

¿LA VIOLENCIA ESTA EN AUGE?

Lic Gabriela M. Tortosa

Socióloga. Servicio de Psicopatología y Salud Mental. Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"

Los medios de comunicación informan a diario sobre las diversas manifestaciones que la violencia adopta en nuestra sociedad. Homicidios, violaciones, asaltos y secuestros son sólo algunas de sus expresiones.

Sensibilizados, conscientes de la proximidad del fenómeno, nos preguntamos acerca de su etiología y de los posibles mecanismos que nos permitan resguardarnos de sus consecuencias. La percibimos y denunciemos a la espera de un cambio.

Paradójicamente otras formas de violencia continúan escondidas, siendo denunciadas esporádicamente y con escasa energía.

¿Por qué no logramos asignar a la violencia social y familiar similar protagonismo? ¿Por qué una clase de violencia es sancionada enfáticamente y la otra aceptada en la creencia de que siempre existió y existirá en mayor o menor grado?

Es en el ámbito familiar donde las mujeres y los niños están más expuestos a sufrir abuso físico, emocional y sexual de variable intensidad y persistencia.

En la sociedad patriarcal el abuso hacia las mujeres y niños se disfraza de normalidad.

Nos convoca un problema social de enorme magnitud que recorre todos los sectores sociales, sin distinción de clases, nivel educacional, edad o grupo étnico. Se sustenta en una compleja red de estructuras culturales, psicológicas, sociales, legales, económicas y políticas. El flagelo se ampara en la vigencia de tradiciones, normas consuetudinarias y modelos familiares que lo legitiman y reafirman cotidianamente.

Estos modelos familiares identifican las relaciones violentas como procedimientos aceptables para la resolución de conflictos y la expresión de sentimientos de malestar.

Es en el hogar donde recibimos las primeras impresiones y experiencias de una educación no formalizada. A través del proceso de socialización adquirimos sensibilidad ante los estímulos sociales y aprendemos a comportarnos como otros en nuestro grupo cultural.

La incorporación de estos modelos resulta de la acción conjunta de las instituciones educativas, recreativas, religiosas, de los medios de comunicación y de las diferentes formas simbólicas de acceso a la cultura que perpetúan el sistema social patriarcal. La socialización genérica tradicional hace extensivas las diferencias biológicas entre las personas a lo social, generando desigualdad, subordinación y vulnerabilidad social.

Las expectativas acerca de los roles de la mujer en

nuestra cultura se expresan bajo la forma de estereotipos sexistas que consideran a los seres humanos femeninos inferiores en relación a los seres humanos masculinos. La supuesta superioridad del varón es considerada biológica, consecuentemente inmutable, y no el resultando de la intervención de múltiples factores sociales.

En las culturas en las que el machismo resulta una conducta adecuada, incluso un ideal, la violencia hacia la mujer es un modo de comportamiento adquirido y legitimado.

Datos suministrados por la Dirección General de la Mujer (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) dan cuenta de la magnitud del problema. Durante 1997 la línea telefónica "mujer" (393-6447) del Programa de Violencia Familiar (VF) recibió 26.520 llamadas y la línea "te ayudo" (393-6464) destinada a menores, 13.376.

En ocasión del seminario sobre VF (Washington - 97) el presidente del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Enrique Iglesias aseguró que "entre un cuarto y más de la mitad de las mujeres en América Latina y el Caribe sufren violencia en el hogar; en la región, la violencia contra la mujer es más la regla que la excepción".

El informe afirma que en Chile la violencia familiar afecta a casi el 60% de las mujeres casadas, de este grupo el 10 % recibió ataques severos. El 20% de las mujeres colombianas ha sufrido abuso físico. En México el 70 % es maltratada por su pareja. En nuestro país de cada 100 mujeres víctimas de violencia conyugal, el 37% asegura haber sido abusada físicamente durante más de 20 años.

Preocupa al organismo financiero internacional el aumento de los servicios destinados a la prevención y tratamiento de la violencia doméstica y la cantidad de bienes que dejan de producirse a causa del ausentismo laboral de las mujeres golpeadas.

