

SALUD, MUJERES Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

MSc. Sandra María Pereira Retana¹
spereira@poder-judicial.go.cr

Recibido 5/4/2018

14/4/2018

RESUMEN

Las mujeres tienen una manera específica de enfermar asociada al género y a la socialización patriarcal, la cual establece relaciones asimétricas de poder, dentro de un ámbito de violencia genérica y violencia doméstica. Esta violencia ocasiona lesiones físicas, enfermedades, lesiones psicológicas y emocionales que pueden incluso desencadenar en la muerte. El sistema de salud es donde primeramente las mujeres agredidas acuden en busca de ayuda. Las personas que trabajan en estos lugares deben estar preparadas para identificar y abordar integralmente la situación. De igual manera, el sistema judicial debe garantizar el acceso a la justicia y brindar una atención de acuerdo con el criterio de la debida diligencia a esta población.

Palabras clave: sistema de salud; violencia doméstica; enfermedades de las mujeres; salud mental de mujeres; desesperanza aprendida; depresión; abordaje integral.

ABSTRACT

Women have a specific way of falling ill associated with gender and patriarchal socialization, which establishes asymmetrical power relations within an environment of generic and domestic violence. This violence causes physical injury, illness, psychological and emotional damage that can even lead to death. The health system is where women who have been assaulted seek help first. The people who work in these places must be prepared to identify and address the situation comprehensively. Similarly, the judicial system must guarantee access to justice and provide due diligence care to this population.

Keywords: health system; domestic violence; women's illnesses; women's mental health; hopelessness learned; depression; comprehensive approach.

INTRODUCCIÓN

Se ha establecido que las mujeres tienen una forma particular de enfermar. Desde la antigüedad se asocian las enfermedades femeninas a su aparato reproductor, en especial al útero. Esta idea se mantiene hasta la fecha, adicionada al hecho de que la mujer se considera un ser emocional y, por tanto, que su salud mental es más frágil que la del hombre.

Es común encontrar manifestaciones que expresan que cuando una mujer está con su período menstrual es intolerante, susceptible, irritable y depresiva. Estas afirmaciones no son únicamente hechas por los hombres, sino

también este mito está tan arraigado que las mismas mujeres lo repiten.

Esta percepción es parte de la construcción genérica que socialmente se ha establecido para la mujer y de la representación que la palabra "MUJER" tiene en el imaginario social.

El género es una construcción social que va directamente relacionada con el sexo desde la perspectiva biológica, hombre-masculino, mujer-femenino. Cada sociedad asigna roles específicos para cada género y, desde el momento en que se descubre el sexo biológico de una persona, aun antes de su nacimiento, ya se le ha asignado el género y, con ello, el tipo de socialización que

tendrá, la cual va asociada a su tiempo y espacio. Marcela Lagarde (1996, p. 31) señala que:

[...] todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros, y en ese sentido, cada sociedad, cada pueblo, cada grupo y todas las personas tienen una particular concepción de género basada en su propia cultura. Su fuerza radica en que es parte de la visión del mundo, de su historia y sus tradiciones nacionales, populares, comunitarias, generacionales y familiares. Forma parte de concepciones sobre la nación y del nacionalismo; cada etnia tiene su particular cosmovisión de género y la incorpora además a la identidad cultural y a la etnicidad. Por eso además de contener ideas, prejuicios, valores, interpretaciones, normas, deberes y prohibiciones sobre la vida de las mujeres y los hombres, la cosmovisión de género propia, particular, es marcadamente etnocentrista [...].

Dentro de esa construcción social de género, se han establecido roles determinados para cada una de las categorías femenina y masculina. De esta manera, se ha enseñado a los niños que deben ser rudos, que no deben expresar sus sentimientos, que deben aparentar fuerza y proteger a la mujer, que detentan el poder y, para ejercerlo adecuadamente, no pueden mostrar debilidad. Por su parte, se ha educado a las niñas con la idea de fragilidad, que deben expresar sus sentimientos y actuar de acuerdo con sus emociones, que pueden ser débiles y que está bien depender de un hombre para que las proteja. Así se establecen los estereotipos sexuales. Estos son los tipos y roles definidos dentro de las sociedades patriarcales.

Al socializar al hombre como la persona que tiene el poder y a la mujer como su subordinada, se construye el poder social como masculino, y el Estado, por tanto, también es masculino, establece normas que mantienen ese orden social y continúa subordinando a la mujer, por

lo que provoca situaciones de discriminación y violencia en su contra.

Hay formas específicas de violencia contra las mujeres o violencia de género que agreden a la mujer por el hecho de ser mujer, como por ejemplo: la violación y la violencia en relaciones de pareja. Tal y como McKinnon (1989, p. 408) ha denunciado:

[...] a lo largo del tiempo las mujeres han sido económicamente explotadas, relegadas a la esclavitud doméstica, forzadas a la maternidad, sexualmente objetificadas, físicamente ultrajadas, utilizadas en espectáculos denigrantes, privadas de la voz y la cultura auténtica y del derecho al voto, excluidas de la vida pública. Las mujeres, a diferencia de los hombres equivalentes, han estado sistemáticamente sometidas a la inseguridad física, han sido blanco de la denigración y la violación sexuales, despersonalizadas y denigradas, privadas de respeto, credibilidad y recursos, y se les ha silenciado, se les ha negado la presencia pública, la voz y la representación de sus intereses [...].

De estas formas de violencia masculina en contra de la mujer, una de las más graves es la violencia doméstica, porque se ejerce en el núcleo familiar y en una relación afectiva y de confianza. Este fenómeno ha existido siempre, pero se ha mantenido oculto, primero justificándose en el poder que el hombre tenía de disponer de la vida de su esposa y descendencia, y posteriormente, en el mito de la privacidad del hogar y la prohibición al Estado de entrar a ese ámbito interior.

