisis de las vivencias narradas ofrece claves para una intervención profesional ajustada al estado de cambio en que se encuentra la mujer.

Proyectos de investigación: la perspectiva del agresor

La continuación de nuestras investigaciones nos lleva a la necesidad de aproximarnos al conocimiento del elemento agente de la violencia. El elevado número de mujeres víctimas de violencia permite estimar en consecuencia un elevado número de hombres con comportamientos violentos en sus relaciones de pareja, por lo que no es posible abordar completamente el problema sin incluir a los hombres responsables de la violencia.⁴⁸

El análisis de los datos disponibles reafirma la idea de que no existe un perfil de agresor,⁴⁹ identificado en ocasiones con niveles socioeconómicos bajos, cuando algunos estudios muestran como frecuentes la estabilidad laboral⁵⁰ y la pertenencia a clases sociales altas.⁵¹ Parece existir una influencia del antecedente de violencia en la familia de origen,⁵² si bien sólo se da en un tercio de casos. La relación alcohol-maltrato es compleja: la mayoría de los maltratadores no son alcohólicos, los que abusan de drogas y alcohol agreden tanto bajo efectos de estas sustancias como estando sobrios y la mayoría de los alcohólicos no maltratan a sus mujeres.^{53,54} Respecto de las características psicopatológicas⁵⁵ de los individuos, la mayor parte de agresores no presentan ningún trastorno psicopatológico específico y los expertos reiteran que esta violencia no se relaciona con una enfermedad sino con un ejercicio premeditado y en beneficio propio del control absoluto sobre otra persona⁵⁶ y

es compatible con la imputabilidad de los agresores.⁵⁷ Así, los trastornos mentales como tales son poco frecuentes y destacan los trastornos de personalidad.^{58,59} Si son más frecuentes alteraciones psicológicas de tipo emocionales (falta de control de impulsos, presente en el 45% de maltratadores, hostilidad,^{60,61} dificultad de expresión de las emociones, baja autoestima); cognitivas (distorsiones cognitivas basadas en la inferioridad de la mujer, en la concepción de ésta como propiedad y en la legitimidad de la violencia como forma de resolución de conflictos); interpersonales (déficit en habilidades interpersonales, aislamiento emocional, dificultad para establecer relaciones de intimidad o amistad profunda, déficit de habilidades de comunicación, se ha denominado "analfabetismo emocional").⁶² La Tabla 2 trata de resumir las controversias sobre los agresores.

Existen investigaciones⁶³ que describen los discursos fundamentales sobre las mujeres que tienen los hombres violentos ("*las mujeres provocan de los incidentes violentos*"; "*las mujeres son poco dignas de confianza*"; "*las mujeres son misteriosas, no pueden comprenderse del todo, sobre todo en lo referente a cambios emocionales que presentan a lo largo del ciclo menstrual*"; "*las mujeres tienen superioridad verbal al hombre*"), que usa por ello la superioridad física.

Las estrategias que usa el hombre que ejerce violencia se basan en la negación para eludir la responsabilidad e incluyen la justificación (nerviosismo, estrés), el olvido, el arrebató, la minimización, la normalización y la atribución externa (la mujer, otros problemas, el alcohol).⁶⁴ Es muy relevante el hecho denominado "doble fachada", descrito por las mujeres en los relatos, que consiste en un desdoblamiento de la imagen social pública (persona agradable, racional, equilibrada) y la imagen privada (ejercicio de la violencia física y la tortura psicológica sobre la mujer y

los hijos) que lleva a aumentar su credibilidad frente a la mujer que, además, por los efectos psicológicos del maltrato, pueden ser percibidas socialmente como contradictorias y desequilibradas, desconfiándose de la veracidad de su testimonio (“doble victimización”).

La construcción social de la masculinidad (masculinidad es igual a actividad y a agresividad) es también dañina para los propios hombres, ya que se basa en la llamada “triada de la violencia masculina”: contra la mujer (por representar lo pasivo y algo inferior a él), contra otros hombres (con los cuales está en constante competencia, a fin de mostrar su superioridad y no sentirse en ningún momento como un ser pasivo) y contra sí mismo (estar en permanente lucha por mitigar todos los sentimientos que puedan hacerlo ver como alguien débil o inferior).⁶⁵