La violencia familiar es considerada en la actualidad un problema de Salud Pública que afecta a toda la región de las Américas. La violencia ha adquirido carácter endémico. Bajo esta premisa en la 50^a Asamblea Anual de Salud Mundial la OMS suscribió un plan de acción internacional para abordar el fenómeno de la violencia (Ginebra, Mayo 1997) ¹⁻².

En 1994 La OPS inició un proyecto destinado a enfocar el problema de la VF contra la mujer, con la participación de 16 países de América latina y el Caribe. La tarea estaba inicialmente dirigida a mejorar la respuesta institucional del sector salud que recibe la mujer maltratada, decidida a modificar su situación. E

impulsar la prevención del problema mediante una mejor reacción institucional y cambios en las normas sociales de las comunidades.

Al evaluar la tarea en 1997 la OPS informa: "La prueba de que la violencia doméstica se puede erradicar está en las experiencias de nivel local donde esto se está logrando" ³.

Para quienes nos enfrentamos cotidianamente con las consecuencias devastadoras de la VF, erradicarla, surge como un ideal. No ambicionamos solucionar el problema desde el sector salud, pero creemos que la incorporación de acciones específicas, colaboraría limitando el fenómeno. Debemos fortalecer nuestra capacidad de detección y tratamiento e interiorizarnos acerca de las opciones de ayuda comunitarias.

Los miembros del equipo de salud no han tenido, en general, la oportunidad de capacitarse; desconocen la extensión y gravedad del problema e ignoran el impacto de la VF sobre la salud de la mujer.

Las mujeres abusadas presentan patologías psicofísicas que han sido identificadas como expresiones del impacto de la violencia:

Suicidio, homicidio, lesiones, depresión, ansiedad, estrés post traumático, conductas autodestructivas, adicciones, desórdenes de personalidad múltiple, desórdenes alimentarios y del sueño, dolores de cabeza, asma, colon irritable. Presentan problemas ginecológicos, inflamación pelviana, dolores pélvicos crónicos, disfunciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH-SIDA).

La violencia durante el embarazo

Diversas investigaciones han señalado que, durante el embarazo, el puerperio y la crianza de los hijos confluyen factores de riesgo, que inciden en la aparición o incremento de la violencia contra la mujer⁴.

Estas mujeres son más propensas a sufrir estrés, infecciones, anemia, abortos espontáneos, amenaza de partos prematuros, parto prematuro, recién nacidos con insuficiencia ponderal, distrés fetal o muerte fetal. Muchas mujeres comienzan con el consumo de alcohol, drogas o medicamentos para la ansiedad, luego de presentar abortos espontáneos o recién nacidos muertos seguidos de un episodio de golpes⁵.

Un estudio retrospectivo de 203 registros médicos de mujeres embarazadas (durante un período de nueve años) que fueron tratadas por un trauma físico concluye que estas mujeres hacen esfuerzos especiales por proteger al feto, pero a pesar de ello la pérdida fetal es significativamente alta; las mujeres embarazadas son víctimas potenciales de abuso ⁶.

El análisis de 90 entrevistas efectuadas a mujeres que consultaron por VF durante 1996/97 en el servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital Mater-Infantil R. Sardá arrojó los siguientes datos:

- Las pacientes tenían entre los 18 y 53 años. El grupo que más consultó, fue el comprendido entre los 21 y 30 años (57%).