A partir de los años setenta del siglo anterior, se visibilizó la problemática y se ha visto la magnitud que ha adquirido; de igual forma, se han creado estrategias y planes para combatirla y luchar contra esta patología desde diferentes ámbitos de la sociedad. Se crearon leyes y procedimientos específicos desde el ámbito estatal con el ánimo de proteger a las víctimas. Luego

se estudiaron las consecuencias que ha tenido la violencia doméstica sobre la salud de las mujeres víctimas. Este artículo es una aproximación a esta problemática femenina desde un punto de vista puramente teórico.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde épocas remotas, la salud de las mujeres ha estado controlada por los hombres. En la antigüedad se atribuían todos los males y las enfermedades femeninas primero al útero y más adelante a los ovarios, cuando estos fueron descubiertos. Los egipcios consideraron que la mala posición del útero era la responsable de todas las afecciones de las mujeres. Esta misma creencia se mantuvo en la Grecia y Roma antiguas y, más adelante, la adoptaron las religiones tanto occidentales como orientales² en conjunto con el discurso médico.

En la Edad Media, la religión sostenía la teoría de que las mujeres no tenían alma y, por tanto, había que cuidar con sumo recelo su pudor debido a que podían ser fácil presa del demonio.

En este período histórico, se desarrollaron las figuras de las matronas y sanadoras, debido a que los médicos no podían atender partos, pero ellas no podían hacer más que atender los nacimientos y se les negaba el acceso a perfeccionar su labor en las universidades. Era prohibido a las mujeres estudiar y curar enfermos. Los partos generalmente estaban rodeados de historias de sufrimientos y dolor con alto riesgo para la madre y el niño.

Cuando la medicina empezó a gestarse como ciencia laica, las matronas se vieron como competidoras peligrosas y se les ubicó como poseedoras de recetas mágicas y poderes demoníacos. Incluso, se decía que podían tener acceso sexual con el diablo mediante el cual le sacaban secretos, por lo que las acusaban de brujería y las quemaban en hogueras.

Durante esta época, según Eva Giberti, hubo un sexocidio en donde la Iglesia, las corporaciones

médicas y el señor de turno se conjugaron para celebrarlo, no para eliminar la brujería, sino para crearla con el objetivo de que la gente creyera que las brujas eran las culpables de sus males y así evitar que comprendieran la crisis económica y social que se estaba viviendo. Giberti señala: “[...] Se trataba de desplazar los resultados de la crisis de la sociedad medieval tardía desde la iglesia y el Estado hacia demonios imaginarios con forma humana”. (Giberti y Fernández, 1989, p. 119).

Las mujeres acusadas de brujería eran en su mayoría mayores, pobres, carentes de prestigio social con un saber que no era comprendido ni compartido por los circuitos oficiales, que respondían a las necesidades de las clases menos favorecidas, ya que ellas fueron durante mucho tiempo, el único agente de salud para la población pobre y campesina. Además, conocían de medicina y también de psicología, demostrando un amplio saber empírico.

Las características de las mujeres que fueron perseguidas en esa época son las siguientes: 1) Perteneían a una sociedad que las despreciaba; 2) por su edad, habían perdido su encanto físico, su posibilidad de procrear y de reponer la fuerza de trabajo en el ámbito doméstico; 3) hicieron uso de su sexualidad fuera de los límites prescritos y aprobados socialmente; 4) se reunían y constituían grupos; 5) lograban vivir autónomamente dedicándose a actividades no domésticas. Burin agrega además una sexta característica: cuestionaron la autoridad masculina demostrando independencia cognitiva de los hombres, mediante el ejercicio y ejecución de un saber de mujeres (Burin: 1991, p. 26). La muerte en la hoguera de estas mujeres sabias fue un genocidio ignorado por la historia y justificado en los mandatos religiosos.

En el renacimiento, la imagen de la mujer tenía dos caras, por un lado, era inferior y maldita y, por otro lado, era una cortesana seductora. Durante mucho tiempo, se consideró que la mujer no era humana y que carecía de alma. No fue hasta el Concilio de Efeso³ cuando se

comenzó la discusión sobre este tema al definir la posición de la Virgen María, y fue con el Concilio de Trento⁴ cuando se resolvió en definitiva la situación y se adjudicó a la mujer el alma. Pero, desde el punto de vista religioso, se continuó considerando que las mujeres estaban en un plano instintivo e irracional⁵, espiritual y fue concebida como hembra humana solo desde su labor reproductora. Al respecto Mabel Burín indica: “[...] los conceptos de salud y enfermedad mental referidos a las mujeres pivotaban alrededor de su posición social como vírgenes dignas de ser santificadas, o bien como demoníacas agentes de la sensualidad y lo irracional” (Burin, 1991, p. 67).

Entre 1650 a 1677, se descubren el ovario y el espermatozoide y que el embrión se desarrolla en una célula, entonces la actividad materna se convierte en la idealización del quehacer femenino. Además, durante este siglo, la locura deja de estar en manos de los religiosos y pasa a manos de los hospitales, deja de tener su punto de referencia en la religión y se transforma en enfermedad. Las mujeres son consideradas locas cuando su sexualidad era irregular, lo sano estaba asociado a la maternidad, y los hijos pasaron a ser su propiedad privada. El goce de la sexualidad quedó adscrito al goce de la maternidad.

En el siglo XVIII, se mantuvo la enfermedad de la mujer asociada al útero, inclusive la enfermedad mental, considerándose a la histeria como la locura femenina por excelencia.

