

Preparación profesional del médico de familia y la violencia de género.

Aida Torralbas Fernández. Cuba.

## **Introducción**

Se vive en un mundo en el que aún nacer con sexo femenino es un factor de riesgo para recibir las más variadas formas de violencia de género. Desde las más evidentes hasta las más sutiles e insidiosas.

Estudios recientes han demostrado que el noventa y ocho por ciento de las víctimas de violencia doméstica son mujeres, y que una de cada cinco mujeres ha padecido, en al menos una ocasión, trato violento de su esposo o de su pareja. (Profili, 2000).

La violencia es una enfermedad social, presente en menor o mayor grado en todas las sociedades. Así la entendemos como un agente, como un virus que se transmite de generación en generación, de padres a hijos, incluso de agresor a víctima. Se ha transmitido durante siglos a través de la cultura y de las tradiciones. Durante mucho tiempo, ha convivido en las sociedades, dado que su origen está en la asignación y transmisión cultural de los roles tradicionales masculinos y femeninos, y de la desigualdad sociocultural que el mantenimiento de estos roles ha supuesto para los varones y para las mujeres. Poder intervenir en la erradicación o atenuación de este problema grave de la sociedad en su conjunto es algo que debe estar permanentemente en primera línea de cualquier actuación. Es importante comprender que la violencia contra las mujeres no es un problema puramente doméstico o privado, es una problemática social de primera magnitud y las acciones en función de combatirla deben tener alcance gubernamental.

Es sobre todo a raíz del trabajo y el activismo de las organizaciones de mujeres, que este tema ha llegado a la Agenda Internacional y es relativamente reciente que se comienza a reconocer la violencia de género como un problema a nivel internacional. Primeramente se reconoce como un problema de derechos humanos y más recientemente como un problema de Salud Pública. (García, 2000).

La violencia de género tiene consecuencias importantes sobre la salud física y mental de la mujer, consecuencias a largo plazo y a corto plazo, llegando a convertirse en factor etiológico de toda clase de perturbaciones psicofísicas. Sus consecuencias pueden desencadenar alteraciones tanto agudas como crónicas. En dependencia a la proximidad de la agresión, el tiempo que la mujer lleve sometida a estas circunstancias y la severidad de las

manifestaciones de la violencia, podrá presentar mayor o menor número de síntomas y problemas de salud. Por tal motivo demandará del uso de los servicios médicos, pudiendo convertirse en una de las causas importantes de morbilidad y mortalidad para las mujeres. Las lesiones físicas que por lo general provoca son las siguientes: heridas, erosiones, excoriaciones, hematomas, discapacidades, ETS y VIH/SIDA, embarazos no deseados, dolor pélvico, jaquecas, enfermedades de la piel, del corazón, trastornos ginecológicos, respiratorios y gástricos, contracturas y dolores musculares o articulares, homicidio y suicidio. Junto a la lesión física siempre aparece un daño psicológico agravado que se deriva de la vivencia del hecho de que la persona de quien se espera protección es quien te ataca.

La violencia doméstica generalmente conduce a un cuadro psicológico reactivo de mayor o menor intensidad que se pueden caracterizar por abatimiento, confusión, aturdimiento, depresión, ansiedad, baja autoestima, disfunción o desinterés sexual, abuso de alcohol y drogas, síndrome de estrés postraumático, estados de fatiga y falta de energía, letargo, envejecimiento prematuro y autoabandono. A pesar de todo esto la violencia contra la mujer no se recoge en las estadísticas como problema de salud y la mayoría de las veces queda invisibilizado.

