



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Mujeres con vidas rotas: lo que la agresión sexual esconde

Etnografía en una consulta de salud mental en Barcelona

Ester Roda Guillén

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



Tesis de doctorado

Mujeres con vidas rotas: lo que la agresión sexual esconde.

Etnografía en una consulta de salud mental en Barcelona

Doctoranda: Ester Roda Guillén

Directores: Cristina Larrea Killinger y Ángel Martínez-Hernández

Tutora: Cristina Larrea Killinger

Universitat de Barcelona

Facultat de Geografia i Història

Programa de Doctorat Societat i Cultura: Història, Antropologia, Art,
Patrimoni i Gestió Cultural

Departament d'Antropologia Social

Septiembre, 2016



Tesis de doctorado

Mujeres con vidas rotas: lo que la agresión sexual esconde.

Etnografía en una consulta de salud mental en Barcelona

Doctoranda: Ester Roda Guillén

Directores: Cristina Larrea Killinger y Ángel Martínez-Hernández

Tutora: Cristina Larrea Killinger

Universitat de Barcelona

Facultat de Geografia i Història

Programa de Doctorat Societat i Cultura: Història, Antropologia, Art,

Patrimoni i Gestió Cultural

Departament d'Antropologia Social

Septiembre, 2016

A mis hijos. Así, sin más.

Índice

| | |
|--|------------|
| Resumen | i |
| Abstract | iii |
| Agradecimientos | v |
| Presentación | 1 |
| Capítulo 1. La arquitectura del conocimiento | 3 |
| 1.1 Contextualización de la agresión sexual..... | 3 |
| 1.2 La elaboración de la tesis..... | 5 |
| a) ¿Cómo surge la idea?..... | 7 |
| b) ¿Qué pretendo?..... | 8 |
| c) ¿Cómo consigo? | 9 |
| d) ¿Cómo propongo? | 12 |
| e) ¿Cómo se relacionan?..... | 12 |
| 1.3 Objetivos e hipótesis..... | 14 |
| 1.4 Método y técnicas | 16 |
| 1.5 Algunas reflexiones de partida | 22 |
| 1.6 Consideraciones teóricas | 26 |
| Capítulo 2. Contexto etnográfico | 34 |
| 2.1 Sanidad catalana: un proyecto político..... | 34 |
| 2.1.1 Servei Català de la Salut..... | 37 |
| 2.1.2 Asistencia sanitaria en salud mental y responsabilidad profesional..... | 39 |
| 2.2 La violencia y su concepción..... | 43 |
| 2.3 En torno a las leyes que regulan los delitos sexuales | 45 |
| 2.4 Centre de Salut Mental d'Adults de l'Esquerra de l'Eixample (CSMAEE) y la Consulta Externa de Psiquiatria (CE)..... | 50 |
| 2.4.1 Descripción física | 50 |
| 2.4.2 Función dentro de la Xarxa de Salut | 52 |
| 2.4.2.1 Distribución territorial CSMAEE y criterio de derivación..... | 54 |
| 2.4.2.2 Distribución territorial de la CE y criterio de derivación | 55 |
| 2.4.3 Organización interna del centro..... | 57 |
| Capítulo 3. La agresión sexual: una mirada bajo dos prismas | 59 |
| 3.1 Modelo de atención a las mujeres víctimas de agresión sexual en Barcelona | 59 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.1 Protocolo de atención a las mujeres víctimas de agresión sexual en Urgències Hospital Clínic i Provincial de Barcelona | 59 |
| 3.1.2 Circuito “Barcelona contra la violencia hacia las mujeres” | 61 |
| 3.1.3 Modelo de atención en el Programa AGRESX-TEPT: los dispositivos de atención en visita individual y en terapia grupal | 63 |
| 3.1.4 ¿Se medicaliza la agresión sexual?..... | 66 |
| 3.1.4.1 Procedencia de los términos utilizados: la definición..... | 74 |
| 3.1.4.2 El centro de salud, ¿lugar adecuado para acudir tras la agresión?.. | 76 |
| 3.1.4.3 Sobre la conceptualización de la agresión sexual..... | 83 |
| 3.2 La categorización: un camino hacia la comprensión..... | 92 |
| 3.2.1 La agresión sexual y la enfermedad mental..... | 92 |
| 3.2.1.1 La enfermedad mental como construcción social..... | 92 |
| 3.2.1.2 Tener o no una enfermedad mental | 109 |
| 3.2.1.3 Uso de los términos enfermedad, salud y víctima | 114 |
| 3.2.1.4 Sobre la clasificación del agresor y la enfermedad mental..... | 127 |
| 3.2.2 La agresión sexual y sus dimensiones | 131 |
| 3.2.2.1 El no-consentimiento | 131 |
| 3.2.2.2 La atribución de significado de la agresión sexual..... | 142 |
| 3.2.2.3 Sexualidad y agresión sexual..... | 164 |
| 3.2.2.4 La agresión sexual y el aspecto legal: denuncia y juicio..... | 175 |
| Capítulo 4. La especificidad de la interacción paciente-equipo asistencial..... | 183 |
| 4.1 La construcción de la relación: una realidad en clave de confianza..... | 183 |
| 4.2 La confianza y sus definiciones..... | 201 |
| 4.3 La confianza como intersección entre el sistema experto y la experiencia humana | 210 |
| 4.3.1 La comprensión empática y la intersubjetividad | 210 |
| 4.3.2 Un camino compartido: responsabilidad y el proceso de «negociación» | 226 |
| 4.3.3 El intercambio recíproco como sustrato | 237 |
| Capítulo 5. De la interacción en la terapia grupal..... | 251 |
| 5.1 El grupo de terapia en busca de sentido: el proceso intragrupal | 252 |
| 5.2 La reconstrucción de vidas rotas: un proceso por fases..... | 263 |
| 5.3 La interacción personal como fuente de conflicto..... | 272 |
| 5.4 La protección y las relaciones materno-filiales | 279 |