La medicina positivista del siglo XIX se apropió del cuerpo de las mujeres y consideró que sus deseos y sentimientos eran psiquiátricos, interpretándolos por vía de los humores, los fluidos linfáticos y, principalmente, por las variaciones de temperatura en el útero (especialmente el calor) asociado a las reglas menstruales (Burin, 1991, p. 72).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, se asoció la variable de clase dentro de la salud de las mujeres. Según Bárbara Ehrenreiche y Deidre English (nombrados por Giberti y Fernández,

1989, p. 82), en esta época, las mujeres de la clase alta eran enfermas que padecían de su sistema nervioso y del útero, reclamando constante atención médica. Por su parte, las mujeres de clase baja estaban constantemente trabajando, ya sea fuera de su hogar como dentro de este, y eran además las encargadas del trabajo doméstico de la clase alta con jornadas agotadoras, por lo que no podían estar enfermas. Sin ellas, las mujeres de las clases más privilegiadas no hubieran podido mostrarse frágiles y enfermizas. A estas últimas se les asoció con la enfermedad, y a las que pertenecían a las clases populares se les estigmatizó como las portadoras de esas enfermedades, debido a que muy pocas de las que conformaban este grupo se mostraban histéricas en contraposición con las mujeres ociosas de la clase burguesa.

En este momento de la historia, los sacerdotes ceden su lugar como confesores de las mujeres a los médicos psiquiatras, quienes se convirtieron en guías y consejeros de las féminas de la burguesía. El psicoanálisis y las ideas freudianas aparecen con respecto a las mujeres, ideas muy controvertidas por parte de las feministas. Sin embargo, para Mabel Burin se debe reconocer el aporte al estudio del inconsciente, a su análisis de la sexualidad humana, a la permeabilidad lograda entre los criterios de salud y enfermedad mental y al método de escucha y de observación de los síntomas que los pacientes presentan (Burin, 1991, p. 33).

GÉNERO Y RELACIONES DE PODER

Como ya se indicó, el concepto de género es una construcción social enfocada en las diferencias culturales y sociales entre hombre y mujer que se construye y deconstruye constantemente, tomando en cuenta variables como el momento histórico, la ubicación geográfica y la cultura. Se halla directamente relacionado con la división biológica de los sexos, otorgando a cada persona, según su sexo, un género aun antes de su nacimiento, aunque no en todas las personas, existirá esa correspondencia dicotómica entre sexo y género.

Como consecuencia de esta división, se establecen roles específicos que nacen en el hogar y se desarrollan en las estructuras de la sociedad, tanto para el género masculino como para el femenino: “[...]los roles sexuales se aprenden, adquieren e internalizan dentro de la familia nuclear, y las formas como estos roles se manifiestan y sustentan en el hogar, el trabajo, los medios y la religión [...]”. (León, 1995, p 181).

Dentro de esta asignación de roles, se establece la posición de poder de los hombres y de subordinación de las mujeres. En los últimos años, se han tratado de cambiar las asignaciones tradicionales de roles, y las mujeres han empezado, poco a poco, a incursionar en el campo laboral externo al hogar, aunque eso implique llevar a cabo una doble jornada. Si bien se reconoce que las mujeres actualmente están empezando a incursionar en actividades tradicionalmente desarrolladas por hombres, lo cierto es que en la mayoría de los casos, la labor fuera de su casa se mantiene en labores catalogadas como femeninas, tales como cocinar, cuidar ancianos, labores domésticas, coser, etc., lo cual perpetúa la desigualdad, discriminación y violencia en su contra y esto incide en la salud.

Tal y como Magdalena León lo establece en su obra *La familia nuclear: origen de las identidades: “[...] la visión del cambio en la teoría del rol deja como no existentes otras desigualdades que forman parte de la vida diaria de las mujeres, entre ellas la violencia familiar y callejera, el acoso sexual en el trabajo y la pornografía de la mujer en los medios”*. (León, 1995, p. 183).

A través de la Organización Panamericana de la Salud (1983), la Organización Mundial de la Salud ha definido la salud como “*un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad*”, y no solo como la ausencia de enfermedad.

En las características de las enfermedades, aparecen diferencias de género asombrosas. Los

roles de género y la violencia afectan la salud de las mujeres, sobre todo la salud mental. Dentro de estos roles están: la maternidad, el matrimonio, los oficios domésticos, las labores de cuidado y el trabajo fuera del hogar, así como la tendencia de las mujeres a maternizar sus actividades, lo cual se asocia a la interiorización del mandato social que ordena que deben actuar siempre para el bienestar de otros.

Se afirma que “*los factores sociales influyen de modo determinante en el equilibrio psíquico, en el bienestar personal y en la participación del individuo en los objetivos comunitarios*”, factores que “*constituyen la esencia de la salud mental*”. (Burín, 2002, p 32). Además, se debe tener en cuenta que la salud mental es también una construcción social que responde a un contexto determinado, en su territorialidad, temporalidad, culturización y costumbres.

Dentro de los factores de riesgo específicos que influyen en los trastornos mentales comunes que afectan a las mujeres, se incluyen la violencia de género, las carencias socioeconómicas, el salario bajo y la desigualdad en los ingresos, la condición y el rango social bajo o subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas.

Las diferencias de género aparecen en particular en las estadísticas de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Según Mabel Burín, diversos estudios epidemiológicos señalan la frecuencia de los trastornos de salud mental específicos según el sexo e indican una predominancia femenina de dos por uno en las depresiones y de tres por uno en las neurosis simples. (Burín, 1991, p. 53).