Por todo lo antes expuesto consideramos que el médico de familia al tener durante tiempo prolongado relación con la comunidad se encuentra en una posición privilegiada para desarrollar un trabajo de detección, de derivación y de prevención para identificar a las mujeres víctimas de malos tratos. En sus interacciones puede existir una oportunidad de que las mujeres encuentren un espacio seguro donde poder hablar de problemas como la violencia, pues la mayoría de ellas entra en contacto con los servicios sanitarios por múltiples razones que van desde llevar a sus hijos por las vacunas infantiles, consultas para planificación familiar o por las patologías que presentan. Además ante un caso de maltrato es quien puede alertar a las instituciones y organizaciones de masas para que éstas sirvan de apoyo a las víctimas. Unido a lo anterior puede desarrollar un trabajo de sensibilización en la comunidad para que los vecinos también puedan servir de red de apoyo a dichas mujeres.

La atención primaria es por lo general el primer nivel al que recurren las víctimas. Acuden a él en ocasiones refiriendo que tienen una serie de lesiones que intentan justificar por medio de algún hecho accidental y al realizarse la exploración se encuentra que la justificación que ofrece de la causa de esas lesiones no es coherente con el cuadro que presenta, pues junto al hematoma reciente puede haber señales de arañazos que ya están curados o en fase de curación y otras heridas en distintas fases evolutivas. Además cuando la mujer solicita la

atención del especialista por la sintomatología o patología que presenta y que puede ser consecuencia del maltrato, es éste el que tiene acceso al cuerpo de la mujer para reconocerlo, pudiendo explorar zonas del mismo que la ropa evita dejar ver. La literatura describe que con el tiempo el maltratador aprende a lesionar solo en determinadas regiones anatómicas que el vestuario oculta, pues la golpea en zonas que quedan cubiertas por la ropa o la golpea en la cabeza para que el pelo impida dejar ver o reconocer las lesiones que pueda tener como consecuencia de los golpes, de esta forma cuando la mujer sale a la calle no presenta ningún signo evidente de la agresión. (Lorente, 2000)

Todos estos datos acompañados de su cuadro psicológico reactivo pueden ser evidencia de que la mujer está sufriendo malos tratos. Otras veces el motivo o la demanda que lleva a estas mujeres al médico de familia son trastornos de ansiedad, trastornos depresivos y otros trastornos que llamamos menores, aunque no lo son, bajo los que subyace el síndrome de malos tratos, ya sean físicos o psicológicos. Si el médico no es capaz de identificar la violencia como elemento que desencadena todas estas alteraciones nunca podrá abordar ni trabajar sobre la verdadera raíz del problema y solo se quedará en un abordaje sintomático.

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) adopta la definición de violencia contra la mujer como referencia para todas sus actividades posteriores (García, 2000). Esto contrasta con que en nuestro país el médico de familia posee limitaciones en su preparación profesional para identificar el fenómeno de la violencia, pues en su plan de estudio como MGI (Plan de estudio, 2008) no se aborda la temática y en el pregrado tampoco. Todo esto presupone que cuando el médico se enfrenta al fenómeno tiene que apelar más a su sensibilidad y sentido común que a su instrucción o a un referente teórico que guíe su actuación, esto lo limita pues no puede relacionar en muchas ocasiones determinadas patologías, sintomatología, situaciones o reacciones de sus pacientes con la violencia de género contra la mujer. El médico de familia puede ser un agente clave para identificar, prevenir, manejar o derivar los casos de la violencia contra la mujer, de ahí la importancia que en su formación posea conocimientos y actitudes que favorezcan el manejo adecuado de estos casos. Por tal motivo este trabajo se propone explorar estos elementos de su formación profesional para lo que se plantea como objetivo:

Describir elementos de la preparación profesional del médico de familia para enfrentar el fenómeno de la violencia de género contra la mujer en la relación conyugal.

## **Desarrollo**

El estudio se realizó en el año 2009 y se tomó como población a todos los médicos de familia del área urbana del policlínico Julio Grave de Peralta del municipio Holguín en la cabecera provincial. El grupo de estudio quedó constituido por 18 médicos de familia, todas del sexo femenino pues en esa área casualmente solo trabajaban mujeres.