| | |
|---|------------|
| 5.5 La construcción y deconstrucción del poder masculino..... | 290 |
| Conclusiones..... | 301 |
| Bibliografía..... | 307 |
| Anexos..... | 319 |
| Anexo 1 | 321 |
| Anexo 2 | 323 |
| Anexo 3 | 325 |

Resumen

Introducción: La agresión sexual es un acto de violencia, está tipificada como un delito y su origen se halla en una estructura social basada en la noción de dominación masculina. La Asamblea Mundial de la Salud, en 1996, declaró la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. Con esta premisa, junto a una serie de estrategias de coordinación entre las instituciones y servicios públicos, como el sanitario, el social, el policial, el educativo y el judicial, se pretende el abordaje de la violencia de género en Barcelona. El resultado de tal estrategia es la centralización de la asistencia sanitaria a mujeres que han sufrido una agresión sexual en un hospital concreto de dicha ciudad, de forma urgente y ambulatoria. Todo ello lleva a la comprensión de la agresión sexual como fenómeno social, y como tal, susceptible de ser analizado desde la perspectiva antropológica.

Objetivos: Pretendemos establecer si se produce un proceso de medicalización de la agresión sexual por el hecho de atender en un centro de salud (mental) a mujeres que han sido agredidas sexualmente, indagar en la conceptualización de las informantes sobre la agresión sexual y determinar si el tipo de relación profesional-paciente, entendida como una forma de interacción social, tiene repercusiones morales, emocionales y/o terapéuticas en las mujeres.

Metodología: hemos utilizado una metodología cualitativa, principalmente la observación etnográfica, la observación participante, la observación enfocada dentro de la consulta individual y en la terapia grupal y la realización de entrevistas en profundidad a pacientes y profesionales. La toma de notas de campo y el uso de grabadora para las entrevistas en profundidad han dado soporte a la observación.

Resultados: se establece un proceso de medicalización de la agresión sexual a través de los dispositivos asistenciales de salud. Simultáneamente, se produce un grado de medicalización/desmedicalización a nivel de la interacción profesional-paciente definido por una doble conceptualización de la agresión, un problema social y de salud, y de la noción en la que basan su relación, la confianza, entendida como una intersección entre el tipo de confianza propia de los sistemas expertos y de la relación entre individuos. Esta forma de interacción contribuye a la reasignación de la culpa desde las mujeres víctimas de agresión sexual a los agresores. Finalmente, y en relación

a la conceptualización de las mujeres sobre la agresión, destaca la relevancia de la sexualidad en su identidad. Su invasión supone una rotura de sus vidas.