La depresión no solo es el problema de salud mental más común en las mujeres, sino además, puede ser más persistente en las mujeres que en los hombres. Las mujeres solicitan ayuda y revelan que tienen problemas mentales a su médico con mayor frecuencia que los hombres. Desde hace mucho tiempo, se reconoce que las mujeres son quienes utilizan en mayor grado

los servicios médicos. Los y las profesionales en medicina por su parte diagnostican con mayor frecuencia depresión a mujeres que a hombres, aunque presenten síntomas idénticos.

También en el tratamiento de los trastornos psicológicos, existen prejuicios por razón de género. Existe un alto número de probabilidades de que a las mujeres se les receten medicamentos psicotrópicos que alteran el estado de ánimo. Como bien se indica: “[...] los criterios de salud y de enfermedad, de curación y de indicación del tratamiento, del supuesto de “neutralidad del terapeuta”, de las determinaciones clasistas que imperan en todos estos ítems; y mas recientemente, y en relación con la especificidad de la salud mental de las mujeres se analizan los criterios sexistas en el diagnóstico y tratamiento realizado con las pacientes mujeres [...]”. (Burin, 1998, p. 77).

VIOLENCIA DE GÉNERO

En 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), la cual en diciembre del 2002, alcanzó la ratificación de 182 países, constituyéndose en el principal instrumento internacional obligatorio para la promoción y la defensa de los derechos humanos de las mujeres. Según la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer⁶, se considera esta como cualquier acto que ocasione o tenga la intención de producir un daño físico, sexual, mental o sufrimiento para ellas, incluyendo la amenaza de dichos actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer conocida como Belém Do Pará⁷, denuncia estas formas de violencia como “manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres” e incluye los hechos que ocurren en la familia y en la comunidad como el maltrato de pareja, el abuso sexual infantil, la

violación, prácticas tradicionales dañinas para las mujeres, la violencia en el trabajo e instituciones, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada por el Estado.

En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, se reconoce que la violencia contra las mujeres y las niñas es una violación a los derechos humanos.

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo reconoce que la violencia de género es un obstáculo para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, para su educación y participación en el desarrollo. La violencia de género⁸ es, por tanto, un problema político⁹, social, legal y de derechos humanos; pero también es un problema de salud que impacta todos los ámbitos de la vida personal y colectiva de las personas que han sido víctimas de ella y, en especial, de las mujeres, tanto en el aspecto físico como mental. Como Mirta Méndez señala: “Estamos en presencia de violencia cuando faltan algunos principios esenciales para el vivir y el convivir, diríamos que es violencia la ausencia del respeto por la libertad propia, la libertad ajena, el espacio propio y el espacio ajeno”. (Nombrada por McDonald, 2004, p. 20).

La Organización Mundial de la Salud ha indicado que la violencia doméstica es un problema de salud pública que incide no solo en la salud de las mujeres, sino también en el presupuesto asignado a los sistemas de salud y en el desarrollo de los países¹⁰.

En Costa Rica, la atención en los hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social de personas afectadas por violencia intrafamiliar ha aumentado de una tasa de 20, por cada cien mil habitantes en el 2013, a una tasa del 27,3 en el 2015, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de dicha institución (Sisve). Durante el 2014, se reportó la atención de 11327 casos de violencia intrafamiliar.

En cuanto a la salud física, las mujeres que sufren violencia doméstica padecen frecuentes dolores de cabeza, dolores estomacales, gastritis, colitis, úlceras, presión alta y estrés, lo cual puede producir una baja en las defensas y culminar con temores cancerígenos. Como se puede observar, la violencia doméstica produce la muerte de las mujeres de manera indirecta, lenta y dolorosa.

También las personas víctimas sufren fracturas y presentan secuelas por las agresiones con armas de fuego y con armas blancas, las cuales además pueden tener un desenlace fatídico y provocar la muerte directa, de igual manera presentan marcas en su cuerpo, algunas veces lesiones en sus ojos y oídos y, en situaciones de exposición prolongada, pueden incluso sufrir padecimientos cardíacos y accidentes cardiovasculares.

De los datos que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica refleja, noventa y dos de cada cien casos de lesiones externas que presentan los y las pacientes pertenecen a violencia intrafamiliar.

De la misma forma, las mujeres que sufren agresión doméstica pueden tener abortos producto de golpes y del estrés que la violencia psicológica provoca, así como embarazos no planificados como forma de mantener el control por parte del agresor y/o producto de agresión sexual. Además esta situación para truncar el proyecto de vida de las mujeres es un factor determinante.

Según la doctora Leandra Abarca Gómez, médica epidemióloga de la Caja Costarricense del Seguro Social (2015):

la violencia intrafamiliar puede ocasionar en quien la sufre consecuencias físicas, en su salud mental, problemas de conducta, en su salud sexual y reproductiva, y, además, puede impactar en sus enfermedades crónicas. Por eso es tan importante no solo detectarlo, sino asegurarnos de brindarle un abordaje, tratamiento y rehabilitación adecuados.

Las personas afectadas por situaciones de violencia doméstica invisibilizan sus patologías y, generalmente, son diagnosticadas en el aspecto psicológico y mental con otros trastornos como depresión, histeria, bipolaridad y además pueden cometer actos suicidas, ocultándose la verdadera causa del trastorno (la violencia intrafamiliar) y dejándose sin tratamiento adecuado, debido a que se recurre a otros métodos terapéuticos que no van a solucionar el problema porque no atacan la raíz de este.

Estas mujeres son etiquetadas desde el punto de vista psiquiátrico y son recetadas con tratamientos farmacológicos que, muchas veces, son incapacitantes, y en algunas ocasiones abusivos, estableciéndose un círculo vicioso del que es difícil salir y que complica su situación como víctima de violencia.