Para la recogida de información se elaboró una técnica (Anexo 1) la cual se conformó por una adaptación de una escala de distancia social y un listado de propuestas para determinar si son verdaderas o falsas para ver si portan o no los mitos que la bibliografía recoge sobre la violencia de género (Silva, 2005) El procedimiento utilizado consistió en la aplicación de manera individual a cada sujeto de la técnica dándosele la posibilidad de que hicieran preguntas sobre lo que no entienden y donde el investigador a través de la observación recogió información verbal y extraverbal de conductas y comentarios que se derivaban del momento de llenado de las encuestas.

### **Análisis de los resultados.**

La escala de distancia social arrojó los siguientes resultados:

| Si.              | No.             |  |
|------------------|-----------------|--|
| <u>18 (100%)</u> | _____           | Sus padres.                                      |
| <u>15 (83%)</u>  | <u>3 (17%)</u>  | Su madre y su padrastro.                         |
| <u>18 (100%)</u> | _____           | Su hija y su pareja.                             |
| <u>15 (83%)</u>  | <u>3 (17%)</u>  | Su hermana y su pareja.                          |
| <u>6 (33%)</u>   | <u>12 (67%)</u> | Una amiga y su pareja.                           |
| <u>9 (50%)</u>   | <u>9 (50%)</u>  | Una paciente y su pareja.                        |
| <u>5 (28%)</u>   | <u>13 (72%)</u> | Una vecina y su pareja.                          |
| <u>6 (33%)</u>   | <u>12 (67%)</u> | Una compañera de trabajo o estudio y su pareja.  |
| <u>6 (33%)</u>   | <u>12 (67%)</u> | Una desconocida en un sitio público y su pareja. |

Todas las médicos de familia encuestadas se involucrarían en una relación de maltrato contra la mujer si se trata de sus padres, por el vínculo afectivo existente entre ellos y por el sentido de pertenencia que mantienen por ser su familia de origen, de la cual proceden.

Un alto número de las médicos de familia encuestadas, específicamente 15 se involucrarían en una relación de maltrato si se trata de su madre y su padrastro, también por el vínculo afectivo existente entre ellas y por considerar que el padrastro, aún siendo el esposo de su madre no tiene el derecho de maltratarla ni física ni psicológicamente. Solo 3 médicos de familia encuestadas no se involucrarían por ser su padrastro y no su padre el que maltrata,

aún cuando la víctima es su madre, expresando durante el intercambio que esta situación debe ser solucionada por ellos en privado, asumiendo que es más fuerte el vínculo entre esposos que entre madre e hija. Esta idea se respalda por la concepción patriarcal de que la mujer es propiedad del hombre y por la creencia de que “entre marido y mujer nadie se debe meter”

Nuevamente todas las médicos de familia encuestadas se involucrarían en una relación violenta si la maltratada es su hija, demostrando el fuerte vínculo afectivo que genera la maternidad, donde el ser autora de la existencia de su hija crea una relación afectiva que le hace sentirla como de su propiedad. Además en nuestra cultura, los padres poseen un sentido de pertenencia con los hijos muy fuerte que hace que se considere inadmisibles el maltrato ajeno.

También una cantidad alta de las médicos de familia encuestadas, nuevamente 15 se involucrarían si la violentada es su hermana por el vínculo afectivo existente entre ellas. Solo 3 médicos de familia encuestadas no se involucrarían, expresando durante la aplicación del instrumento como experiencia personal que cuando lo han hecho han surgido conflictos entre ellas y su hermana ha continuado con la relación en los mismos términos. Esto explica lo complejo que se vuelve el trabajo con la mujer maltratada y el desconocimiento de la complejidad del mismo por parte de muchas personas que intentan brindar ayuda esperando que la mujer abandone de inmediato la relación, sin darse cuenta de que muchas veces no tienen los recursos psicológicos ni materiales para hacerlo en ese momento, poniéndose de manifiesto también el desconocimiento de las causas que hacen que la mujer permanezca con el abusador y no abandone el hogar.