Palabras clave

Etnografía, agresión sexual, violencia estructural, medicalización, relación profesional-paciente, confianza.

Abstract

Introduction: Sexual assault is an act of violence and it is typified as a crime. The roots of this form of violence can be tracked back to a social structure which is based on masculine domination. In 1996, the World Health Assembly declared violence as one of the main public health problems worldwide. Based on that premise, a whole range of coordination strategies have been implemented in Barcelona between several institutions from the health, social, police, education and judicial services. As a result, women who have suffered any form of sexual assault can be attended to in a centralized way from a single hospital, both in the emergency and outpatient services. The above described strategy leads to an understanding of sexual assault as a social phenomenon which is, as such, susceptible to be analysed from an anthropological perspective.

Objectives: This thesis has three main aims. First, it seeks to discern whether sexual assault is being medicalized or not, as women are being visited in a mental health centre. Second, it aims to find a deeper understanding of the women's own conceptualisations of the assault. Third, it looks at the moral, emotional and/or therapeutic outcomes of the professional-patient relationship, which is understood as a form of social interaction.

Methodology: In order to achieve the research aims, a qualitative approach has been used, based on ethnographic and participant observation during both the patients' individual consultations and in their group therapy sessions. Furthermore, the conduction of in-depth interviews with patients and professionals has been undertaken. Extensive note-taking during the fieldwork period and the use of a tape-recorder for the in-depth interviews have been crucial to support the observations.

Results: A medicalization process of the sexual assault has been established through the healthcare delivery facilities. Concurrently, there is a degree of medicalization/demmedicalization at the level of the professional-patient interaction. This is defined by a double conceptualisation of the assault as both a social and health problem, as well as by the notion of trust, on which the professional-patient interaction is based. Trust in this setting is understood to be an intersection between the type of trust of the expert systems and that which belongs to the relationship between individuals. This particular form of interaction contributes to the re-assignment of the guilt from the victims of the assault towards its perpetrators. Finally, and related to the women's

conceptualisation of the assault, the significance of sexuality in their identity becomes crucial. The invasion of this area, therefore, means a rupture of their lives.

Key Words

Ethnography, sexual assault, structural violence, medicalization, professional-patient relationship, trust.

Agradecimientos

La elaboración de una tesis no es el resultado del esfuerzo individual, sino de la suma de las contribuciones de muchas personas. Este trabajo no hubiera tenido lugar sin la aportación de las mujeres que, cada una por sus motivaciones individuales, decidieron participar. Por ello, mi primer agradecimiento está dirigido a ellas, a las principales protagonistas de este ejercicio continuo de reflexión y análisis. De ellas he aprendido el significado de la lucha, de la superación, de la ayuda y de la sonrisa compartida tras un duro camino de sufrimiento. Su esperanza al colaborar, aliviar el de otras mujeres, queda aquí recogida. Quiero expresar mi reconocimiento a las profesionales que las asistieron y acompañaron, por compartir las inquietudes personales que las llevan a hacer de su trabajo un arte. Asimismo, pretendo dejar constancia de la colaboración de la institución hospitalaria donde tuvo lugar la investigación, por haber permitido llevarla a cabo, y, específicamente, a las personas que lo hicieron posible.

Sin lugar a dudas, han resultado imprescindibles las contribuciones de mis directores de tesis, Cristina Larrea y Ángel Martínez-Hernández, quienes, con sus reflexiones, críticas constructivas y consejos, han posibilitado el crecimiento intelectual necesario para llevar a buen puerto este proyecto personal. Sus sabias palabras evitaron, en más de una ocasión, que perdiera el rumbo. Expresar de este modo mi reconocimiento queda lejos de condensar lo que significa que creyeran en mí. Gracias a ellos, he conseguido poner orden en las ideas que, atropelladamente, se iban gestando desde el inicio del trabajo.

A mis compañeras de doctorado, Susana Marcos y Pilar Cañabate, quienes han sido un verdadero pilar. Las discusiones conceptuales que mantuvimos y su ayuda desinteresada han sido una más que grata compañía. Asimismo, extender mi gratitud a Daniel González, cuya preocupación por la calidad literaria de esta tesis ha sido más que bien recibida.