Las personas profesionales del sector salud deben estar preparadas para atender integralmente a quienes han sufrido episodios de violencia doméstica, En diversas ocasiones las víctimas no indicarán que sus lesiones físicas o sus crisis emocionales son producto de relaciones de pareja abusivas.

En el 2014, la Caja Costarricense del Seguro Social organizó una capacitación al personal de los servicios de emergencia para sensibilizarlos y que realicen un abordaje integral a las personas víctimas de violencia intrafamiliar y de género.

Al respecto, la Dra. Guiselle Brenes Pacheco, psiquiatra y coordinadora del Programa Nacional de Violencia Intrafamiliar y de Género de dicha institución, indicó:

Muchos de los casos de violencia intrafamiliar y de género ingresan por los servicios de emergencias y se le atiende la herida o el golpe, pero no se le da seguimiento a la parte emocional; por lo que es fundamental que nuestro personal esté en capacidad de brindar una atención y un acompañamiento integrales a estos pacientes. Montero, (2014).

En ocasiones, también las personas víctimas acuden al centro de salud en período de crisis y con quien se desahogan y a quien confiesan en primera instancia su situación de violencia doméstica es a la persona profesional de salud.

Burín señala que una de las problemáticas prioritarias en el campo de la salud mental es identificar y atacar la violencia contra las mujeres, tanto los fenómenos visibles (abuso sexual, maltrato físico, violaciones) como los fenómenos de violencia invisible, todas aquellas formas de relación con las mujeres mediante las cuales éstas quedan en una posición de inferioridad, desvalorización, desigualdad. (Burín 1991, p. 63).

Se debe eliminar la visión generalizada de considerar la perspectiva masculina como modelo paradigmático de la comprensión del malestar de las mujeres en la práctica médica y asistencial, y atender de manera particular las especificaciones de género y las formas y causas de enfermar de las mujeres, con ello se evitaría incluso la prescripción abusiva de fármacos a ellas.

Con respecto a las patologías, se debe reiterar que la violencia doméstica produce daños físicos invisibles como golpes que no dejan huella en cabeza, ojos, oídos y secuelas en la salud como dolencias intestinales, dolores de cabeza, dolores de cuerpo, tumores cancerígenos, etc. y visibles como arañazos, golpes que dejan secuelas, heridas y otros como abortos e, incluso, la muerte.

La experiencia del abuso suele destruir el amor propio de la mujer, la pone en un estado de dependencia hacia su agresor y la expone al riesgo de problemas diversos de salud mental, como depresión, trastorno de estrés postraumático, suicidio y abuso de alcohol y de drogas.

El hecho de que la víctima presente una dependencia hacia su agresor, la cual no permite que salga del ciclo de agresión en que se encuentra sumida es por sí solo un trastorno de personalidad que afecta su vida cotidiana y

la mantiene dentro de una relación sentimental totalmente dañina.

La dependencia emocional puede definirse como la necesidad afectiva extrema que una persona siente hacia otra. No obstante, en su carácter crónico, quien depende emocionalmente presenta como una de sus características que no puede soportar la soledad.

Marcela Lagarde señala: *“Nos han enseñado a tener miedo a la libertad, miedo a tomar decisiones, miedo a la soledad. El miedo a la soledad es un gran impedimento en la construcción de la autonomía”*.

Este miedo a la soledad es una de las razones por las que la mujer continúa soportando agresión y se mantiene dentro de una relación abusiva.

Las mujeres maltratadas dependientes emocionalmente presentan también características como la necesidad afectiva extrema de su pareja. El maltratador es el centro de su vida y su única fuente de autoestima. Aceptan los malos tratos como una estrategia para preservar la relación. Se culpabilizan de los sucesos negativos ocurridos durante la relación y sienten un miedo terrible a la soledad.

Las mujeres agredidas se sienten solas, sienten que nadie puede ayudarles y, cuando realizan alguna acción para salir del ciclo de agresión, creen que solo provocarán la ira de su verdugo, minimizan y naturalizan los actos de violencia en su contra y asumen que es su culpa lo que están viviendo. Esto es lo que se conoce como la desesperanza aprendida que provoca estados de depresión muy profundos.

Al respecto, Leonor Walker explica: *“cada vez con mayor frecuencia escogen hacer lo que tenga más probabilidades de éxito para minimizar el dolor y aumentar las probabilidades de supervivencia, en vez de arriesgarse a que las lastimen aún más o que las maten tratando de escapar”*. (Walker, 1989, p. 35).

Las mujeres que sufren el abuso infringido por su pareja sufren más depresión, ansiedad y

fobias que las que no lo han sufrido. La agresión sexual en la niñez o en la edad adulta también tiene estrecha relación con la depresión y los trastornos de ansiedad, puede producir además síndrome de estrés postraumático, trastornos alimenticios, adicciones y suicidios. El abuso sexual que tiene lugar antes de los siete años tiene mayor probabilidad de llevar a las víctimas a trastornos psicológicos, así como el abuso por más de un agresor y el abuso que es frecuente o que continúa por largo tiempo.

Muchas mujeres maltratadas experimentan trastorno de estrés postraumático (TEPT), un trastorno de ansiedad agudo que puede ocurrir cuando una persona atraviesa o presencia un acontecimiento traumático en el que siente una impotencia abrumadora o amenaza de muerte o lesión.

Son síntomas de TEPT revivir mentalmente el acontecimiento traumático mediante reminiscencias; tratar de evitar todo lo que le recuerde el trauma; quedar emocionalmente en estado de adormecimiento; experimentar dificultades para dormir y concentrarse, pérdidas de memoria y alarmarse o sobresaltarse fácilmente. Además la violación, el abuso sexual en la niñez y la violencia en el hogar son algunas de las causas más comunes del TEPT en la mujer. Para algunas de ellas, el peso del abuso es tan grande que se quitan la vida o tratan de hacerlo. La violencia en el hogar está estrechamente relacionada con la depresión y el suicidio subsiguiente.

