

Una mirada al abordaje asistencial a mujeres víctimas de violencia doméstica

Dras. Lorena Quintana, José Otegui

Unidad Docente Asistencial Apex-Cerro

El ejercicio desde hace una década como médicas de familia y comunidad en la zona oeste de Montevideo, en los barrios del Cerro y La Teja, tiñe al mismo de características propias. En el trabajo diario, en el contacto con algunos usuarios y sus familias, surgen realidades donde se visualiza el impacto de la violencia doméstica.

“*Me duele la cabeza*”, dice Rosario, de 27 años, peruana. “*Mi marido me pegó contra unos estantes, pero no debe ser eso... creo es porque los niños que cuidan todo el día*”.

Nancy, de 46 años, madre de cinco hijos, creyente que asiste a iglesia, concurre en varias oportunidades a la consulta con severos estigmas de traumatismos en cara, pero solo viene a repetir su medicamento antihipertensivo.

A Paula, de 31 años, madre de tres hijos, la trae el patrullero a la consulta. Estaba generando disturbios en la seccional, solicitando a gritos y llanto que soltaran a su marido, quien estaba retenido por denuncia de violencia doméstica, que ella misma realizó.

¿Cómo entender esto? ¿Por qué estas mujeres no cambian su situación? ¿Cómo actuar? ¿Qué decir? ¿En qué basar las acciones médicas? ¿Puede ser que se genere iatrogenia al actuar?

Estas son algunas de las muchas preguntas que, en el intento de corresponder efectivamente a las expectativas de los usuarios, se plantean a diario.

Algunas veces, como en la fábula de la zorra y las uvas amargas, los sujetos se adaptan a las situaciones cambiando sus deseos antes que sus creencias (Elster, 1988). La frustración que se genera al desear algo que no se puede obtener termina propiciando una adaptación de toda aspiración o preferencia de la persona a las condiciones que se tienen. Como consecuencia, el estado actual es percibido como un buen resultado y, por lo tanto, se congela todo deseo de modificarlo. Este proceso de

adaptación ha sido denominado por Jon Elster preferencias adaptativas. En una oportunidad, una paciente a quien se quería persuadir de salir de la situación de violencia, contesta: “*No doctora, no... estoy bien con él, peor estaría sin él*”.

Según Elster, deben entenderse como cambios inconscientes de preferencias en las personas que se generan en contextos que restringen las posibilidades de satisfacer voliciones. La idea se sostiene en que si una persona se encuentra en una situación sin ninguna posibilidad de satisfacción de sus deseos, esto podrá disminuir la frustración experimentada a través de un mecanismo psíquico consciente y voluntario llamado planificación del carácter, o por medio de un mecanismo inconsciente y causa llamado preferencia adaptativa.

Las preferencias adaptativas se generan como consecuencia de un proceso de adaptación que reduce la frustración generada al desear aquello que no se puede alcanzar. ¿Cómo surge esta frustración? ¿Qué la genera? ¿Se puede generar en una consulta? Surge como consecuencia de experimentar una disonancia cognitiva. Al preguntarle a Nancy por qué no se alejaba de la situación de violencia que vivía, la que era evidente por el tipo de lesiones, y que se reiteraban en varias consultas, dice: “*Dios me dé paciencia y fuerza para soportar esto porque a Dios no le gusta el divorcio*”. ¿Cuántas pacientes se molestan cuando el médico plantea el tema en una consulta?, o lo que es peor, ¿cuántas, al intentar intervenir, dejan de concurrir a la consulta?

Festinger (1957) plantea que al generarse esa disonancia el individuo se ve motivado a reducir la tensión hasta lograr que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen, construyendo una nueva lógica interna. ¿Qué sucede cuando se presenta tal tensión? El sujeto se esfuerza en generar ideas y creencias nuevas que encajen entre sí de manera que resulten coherentes. Construye su pro-

pia realidad con la intención de reducir ese malestar. Un niño en la consulta, proveniente de una familia disfuncional por violencia doméstica, dice: *“Mi papá tiró mi play contra el piso... pero igual no importa porque no se rompió”*. En consulta con Rosario: *“¿Cómo que tu marido te pegó contra unos estantes? Esa podría ser la causa de tu dolor de cabeza”*. *“No, doctora. Es que los niños gritaban y yo no los podía hacer callar (...) es como le dije, son los niños que gritan todo el día la causa de mi dolor”*.

Quizá Rosario justifica la conducta agresiva como mecanismo para reducir la disonancia.

Se puede plantear que ciertos pensamientos, emociones o conductas entran en contradicción con la psiquis y eso es frecuente y normal. Tienden a reducir la tensión de alguna manera. En esa reducción muchas veces se toman argumentos irracionales, se usan mecanismos de negación buscando alivio temporario de la tensión, pero no soluciones al problema.

¿Cómo actuar como médica tratante? ¿Habría que ayudar a buscar la mejor y más duradera opción? ¿La que más beneficie en el tiempo, aunque sea la que implique un esfuerzo mayor?

Como se puede ver en estas pacientes, la adaptación es un proceso causal que se da en forma no consciente, a diferencia de lo que sería la planificación del carácter.

Esta última sería otro tipo de adaptación, pero de carácter consciente y voluntario, ya que las personas ajustan intencionalmente los deseos a las reales condiciones que se tienen. En este último caso la autonomía se encuentra en su pleno ejercicio.

Por el contrario, podemos afirmar que la persona que desarrolla preferencias adaptativas es menos autónoma o su autonomía se encuentra restringida.

La idea moderna de autonomía surge esencialmente con Kant y da a entender la capacidad del individuo de comportarse por una norma que él aprueba como tal, sin coerción externa. Esta capacidad básica del ser humano es la base del derecho a ser respetado en las decisiones que un individuo toma sobre sí mismo sin perjudicar a los demás.

Un individuo con autonomía actúa libremente según su plan escogido, en cambio, la persona sin autonomía es controlada por otros o es incapaz de reflexionar y ac-

tuar según sus propios planes o deseos. La carencia de autonomía se asemeja al de alienación, en el sentido psicoanalítico de que el individuo sustituye la realidad vivida por el discurso y el deseo de otro.

Uno de los cuatro principios de la bioética, columna vertebral de la ética médica, definidos por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, es el principio de autonomía.

El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etcétera).

Entonces, ¿es acertado plantear que una paciente víctima de violencia doméstica se encuentra con su autonomía disminuida? ¿La violencia vivida y naturalizada generará un “estado de conciencia pseudovegetativa” en relación con la alienación del deseo? ¿Desde dónde intervenir al asistir a Rosario, a Nancy o a Paula? Tal vez una estrategia posible sea iniciar un proceso de análisis en conjunto de los valores, conductas y normas, sean estos explícitos o implícitos, buscando, sin generar disonancia cognitiva, estimular el desarrollo de la autonomía de estas pacientes.

Pero ha arribado el tiempo en que el médico que se desempeña en el Primer Nivel de Atención tome el desafío de convertirse en el acompañante cauto y atento de su paciente en el proceso de la adquisición de su propia autonomía.

Bibliografía

1. **Sen AK.** Capacidad y bienestar. En: Nusbaum MC, Sen AK, comps. La calidad de vida. México: Fondo de Cultura Económica, 1998:54-83.
2. **Elster J.** Uvas amargas: sobre la subversión de la racionalidad. Barcelona: Edicions 62, 1988.
3. **Festinger L.** Teoría de la disonancia cognitiva. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1975.
4. **Kant I.** Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Barcelona: Ariel, 1999.
5. **Galego Carrillo V.** Autonomía personal y afrontamiento en mujeres en situación de maltrato. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.