Un número considerable de las médicos de familia encuestadas, específicamente 12 no se involucrarían si en la relación violenta los implicados son una amiga y su pareja pues el vínculo afectivo es menos estrecho y se asume que la pertenencia mayor la tiene con su pareja. Solo 6 médicos de familia encuestadas se involucrarían y justificaron su posición alegando que para ellas una amiga es alguien muy cercano y sienten como propio lo que le ocurra a ella.

Se mantuvo en igualdad de condiciones el número de médicos de familia encuestadas que se involucrarían en una relación de maltrato contra la mujer y las que no se involucrarían si se trata de una paciente y su pareja, es decir 9 médicos de familia se involucrarían y 9 no lo harían manifestando estas últimas durante el intercambio verbal que el matrimonio es el espacio privado de la pareja y en el marco del mismo deben ser solucionados sus problemas,

quedando vedado lo que ocurra en su seno para el que se encuentra en el afuera. Todo esto entra en contradicción con lo que se planteó en la técnica I, donde todas consideraron falso el planteamiento de que la violencia en la pareja es un asunto privado que sólo le corresponde a ellos su solución. Sin embargo llama la atención que ellas se excluyen a sí mismas de involucrarse en una relación de ayuda ante una paciente violentada, cuando constituye el médico de familia el primer nivel de atención al que pueden recurrir las víctimas por las consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer. Además este tiene un estatus en la comunidad que puede resultar valioso en la prevención e intervención ante el fenómeno.

Nuevamente un número considerable de las médicos de familia encuestadas exactamente 13 no se involucrarían en una situación de violencia si la violentada por su pareja es su vecina, valorando más la relación entre esposos, o sea el contexto relacional en que ocurre el acto violento que éste en sí mismo, no teniendo en cuenta el estatus que como médico de familia posee dentro de la comunidad y el papel que puede desempeñar al respecto. Sólo 5 médicos de familia encuestadas, una muestra poco significativa se involucraría en la situación de violencia.

También un número significativo de las médicos de familia encuestadas, específicamente 12 no se involucrarían en una relación violenta si los implicados son una compañera de trabajo o estudio y su pareja también por considerar al matrimonio el espacio privado de la pareja y el marco donde deben ser solucionados sus problemas, dándole más valor a la relación entre esposos que al acto violento en sí mismo porque se asume que la pertenencia mayor de la mujer la tiene con su pareja, por lo que consideran que no deben entrometerse. Sólo 6 médicos de familia encuestadas, también una muestra pequeña, se involucrarían en la situación sintiéndose comprometidas.

Una muestra considerable de las médicos de familia encuestadas, exactamente 12 no se involucrarían si la maltratada es una desconocida en un sitio público y su pareja por no tener un vínculo afectivo con la víctima y por todo lo antes expuesto en el caso anterior, no teniendo en cuenta el compromiso que como médicos de familia tienen con la sociedad, al ser la violencia un problema social de enorme magnitud debido a su incidencia y a las secuelas tanto físicas como psicológicas producidas en las víctimas, además del alto costo social y económico que tiene la misma. Solo 6 médicos de familia encuestadas se involucrarían a pesar de no tener una relación afectiva con la mujer maltratada, alegando que lo harían por sentirse sensibilizadas por pertenecer al mismo grupo genérico.

Técnica de reconocimiento o no de los mitos.

Para analizar esta técnica se realizó desde dos posturas, primeramente se valoró el comportamiento general de las respuestas en cada sujeto y después se realizó un análisis por mitos, para ver cuáles son los más desconocidos o sobre los que se tiene más información.