Las mujeres maltratadas que desarrollan TEPT son aparentemente las que más tienden a tratar de suicidarse. El intento de suicidio también es más probable entre quienes han experimentado agresión sexual, ya sea en la niñez o en la vida adulta. La conexión sigue siendo fuerte aun después de controlar factores de riesgo individuales como la edad y educación de la mujer y la presencia de síntomas de TEPT y trastornos psiquiátricos.

Las víctimas de la violencia por parte de su pareja, y las que han sufrido abuso durante la niñez tienen más probabilidad que otras de presentar

adicción al alcohol y a las drogas, aun después de controlar otros factores de riesgo como abuso anterior, ambiente familiar de agresión o alcoholismo de los progenitores.

La mujer que es agredida en la mayoría de los casos sufre comportamiento servil, disminución de la movilidad, dependencia, depresión, aislamiento y disminución en su autoestima. Pero existen también otros casos en donde la mujer se defiende, reaccionando de la misma manera que su agresor y se catalogan como mujeres agresoras cuando en realidad solo están realizando actos de defensa y enfrentamiento a la agresión sufrida como una conducta aprendida dentro de su historia de vida.

La mujer agredida no solo es víctima de la agresión sino también puede además desarrollar enfermedades y adicciones causadas por esa misma situación de abuso, por tanto, es victimizada de múltiples formas. Además, es también agredida por el sistema institucional, por los centros de salud y quienes laboran en ellos y no buscan el trasfondo de los síntomas, sino que las patologizan y medican sin lograr curar el padecimiento real.

Esto también ocurre en los tribunales de justicia, en donde de previo se juzga y victimiza todavía más a las mujeres que han utilizado varias veces el sistema judicial para tratar de protegerse de la violencia vivida, por medio del proceso establecido para tal efecto o para aquellas que nunca han interpuesto una demanda pese a tener una historia de pareja plagada de violencia y agresión. Por estas razones, los jueces y las juezas, el personal del Ministerio Público y quienes atienden la violencia intrafamiliar deben tener sumo cuidado, conocimiento y sensibilidad de la materia.

Se debe también tratar de ahondar en la situación particular de cada mujer que solicita la ayuda del sistema judicial, para no quedarse en lo superficial del relato, sino buscar las causas que han llevado a la persona a establecer y mantenerse en una

relación abusiva. Hay que tener mucho cuidado cuando se acusa a la víctima de alcohólica, drogadicta o loca. Se debe tener claro que estas manifestaciones de conducta pueden, en la mayoría de los casos, ser consecuencia de historias de abuso sistemático que la mujer ha sufrido, y en no pocas ocasiones, la persona agresora tratará de desvirtuar la demanda interpuesta bajo el argumento de que quien pide auxilio padece de adicciones o enfermedades mentales.

De igual manera, reitero, cuando una mujer reacciona a la violencia de la misma forma que su victimario es catalogada como agresora sin verificar la situación específica y sin entender que esa reacción no es más que una estrategia de defensa y que sigue siendo víctima y persona vulnerable aunque no reaccione de la manera que la socialización genérica espera de ella.

Al respecto se debe evitar la revictimización secundaria que ocurre *“cuando la víctima acude al sistema judicial y no obtiene la reparación del daño ni la restitución de sus derechos lesionados debido a su inoperancia, lo cual no solo afecta a la persona ofendida sino también al propio sistema”*. (Jiménez, 2009, p. 12).

Se debe garantizar el debido acceso a la justicia a una población sumamente vulnerable en donde coinciden muchos factores de riesgo. El norte en el actuar judicial debe ser la protección a la integridad de la víctima, de lo contrario desde la institución se estaría además actuando con violencia estructural¹¹.

El Estado desde el Poder Judicial debe intervenir aplicando el criterio de la debida diligencia, establecido en el artículo 7) de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. En otras palabras, se debe abordar la violencia doméstica desde una perspectiva de derechos humanos, tal y como Alda Facio lo ha indicado: *“pues si se trabaja solo desde el aspecto penal el resultado es ineficiente y androcéntrico pues se centra solo en el castigo al perpetrador y no en la restitución, rehabilitación, o el resarcimiento a las víctimas”*. (Facio, 2009, p. 11).

En este aspecto, es sumamente importante *“[...]que se obtenga un efectivo acompañamiento psicológico para tratar de revertir los efectos que en el aspecto psicológico y emocional produce la violencia intrafamiliar y que logre empoderar a la víctima para evitar que restablezcan relaciones abusivas”*. (Pereira, 2014).

Por ello, se debe contar con profesionales en psicología que apoyen la labor jurisdiccional, no solo desde el campo del peritaje, sino primordialmente brinden el empoderamiento y tratamiento necesario para atender de manera global a las mujeres víctimas de violencia doméstica y brindar el apoyo necesario.

Se debe trabajar en la Prevención de la Violencia, primera arista que contempla la Convención de Belem Do Pará y, para ello, es primordial que se brinde el acompañamiento durante todo el proceso a quien acude a la institución, además también se deben dar las herramientas que logren cortar la dependencia económica. Sin dependencia emocional, sin dependencia económica y con el acompañamiento adecuado es más fácil romper con los círculos de agresión.

Es primordial recordar que, en primer término, la sociedad y sus instituciones tales como la religión, la educación, la cultura son las que han creado y mantenido los estereotipos de género ya apuntados, y las ideas de la división sexual del trabajo (la mujer en el hogar en lo interno y el hombre en el ámbito externo, lo público).