A mi familia, por estar ahí en los momentos más duros. A mis padres, quienes nos inculcaron a mis hermanos y a mí el valor del estudio, de la crítica y del no conformismo. A mis hijos, a quienes tengo la satisfacción de poder contemplar como las maravillosas personas que ya son.

Por último, y no por ello menos importante, quiero agradecer el apoyo incondicional y constante de Christina Bordanove, Christian Ramos, Lourdes Vidal y Marta Joaquin. Su soporte ha resultado imprescindible cuando las fuerzas flaquearon. A Emma, M. Carmen, Gemma y Mercè, con las que comparto ya más de tres décadas de amistad. Todas comprendieron la importancia de este trabajo y tuvieron la paciencia de esperar.

Presentación

“No le pongo más de veintidós años. Y..., bueno..., pues nada, bueno, pues eso, me tiró al sofá”. “¿Que dónde está la maneta? ¿Que dónde está no sé qué?”. Y *caro*, empezó a coger el móvil, el Ipad, la cámara de fotografía, de Reflex, que tengo y un montón de cosas. Bueno, que se lleve lo que le dé la gana, si es que me da igual. Y de pronto me dice: “Quítate los pantalones, la camiseta y la parte de arriba”. Y yo: “Que tengo frío”. “Que te la quites te he dicho, te mato”. Y todo el rato: “Que vengo de la cárcel, que he estado siete años y no me importa volver, así que... que te quites la ropa”. Pensaba «quiere cambiarse de ropa» [se sonríe irónicamente]. Se habrá mojado porque estaba lloviendo y quiere llevarse ropa. *Caro*, yo estaba en mi casa, yo me puse unos bombachos, una camiseta de estar por casa y no llevaba ni sujetador ni nada. Me acababa de levantar y llevaba una sudadera para bajar. Me hizo quitarme la ropa y, claro, yo estaba así [se tapa el pecho] para que no viera el pecho. “Que tengo mucho frío, que tengo mucho frío”. Y élll..., “quiero que baje”. Me diceeee: “Baja las manos que quiero verte el pecho”. Y le dije: “Que tengo frío, que no quiero”. “Que te he dicho que bajas las manos que quiero verte el pecho”.

El ademán de Afrodita mientras relataba cómo se iniciaron los acontecimientos la mañana de un día festivo fue marmóreo. Su semblante se mantuvo sereno. Las palabras brotaban una tras otra fluida y ordenadamente, pero algo permaneció en todo momento ajena a ella; la claridad meridiana con la que expresó la barbarie vivida recordaba al modo en que una sintetiza una película o un sueño. Sin embargo, el estoicismo impreso en su relato no consiguió ocultar el profundo sufrimiento que revestía cada una de las escenas mentales guardadas en su memoria. A pesar de ello, una voluntad férrea de continuar la guió. Proseguir con su narrativa y, sobre todo, con su vida fue su modo de luchar contra la violencia que la golpeó.

El título que da comienzo a este trabajo de investigación, mujeres con sus vidas rotas por sufrir una agresión sexual y la búsqueda de ayuda en un centro de salud mental, pretende materializar la confluencia de tres fenómenos: la vivencia personal de Afrodita y sus compañeras, el acto de violencia y la forma de dar respuesta al malestar generado. Además, trata de condensar el contenido de las cuestiones analizadas y de ser el hilo conductor de este trabajo de investigación. Por una parte, la atención de mujeres que han sufrido una agresión sexual en el ámbito sanitario es contemplada como un proceso de medicalización de la violencia sexual. Por otra, la praxis local de interacción profesional-paciente es considerada como un modo específico de interactuar en el contexto de la biomedicina: la experiencia vivida de las mujeres respecto a la agresión

ocupa un lugar central y las creencias de las implicadas son un elemento que define la relación.

La principal motivación de este estudio es generar conocimiento antropológico. Sin embargo, la comprensión de un fenómeno sociocultural, cuya base estructural propicia la continua reproducción de esta forma de violencia, supone un mero ejercicio analítico si no va seguido de una deconstrucción conceptual que, quizá, supondría la finalización de dicha práctica. Siendo ese un objetivo de largo alcance, las mujeres y las profesionales mostraron la relación entre hombres y mujeres basada en el respeto como una clave para iniciar dicha deconstrucción.