De manera general resulta importante señalar que de las 18 médicos de familia encuestadas ninguna fue capaz de reconocer todos los mitos, la que mayor número de mitos logró reconocer demostró portar 4 de ellos, evidenciándose insuficiencias en el conocimiento de los mismos los cuales actúan como barreras, constituyendo trucos invisibilizadores del fenómeno de la violencia, minimizando las consecuencias de la misma y afectando la percepción que se tiene de la mujer y de la propia situación de violencia, lo que puede condicionar las actitudes y comportamientos respecto a las víctimas por parte de la médico de familia, obstaculizando respuestas efectivas ante este problema y dificultando con ello darle un justo tratamiento al fenómeno. (Lorente, 2000)

Al analizar el reconocimiento o no de los mitos por parte de las médicos de familia encontramos que los mitos reconocidos por más del 70 % de las médicos de familia encuestadas fueron los de los incisos b), d), g) y j).

j) La violencia en la pareja es un asunto privado que solo le corresponde a ellos su solución.

Todas las médicos de familia encuestadas consideran falso este planteamiento, reconociendo el mito y alegando durante la aplicación de la encuesta que en la búsqueda de dicha solución juegan un papel muy importante psicólogos y psiquiatras, además de que en ocasiones es necesaria la intervención de la policía y del sistema judicial para poder darle un justo y adecuado tratamiento al fenómeno. Llamó la atención que ninguna de las encuestadas mencionó al médico de familia como parte de los profesionales que deben brindar ayuda a la mujer maltratada.

g) La mayoría de los actos violentos hacia la mujer son cometidos por extraños.

Un alto número de médicos de familia encuestadas, específicamente 16 consideran falso este planteamiento, logrando reconocer el mito y expresando durante el intercambio que en el mayor número de los casos son cometidos por sus parejas. Solo una médico de familia no reconoció el mito y una alegó no saber.

d) Cuando la mujer pertenece a una familia de personas intelectuales, con preparación académica y poseen buenas condiciones económicas tiene muy pocas probabilidades de ser maltratada.

b) El nivel de escolaridad, la edad, la clase social, el área laboral o la solvencia económica que presente la mujer, no impiden que pueda ser maltratada de forma mantenida en la relación conyugal.

La mayoría de las médicos de familia encuestadas en el inciso d), exactamente 16 consideran falso el planteamiento, habiendo reconocido el mito y una cantidad alta, específicamente 14 médicos de familia en el inciso b) consideran verdadero el planteamiento, reconociendo también el mito evidenciándose el conocimiento por parte de un alto número de médicos de familia estudiadas de que no son los factores antes mencionados la causa de la presencia del fenómeno y por lo tanto la ausencia de los mismos no es la que evita su aparición. Sólo 2 médicos de familia encuestada en el inciso d) consideran verdadero el planteamiento, no reconociendo el mito y 4 en el inciso b) consideran falso el planteamiento, tampoco reconociendo el mito. Aunque la cifra es relativamente baja debemos tener en cuenta que cada médico de familia atiende un área de salud en la que brinda su ayuda a un número de personas considerable, lo que puede implicar que cuando una mujer maltratada solicite la atención y los servicios del especialista por estar sufriendo las consecuencias de la violencia sobre su salud, presentando determinada sintomatología o patología ya diagnosticada, pero sin declarar como motivo de consulta la violencia, al tener las características antes mencionadas, no sea explorada adecuadamente por el médico de familia por considerar imposible que con sus condiciones sea maltratada y de esta manera la víctima escape al diagnóstico y a la ayuda.

Entre los mitos que fueron reconocidos por menos del 70 % de las médicos de familia encuestadas y más de un 30 % se encuentran los de las incisos c), e) e i).

e) A veces las mujeres se conducen de tal manera que se justifica el maltrato por parte del hombre.