Si a la mujer se le educa para ser sumisa, frágil y para tener la responsabilidad de educar a sus hijos e hijas, y sobre todo de mantener el matrimonio a toda costa, ¿cómo luego se le culpa por no presentar o no continuar con un proceso de violencia doméstica? o ¿por perdonar a su pareja? si estos son los mandatos de la sociedad patriarcal en que vive.

Por otro lado, si se empodera a la mujer y ella trata de terminar la relación que le hace daño, la misma sociedad, la familia, la religión son quienes

la culpabilizan por transgredir el mandato social establecido desde épocas ancestrales. Todo ello repercute innegablemente en la salud física, psicológica y emocional de las mujeres.

Estas reflexiones deben estar presentes en las personas juzgadoras para no revictimizar a las mujeres que han vivido la violencia en sus cuerpos y en sus mentes. El apoyo, empoderamiento y acompañamiento para las mujeres afectadas es imprescindible para que puedan salir del círculo de agresión, y la reparación y el resarcimiento del daño son requisitos indispensables para poder decir que se ha hecho justicia en los procesos de violencia doméstica.

CONCLUSIONES

La socialización patriarcal que establece roles de género y relaciones de poder asimétricas produce violencia de género y, dentro de este tipo de violencia, se incluye la violencia doméstica, ejercida por parte de una persona con quien tiene o ha tenido una relación de pareja y cuyas víctimas en la mayoría de los casos son mujeres.

Desde tiempos antiguos se ha asociado a la mujer con lo emocional, y sus enfermedades se establecen a partir de su aparato reproductor.

Durante la edad media se entendía que las mujeres eran seres impuros que carecían de alma, por eso había que cuidarlas porque eran presa fácil del demonio.

A las mujeres sabias, sanadoras se les consideró brujas y se realizó un genocidio cruel que, además de quemar en la hoguera a miles de sanadoras, limitó la asistencia y salud de las mujeres.

La violencia doméstica nace a partir de esas relaciones asimétricas de poder y desde siempre ha afectado la vida de las mujeres y su salud física y psicológica, produciendo daños específicos asociados a esta problemática social.

A partir de la visibilización de este flagelo social, la Organización Mundial de la Salud ha calificado la violencia doméstica como un problema de salud pública y un asunto de derechos humanos que afecta el presupuesto para el sector salud y el desarrollo de los países.

Existen lesiones visibles e invisibles que se asocian con la violencia doméstica desde el punto de vista físico.

La agresión doméstica produce enfermedades específicas y baja las defensas pudiendo ocasionar lesiones cancerígenas y hasta la muerte.

Esta problemática ocasiona, abortos y produce embarazos no deseados e incide directamente en el proyecto de vida de las mujeres.

En el aspecto psicológico la violencia doméstica produce depresión en las mujeres que la viven y en algunas ocasiones actos suicidas.

Las personas profesionales del sector salud deben estar sensibilizadas y preparadas para diagnosticar adecuadamente los casos de violencia de género que se le presenten y dar un tratamiento adecuado a las víctimas.

Las mujeres acuden al sistema de salud por la violencia sufrida, pero en muchas ocasiones, naturalizan la situación y no señalan el motivo de su padecimiento, por lo que el personal médico debe abordar el caso enfrentando la causa y no solo los síntomas, esto evita que le receten a la paciente fármacos en muchas ocasiones de manera excesiva.

En otros casos los profesionales de salud son las primeras personas a las que la mujer acude y pide ayuda para su problemática, y deben enfrentar la situación de manera integral para dar una respuesta adecuada a la paciente.

Las mujeres víctimas de violencia ejercida por su pareja sufren de desesperanza y asumen que nadie les puede ayudar, esto también les provoca

depresión y, en ocasiones, produce que sufran de adicciones a fármacos, drogas y alcohol.

Hay que evitar que el sistema de justicia revictimice a las mujeres que viven violencia doméstica. Las personas que atienden a esta población desde este ámbito deben ahondar en la situación que se está viviendo y no deben quedarse en el relato inicial que puede ser inexacto o incompleto.

Debe garantizarse el acceso a la justicia brindando un abordaje integral de acuerdo con el criterio de la debida diligencia y con ello evitar la revictimización secundaria y la violencia estructural.

Es necesario contar con profesionales en psicología que puedan dar tratamiento, empoderamiento y seguimiento en los casos de violencia doméstica a las personas víctimas.

La violencia doméstica produce la muerte de las mujeres no solo directamente y de inmediato, sino también lentamente mediante enfermedades físicas y psicológicas que han sido producto de la exposición a la agresión, y lamentablemente no existen estadísticas sobre este tipo de feminicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arango, Luz Gabriela. (1995). *Género e identidad: Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Editores Tercer Mundo. Bogotá. Antología de curso Teorías del Género.

Arroyo, Roxana. (2005). *Propuesta de Monitoreo de la Ley Contra la Violencia Doméstica*, Costa Rica. Corporación Gráfica, San José.

Avalos, Angela. (abril 7, 2016). *Hospitales de la CCSS atienden cada vez más a víctimas de violencia en los hogares*. La Nación digital, recuperado de <https://www.nacion.com/el-pais/salud/hospitales-de-ccss-atienden-cada-vez-mas-victimas-de-violencia-en-los-hogares/VI2KVQJGOBCADFLXFRV2KISO6Q/story/>.

Burin, Mabel y otras. (1991). *El malestar de las mujeres*. Editorial Paidós, Buenos Aires. Antología de curso Psicología de la mujer.