- Refirieron violencia física en el 82% de los casos, combinado con abuso sexual el 15%. Si bien sólo el 2% mencionó abuso psicológico exclusivamente, reconocemos en todos los casos de maltrato hacia la mujer, una base de abuso emocional.
- Al momento de la primer entrevista el 50% estaba embarazada y en su mayoría (65%) cursaba el último trimestre de gestación. El 18,6% eran puérperas.
- El 24% las mujeres sostuvo que el primer episodio de golpes aconteció durante un embarazo.
- El 67% de las pacientes tenía entre 1 y tres hijos, el 18% era madre de más de 4 niños. Sólo el 15% no tenía hijos.
- El 55% de los hijos de estas mujeres sufría algún tipo de abuso, agregado al que por sí mismo padecen al ser testigos de la violencia hacia sus madres.
- El tiempo de unión de las parejas varió entre pocos meses y 32 años. El 59% de ellas convivía con el compañero violento desde hacia menos de 6 años.
- Los episodios de violencia aparecen asociados al consumo de alcohol por parte del compañero en el 45% de los casos y al de drogas en el 15%.
- El 75% de las mujeres se separó por lo menos una vez. El 51% efectuó denuncias en instituciones jurídicas o policiales, de las que no recibió el apoyo esperado.
- Diez de las 90 pacientes aseguraron haber perdido un embarazo como consecuencia de la violencia ejercida contra su persona.
- La salud reproductiva de este grupo se halla altamente comprometida. Presentaron embarazos no deseados, embarazos como consecuencia de la violación marital, antecedentes de abortos coercitivos, dificultades para el acceso y utilización de métodos de regulación de la fertilidad, problemas para concurrir a los controles prenatales, como así también para cumplir con las indicaciones de reposo, alimentación y medicación o para acudir al hospital ante eventuales signos de alarma, incluso al inicio del trabajo de parto.

En general, *desconocen sus derechos y los recursos existentes*; la impunidad que rodea al hombre violento, aunada a la carencia de un soporte social que la fortalezca y proteja incrementa el temor por su integridad y la de su familia.

Les preocupa especialmente la dependencia económica y la posibilidad de perder a sus hijos. Una joven madre nos decía: "no tengo adonde ir, soy solita... no hay trabajo... él dice que yo me vaya, que a los nenes se los queda él... ellos no son míos, están a nombre de él".

Deberíamos considerar la posibilidad de detectar posibles abusos durante la gestación como rutina en el control prenatal. Un examen exhaustivo nos permitirá realizar el diagnóstico diferencial.

El abordaje del problema en nuestro Servicio

El Servicio de Psicopatología y Salud Mental, desde hace aproximadamente cuatro años ha iniciado acciones específicas tendientes a la prevención, detección, orientación y seguimiento de la violencia doméstica.

Paralelamente somos convocados por la Dirección de Salud Mental para participar de la Red de Violencia Familiar.

En congruencia con los objetivos de la red, que determinan la atención de los pacientes según el nivel de complejidad de cada efector, delimitamos nuestro alcance y no efectuamos tratamientos; focalizamos nuestra atención en las actividades que se detallan :

- *Docencia*: se llevaron a cabo cursos de introducción a la violencia doméstica (dirigidos a todo el equipo de salud) y ateneos organizados por especialidad (pediatría, tocoginecología, enfermería y guardia). Hemos sido invitados a participar en cursos y jornadas sobre el tema en las que hemos transmitido la experiencia adquirida en la especificidad de la violencia familiar y salud reproductiva.
- Las mencionadas tareas se complementaron con otras: concientización, videos debate, divulgación de material científico, publicación de artículos, difusión de la ley 24.417 de protección contra la VF.

- Efectuamos actividades grupales con las pacientes: una de las clases del curso de preparación para la maternidad-paternidad es destinado exclusivamente a la reflexión y prevención de la VF en todas sus tipologías.
- En las reuniones con las embarazadas que asisten por primera vez al control prenatal se abordan cuestiones relacionadas con los cuidados en el embarazo, lactancia, prevención de enfermedades de transmisión sexual y se hace referencia a la importancia de consultar en los casos de VF y romper así con las situaciones de aislamiento.

Bibliografía

1. Corsi J, Ferreira G. (Nota editorial). Violencia Familiar 1997; 1: 1.
2. La violencia ha adquirido carácter endémico. Las muertes por causas violentas están en aumento. Consultor de Salud 1997; 177: 18.
3. Hartigan P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. Rev Panam Salud Publica 1997; 2: 290-94.
4. Gelle R. Violence and pregnancy. Are pregnant woman at greater risk or abuse? University of Rhode Island. Kingston. Journal of Marriage and the family. August 1988.
5. Dye TD et al. Violence, pregnancy and birth outcome in Appalachia. Pediatr Perinat Epidemiol 1995; 9: 35-47.
6. Polle G et al. Trauma in pregnancy: the role of interpersonal violence. Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1873-77.