La mayor parte de la muestra de las médicos de familia encuestadas, 11 en total consideran falso este planteamiento, reconociendo el mito y expresando en el análisis del mismo que no se justifica el maltrato por parte del hombre aunque la conducta de la mujer pueda provocar enojo ya que cuando éste lleva a cabo la agresión tiene una gran capacidad de crear amenaza y riesgo sobre la mujer, pues tiene mayor capacidad lesiva utilizando su propio cuerpo. 7 médicos de familia encuestadas consideran verdadero el planteamiento, no reconociendo el mito, estableciendo como justificación durante el intercambio verbal la infidelidad por parte de la mujer, sin embargo cuando el hombre es infiel no se justifica la agresión por parte de ésta hacia él, no siendo aceptado su comportamiento, sino por el

contrario censurado y condenado. Esto se debe a la creencia de que la mujer es propiedad del hombre y que éste tiene el derecho de disciplinarla y castigar su conducta cuando resulte necesario.

c) Por lo general, cuando un hombre maltrata y humilla su esposa con frecuencia es porque posee trastornos emocionales que no le permiten contenerse.

Una muestra no muy significativa de las médicas de la familia encuestadas, específicamente 7 consideran falso este planteamiento, logrando reconocer el mito y expresando durante la aplicación del instrumento que muchos lo hacen sin presentar ningún trastorno psicopatológico que justifique su comportamiento violento, mientras que 11 médicas de familia encuestadas, es decir la mayor parte de la muestra consideran verdadero el planteamiento, no logrando reconocer el mito, lo que puede implicar que éstas adopten posturas que justifiquen la conducta violenta del hombre con dicho trastorno psicopatológico y al transmitir esta información a la paciente influyan de esta manera en que la mujer permanezca en la relación y no se separe pues puede sentirse culpable si abandona a un "enfermo".

i) En Cuba no constituye un problema la violencia contra la mujer.

Una muestra de 7 médicas de familia encuestadas considera falso este planteamiento, reconociendo la existencia del fenómeno en Cuba. En cambio 8 médicas de familia encuestadas consideran verdadero el planteamiento no reconociendo su existencia y su incidencia, comprobándose lo oculto, privatizado e invisibilizado que permanece el fenómeno debido a que las manifestaciones de violencia psicológica no son registradas como formas de maltrato y los casos de violencia física que son detectados no son publicados por los medios de comunicación. Sólo 3 médicas de familia encuestadas alegan no saber debido a que se habla poco del fenómeno, existiendo poca divulgación del mismo.

Los mitos que evidencian más desconocimiento, ya que sólo un 30 % de la muestra o menos fue capaz de identificar fueron los de los incisos a), f), h) y k).

f) Las causas de la violencia contra la mujer en la relación conyugal se deben principalmente a los problemas de comunicación en la pareja.

Sólo 5 médicas de familia encuestadas consideran falso el planteamiento, reconociendo el mito. Sin embargo 13 médicas de familia encuestadas, la mayor parte de la muestra considera verdadero el planteamiento, no reconociendo el mito y evidenciándose el desconocimiento de las causas de la violencia contra la mujer, lo que también impide y obstaculiza que se pueda prevenir la adopción de comportamientos violentos como vía de resolución de conflictos. Además aunque indiscutiblemente la violencia se acompaña de dificultades en la

comunicación no son los problemas de comunicación los que generan la violencia, sino la violencia quien dificulta la comunicación por lo que si se asumen estos problemas de comunicación como causa de la violencia, existe probabilidad de que se maneje inadecuadamente el caso.

h) La mayoría de los hombres que maltratan a sus esposas es porque son dominantes y violentos por naturaleza

Nuevamente sólo dos médicos de familia encuestadas consideran falso el planteamiento, logrando reconocer el mito. En contraposición un alto número de médicos de familia encuestadas consideran verdadero el planteamiento, no logrando reconocer el mito y poniendo en evidencia el desconocimiento del origen de los comportamientos violentos, los cuales son aprendidos en edades tempranas dentro de la familia como primer espacio de socialización y luego en la escuela, la comunidad, los medios de comunicación, etc, por la llamada socialización de género, respondiendo a los estereotipos que se le asignan a los hombres como expresión de su masculinidad lo que dificulta y obstaculiza la prevención de este tipo de comportamientos, además este hecho favorece que se conciba la violencia como algo natural y no aprendido. (Silva, 2005) Dos médicos de familia alegaron no saber.

a) La mujer que teniendo independencia económica soporta el maltrato en la relación conyugal es porque es especialmente débil e insegura.