Se ha descrito una tipología de hombres que ejercen violencia. La clasificación clásica⁶⁶ diferencia entre los hombres que son agresores sólo dentro del hogar, menos violentos y sin ningún tipo de alteración de personalidad (50%); los maltratadores límite, que ejercen violencia también dentro del hogar, psicológicamente alterados y con frecuente abuso de alcohol y drogas, han sufrido abuso en la infancia y tienen actitudes negativas hacia las mujeres en general (25%) y los hombres violentos en general (25%) con violencia grave, más inclinados a presentar trastornos de personalidad, historial delictivo, abuso de alcohol y drogas. Estos tipos constituirían a su vez categorías de riesgo bajo, medio y alto. Desde un punto de vista empírico existirían dos tipos de agresores: sujetos violentos en general (25%), no integrados socialmente e inestables emocionalmente y sujetos violentos sólo en el hogar (75%), integrados socialmente y estables a nivel emocional.⁶⁷

El estudio de estas tipologías ha mos-

trado que suelen ser bastante estables en el tiempo, sin que exista paso de una a otra categoría.⁶⁸ Su utilidad también está en el ámbito de la intervención y de la prevención, proponiéndose su consideración en los programas de rehabilitación dirigidos a hombres que han ejercido violencia, pues puede aumentar la efectividad de éstos.

Respecto de los programas de atención a hombres que han ejercido violencia contra las mujeres, en nuestro país son de implantación reciente, a partir de la nueva Ley Integral contra la Violencia de Género,⁶⁹ que contempla la rehabilitación del maltratador, introduciendo la posibilidad de suspensión o sustitución de la pena por la participación en programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico dentro o fuera del centro penitenciario.⁷⁰⁻⁷² Este nuevo enfoque supone que el objetivo final va más allá de la condena judicial del agresor, orientándose a la recuperación integral de la mujer para que pueda vivir con libertad y autodeterminación y a que también el agresor obtenga su rehabilitación.⁷³

El éxito de estos tratamientos está por demostrarse y en las revisiones realizadas a nivel internacional los resultados han sido discretos.⁷⁴⁻⁷⁶

Un problema fundamental de estos tratamientos es la fuerte resistencia al cambio en el agresor, con elevadas tasas de rechazo y abandono.^{77,78} Se han realizado investigaciones⁷⁹ que ponen de manifiesto que los hombres participantes no se consideran culpables, niegan el maltrato, no tienen conciencia sobre el impacto de su comportamiento violento y muestran una muy baja motivación para el cambio. En el caso de existir cierto grado de reconocimiento, éste se realiza sobre el hecho puntual, no les dan la importancia suficiente y están convencidos de que existe un gran desfase entre “lo que él ha hecho y lo que están haciendo con

él”. Para mejorar la adhesión a estos programas se proponen estrategias motivacionales,⁸⁰ que consideran el estado de cambio en el que se encuentre el hombre,^{81,82} diseñando las intervenciones en función de la predisposición al cambio, sus características diferenciales y del contexto de la intervención.

Tras esta revisión, planteamos la realización de una investigación, en fase de proyecto en el momento actual, para analizar la perspectiva de los hombres que han ejercido violencia contra sus parejas o ex parejas y que participan en programas oficiales de tratamiento. Se utilizará la técnica de relato biográfico, con igual metodología que el estudio realizado con mujeres y contando *a priori* con la alta posibilidad de la presencia de sesgos de baja participación y de deshabilitación social en sus respuestas.

El conocimiento de la perspectiva de los hombres agresores respecto de la violencia de género nos permitirá la mejor comprensión del fenómeno de cara a la intervención profesional sobre el problema. En el momento actual la única intervención recomendada desde el sistema sanitario con los maltratadores es la atención sanitaria que requieran, derivada de su estado de salud y la información sobre recursos disponibles en su comunidad autónoma para la modificación de la conducta violenta, en caso de que el hombre o la mujer lo solicitaran. La utilidad del estudio puede extenderse al ámbito de la investigación, de forma que de las conclusiones puedan derivarse nuevas hipótesis de estudio abordables con metodología cuantitativa o cualitativa. Además, las conclusiones del estudio podrían aplicarse en la intervención social en otros ámbitos no sanitarios (servicios sociales, judiciales, policiales, educativos) y tener la utilidad social de contribuir a la consideración no estereotipada del fenómeno.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2012
www.siic.salud.com

Bibliografía

1. Corsí J. La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. Fundación Mujeres, 2002.
2. Valls Llobet C. Patologías invisibles. En: Mujeres invisibles. Ed Debolsillo: Barcelona, pp. 251-262, 2006.
3. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2007.
4. Abarrategui A, Cáliz R, Gutiérrez P, Moreno A, Pereiro R, Sepúlveda MA, Viñete E. Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001.

5. Comisión Técnica sobre Maltrato y Abusos sexuales. Guía de Actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Distrito Sanitario Málaga, Junio 2000.
6. Fernández MC, Herrero S, Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, García J, et al. Violencia doméstica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2003.
7. Torró C, Llamas C. Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2008.
8. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Guía de apoyo en Atención primaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid, 2008.
9. Instituto de la Mujer. III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados, 2006.