Burin Mabel e Irene Meller. (1998). *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós,. Antología de curso 19 Psicología de la Mujer

Calcedo Ana, Quirós Edda, Rangel Ana. (1990). *Mujer, violencia y poder*. Memorias del Seminario Universidad de Costa Rica.

Facio, Alda. (2004). *La Carta Magna de todas las mujeres*. Manual de derechos humanos de las mujeres jóvenes y la CEDAW. En antología: La Construcción Social de la Cultura de la Violencia. San José, Costa Rica. Ilanud.

Giberti Eva, y Fernández Ana María. (1989). *La mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Editorial Suramericana. Antología de curso Psicología de la mujer.

Jiménez Rodrigo. (2007). *Respuesta de la justicia a la violencia doméstica*. Impresora Gossestra, San José.

Lagarde, Marcela. (1990). *Cautiverios de las mujeres: Madre esposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Lagarde, Marcela. (1996). *Género y feminismo*. Madrid: Editorial Horas y horas. Antología de curso Psicología de la Mujer.

León Magdalena. (1995), *La familia nuclear: Origen de las identidades*. Antología del curso Teorías del Género.

Mac Donald, Jessica. (2004). *Salud mental y violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud de Costa Rica.

Madrigal, Luis. (junio 25, 2015) *CCSS reportó 11327 casos de violencia intrafamiliar en el 2014*. El Mundo cr, recuperado de <https://www.elmundo.cr/ccss-reposito-11-327-casos-de-violencia-intrafamiliar-en-el-2014/>

Montero, Gerald. (junio18,2014). *Víctimas de Violencia Intrafamiliar o de Género recibirán atención más especializada en hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social*. Blog de la Caja Costarricense del Seguro Social, recuperado de <http://www.ccss.sa.cr/noticia?victimas-de-violencia-intrafamiliar-o-de-genero-recibiran-atencion-mas-especializada-en-hospitales-de-ccss>

Muñiz, Ramón. Trastorno por estrés postraumático: Una revisión del tema. *Revista de Salud Mental*, volumen número 25, junio 2002, pp. 19-26. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232503.pdf> 31 de marzo del 2018.

Organización Mundial de Salud (2005). *Resumen de Estudio Multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica*.

Organización Mundial de Salud (2007). *Investigando la violencia contra las mujeres*. Primera Edición.

Organización Panamericana de la Salud (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. OPS. Washington, D.C.

Pereira, Sandra (2014). *Modelo de abordaje integral en violencia doméstica*. Editorial Juricentro, San José, Costa Rica.

Paz González, Paulina. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención*. Memoria presentada para optar por el grado de doctora en psicología, Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/4834/1/T26887.pdf> 28 de marzo de 2018.

Sainz Cabrejas, Sara, (2014). *El estrés en víctimas de malos tratos*. Tesis para optar por el grado en enfermería. Escuela Universitaria de Enfermera, Universidad de Cantabria. Recuperado de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5194/SainzCabrejasS.pdf;sequence=1> 27 de marzo de 2018.

Sancho, Roberto (julio 08, 2014). Se incrementa en la CCSS atención por causas externas. Blog de la Caja Costarricense del Seguro Social, recuperado de <https://www.ccss.sa.cr/noticia?se-incrementa-en-ccss-atencion-por-causas-externas>.

Walker, Leonor. (1989). *Psychology and violence against women [Psicología y violencia contra las mujeres]*. Asociación Americana de Psicología. Antología de curso Psicología de la Mujer.

Notas al pie

- 1 Licenciada en Derecho; postítulo en Derechos Humanos de las Mujeres; máster en Violencia Intrafamiliar y Género; jueza de violencia doméstica.
- 2 Tanto en las religiones católicas como evangélicas, musulmana y budista consideran a la mujer impura cuando están en su período menstrual, y establecen que deben purificarse mediante diferentes formas, rituales y oraciones antes de poder ser tocadas por los hombres mientras estén menstruando.
- 3 Tercer concilio ecuménico de la Iglesia cristiana celebrado en el año 431.
- 4 Concilio ecuménico convocado por el papa Pablo III, el cual inició en 1545 y concluyó en 1563.
- 5 Mencionado por Burin, Mabel. *El malestar de las mujeres*, p. 25.
- 6 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba en 1993 esta declaración en calidad de obligatoria para todos los estados miembros. Previamente en 1992 el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer adopta la recomendación 19 sobre Violencia contra las mujeres que declara que la violencia contra las mujeres es una forma de discriminación contra ellas, reflejando y perpetuando su subordinación, por lo que se requiere que los Estados eliminen la violencia en todas sus esferas.
- 7 Aprobada por la Organización de Estados Americanos en 1993.
- 8 Incluye la violencia doméstica que, a su vez, según el artículo 2 de la Ley contra la Violencia Doméstica, se manifiesta en violencia física, sexual, patrimonial y psicológica.
- 9 Siendo el resultado de relaciones de poder asimétricas, de privilegio y dominación que los hombres han ejercido en contra de las mujeres.
- 10 En el 2015, el Consejo Directivo de OPS, compuesto por ministros y ministras de Salud de 38 Estados miembros, aprobó unánimemente la Estrategia y Plan de Acción sobre el Fortalecimiento del Sistema de Salud para Abordar la Violencia contra la Mujer 2015-2025. Al aprobar este documento, los Estados Miembros de OPS reconocieron que la violencia contra la mujer era un problema de salud pública y derechos humanos que los sistemas de salud deben abordar.
- 11 Este tipo de violencia se produce cuando desde las estructuras sociales e institucionales no se da una respuesta efectiva a las necesidades de las víctimas y, por el contrario, se producen impunidad y revictimización.