Sólo 2 médicos de familia encuestadas consideran falso este planteamiento, siendo capaces de reconocer el mito. En cambio la mayoría de las médicos de familia encuestadas, exactamente 16 consideran verdadero el planteamiento no logrando reconocer el mito y poniendo de manifiesto el profundo desconocimiento de la complejidad del fenómeno y de las múltiples causas que hacen que la mujer se mantenga en la relación como son el miedo, la influencia y la complicidad inconsciente de la familia y de la iglesia como agentes socializadores que la animan a permanecer con el abusador, la codependencia, las amenazas de más violencia o de muerte, o de llevarse a los hijos, el gradual deterioro de la autoestima, la ineficiencia del sistema policial y judicial y el papel que juega la indefensión aprendida como actitud que paraliza el intento de buscar ayuda o nuevas soluciones.

k) En cualquier sociedad del mundo, incluida la nuestra, la mujer por el solo hecho de serlo, se encuentra en desventaja en la relación de pareja.

Sólo 2 médicos de familia encuestadas consideran verdadero el planteamiento, siendo capaces de reconocer el mito, mientras que un alto número de médicos de familia, específicamente 16 consideran verdadero el planteamiento, no siendo capaces de reconocer

que solo por pertenecer al sexo femenino, esto constituye un factor de riesgo para que la mujer sea víctima de la violencia en cualquiera de sus manifestaciones y que ésta es la principal causa de su situación, y condición actual en la sociedad patriarcal en la que vivimos, en la cual ocupa una posición de subordinación, estando sometida a la sobrecarga doméstica por realizar doble jornada de trabajo al emplearse o trabajar en el ámbito público y teniendo que limitarse en el acceso a puestos de trabajo mejores por las responsabilidades que le asigna el género con respecto a las labores domésticas y el cuidado de los hijos.

### **Conclusiones**

Con respecto a las intenciones conductuales referidas al hecho de involucrarse o no en una situación donde se esté violentando una mujer, la tendencia fue a involucrarse solo si se trataba de un familiar, con opiniones divididas en partes iguales asumieron que se involucraban si era una paciente y no así, si las mujeres eran una amiga, una vecina, una compañera de trabajo o estudio y una desconocida en un sitio público, lo cual es reflejo de que se considera el espacio matrimonial como un espacio privado que solo atañe a sus miembros la resolución de lo que ocurra en su interior.

Si constatamos esta información con la que nos aporta la técnica de los mitos, donde se reflejó que todas las médicas de familia encuestadas respondieron que es falso el hecho de que la violencia contra la mujer es una problemática que solo atañe a la pareja resolverla, entonces concluimos que asumen que en esta solución se deben implicar las instituciones y no ellas como mujeres ni como la institución que como médicas de familia representan. Lo anterior evidencia que si bien hay una comprensión de la necesidad de que todas las instituciones se involucren en la lucha contra la violencia hacia la mujer, existe una falta de compromiso personal con el enfrentamiento ante el acto violento hacia la mujer.

Con relación a los mitos sobre la violencia de género contra la mujer, ninguna médica de familia identificó todos los mitos, es decir que todas portan al menos 4 mitos sobre el tema. Se identificaron con mayor facilidad los mitos relacionados con que la violencia es un problema que compete a múltiples instituciones y con las circunstancias en que ocurre el acto, sin embargo se muestra desconocimiento en la identificación de las causas que provocan el fenómeno y por tanto de las características esenciales del mismo.

Los resultados obtenidos en esta exploración evidencian la necesidad de trabajar en la formación y capacitación del médico de la familia en temas relacionados con la violencia contra la mujer para que desde su posición realmente pueda ser un agente que favorezca la ayuda ante estos casos.

## **Bibliografía.**

Ferreira, G. (2000). Las mujeres que sufren malos tratos: aportaciones desde la investigación del proceso de violencia: En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género ( pp29-44 ). Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

García C. (2000) Las actuaciones de los Organismos Internacionales contra la violencia hacia las mujeres: Organización Mundial de la Salud. En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género (pp15-28).Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Gómez, L. (2000). La violencia en el ámbito privado, un asunto público: En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género (pp29-44). Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Lagarde, M. (1994). La regulación social del género: El género como filtro de poder (pp389-426). M. A. Porrúa (Grupo Editorial). Antología de la sexualidad humana t. I. México: Editorial CONAPO.

Lorente, M. (2000). Consecuencias y características de la agresiones a las mujeres. Aspectos médicos forenses: En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género (pp55-66). Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Martínez, C. (2000). La atención sanitaria a las mujeres víctimas de violencia. En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género (pp83-91). Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Plan de Estudio Carrera de Medicina. Titulación: Médico General Básico. Material en soporte magnético. 2008.

Profili, O. (2000). Campaña europea contra la violencia hacia las mujeres. En T. Jiménez (Directora), Ponencias: Foro Andaluz contra la Violencia de Género (pp67-74). Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Silva, P. (2005). Violencia interfamiliar (pp66-84). En Fuentes, M., Vasallo, N., Álvarez, L. I. Pañellas, D. (comp), Psicología Social II Parte 3. Selección de Lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela.

## **Anexo 1**

### **Doctor (a):**

Nos encontramos realizando un estudio sobre la temática de la violencia contra la mujer y el médico de familia para lo cual nos resultaría muy útil su colaboración. Necesitamos de su sinceridad y que comparta con nosotros cualquier duda que le surja durante el llenado de la misma. La encuesta es totalmente anónima y se cuidará la confidencialidad de la misma. Muchas gracias.

1- Diga en cada caso si considera adecuado o no involucrarse sin que le hayan pedido ayuda en una relación donde exista un maltrato evidente contra la mujer si la pareja son:

Si.      No.

\_\_\_      \_\_\_      Sus padres.

\_\_\_      \_\_\_      Su madre y su padrastro.

- \_\_\_ \_\_\_ Su hija y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Su hermana y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Una amiga y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Una paciente y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Una vecina y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Una compañera de trabajo o estudio y su pareja.
- \_\_\_ \_\_\_ Una desconocida en un sitio público y su pareja.

2- De los siguientes planteamientos diga si los considera verdaderos (V), falsos (F) o no sabes (N.S).

- a) \_\_\_ La mujer que teniendo independencia económica soporta el maltrato en la relación conyugal es porque es especialmente débil e insegura.
- b) \_\_\_ El nivel de escolaridad, la edad, la clase social, el área laboral o la solvencia económica que presente la mujer, no impiden que pueda ser maltratada de forma mantenida en la relación conyugal.
- c) \_\_\_ Por lo general, cuando un hombre maltrata y humilla su esposa con frecuencia es porque posee trastornos emocionales que no le permiten contenerse.
- d) \_\_\_ Cuando la mujer pertenece a una familia de personas intelectuales, con preparación académica y poseen buenas condiciones económicas tiene muy pocas probabilidades de ser maltratada.
- e) \_\_\_ A veces las mujeres se conducen de tal manera que se justifica el maltrato por parte del hombre.
- f) \_\_\_ La causas de la violencia contra la mujer en la relación conyugal se deben principalmente a los problemas de comunicación en la pareja.
- g) \_\_\_ La mayoría de los actos violentos hacia la mujer son cometidos por extraños.

h) \_\_\_ La mayoría de los hombres que maltratan a sus esposas es porque son dominantes y violentos por naturaleza.

i) \_\_\_ En Cuba no constituye un problema la violencia contra la mujer.

j) \_\_\_ La violencia en la pareja es un asunto privado que solo le corresponde a ellos su solución.

k) \_\_\_ En cualquier sociedad del mundo, incluida la nuestra, la mujer por el solo hecho de serlo, se encuentra en desventaja en la relación de pareja.