Capítulo 1. La arquitectura del conocimiento

1.1 Contextualización de la agresión sexual

La agresión sexual es un fenómeno social presente en la historia de la humanidad que representa un acto de violencia contra la persona que es objeto de tal acto (Brownmiller, 1975; Vigarello, 1998). Se trata de un hecho que está dirigido de forma mayoritaria contra las mujeres (OPS, 2002), situación que lleva a su comprensión como una forma de violencia estructural (Galtung, 1969; Farmer, 1997, 2003; Imbusch, 2003), y está basado en la noción de dominación masculina mediante un entramado simbólico que sustenta la diferencia entre hombres y mujeres (Bourdieu, 2000). Cuando se hace uso de la violencia para llevar a cabo la dominación masculina, esta se transforma en violencia masculina (Alberdi y Matas, 2002). Este tipo de agresión deja expuesta a la mujer a una mayor vulnerabilidad social a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) dada la vinculación del fenómeno con la violencia estructural y, además, a la culpabilización de la víctima (Castro y Farmer, 2003). La agresión sexual, así como otras formas de violencia sexual, ha sido tipificada como delito bajo diferentes nombres a lo largo del tiempo y, en el actual sistema penal, está incluida en los delitos contra la libertad sexual (Código Penal, 1995).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia sexual como

todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (OPS, 2013:2).

La información de la prevalencia de la violencia sexual procede de encuestas basadas en la población, informes policiales, estudios de entornos clínicos y organizaciones no gubernamentales, aunque se estima que en esos entornos solo se notifica una parte de los casos (OPS, 2013). Una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, hasta una tercera parte de las adolescentes han sido forzadas sexualmente, cientos de miles de mujeres y niñas de todo el mundo son compradas y vendidas cada año con destino a la prostitución o la

esclavitud sexual o se ven sometidas a abusos sexuales en el hogar, escuelas, lugares de trabajo y entornos sanitarios y de atención a refugiados (OPS, 2002).

Miles de agresiones sexuales tienen lugar en España anualmente. De hecho, seis mil novecientas cincuenta y una mujeres sufrieron algún tipo de agresión contra su libertad sexual en el año 2014 (IMIO, 2014) y solo en Cataluña fueron denunciadas ese mismo año seiscientos sesenta y cinco agresiones sexuales (Gencat, 2014). En 2015 esas cifras incrementaron hasta setecientos sesenta y siete agresiones sexuales y setecientos dieciséis abusos sexuales¹ (Gencat, 2015). Centrando la atención en la ciudad de Barcelona, más de doscientas mujeres acuden al Hospital Clínic Provincial de Barcelona (HCPB) después de sufrir algún tipo de agresión sexual (HCPB, 2012).

En 1994 el HCPB, como entidad sanitaria, firmó el “Protocolo básico de actuación en delitos contra la libertad sexual” con la fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, los médicos forenses, la Jefatura de Policía de Barcelona y la Brigada de Protección a la Víctima de los Mossos d’Esquadra (HCPB, 2012). Mediante este acuerdo se centralizaba la asistencia urgente de las mujeres agredidas sexualmente en la ciudad de Barcelona en el Servei d’Urgències del HCPB, donde acudían los equipos profesionales necesarios para su atención, entre los que se incluyen agentes de policía, médicos forenses y personal sanitario. Posteriormente, se ofrecía a la mujer la posibilidad de ser atendida en el Programa d’intervenció precoç i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d’una agressió sexual (Programa AGRESX-TEPT), el cual está incluido en el Servicio de Psiquiatría del HCPB.

Por otra parte, la política sanitaria catalana define los organismos responsables de la atención sanitaria a la población, concreta el modelo sanitario que se ha de seguir y proporciona los recursos que considera necesarios para dicha atención. El modelo sanitario catalán, y, en concreto, a lo que a salud mental se refiere, clasifica los centros asistenciales en diferentes niveles de atención (atención primaria, especializada y de tercer nivel) y su máxima es la vinculación del individuo con su medio social el mayor tiempo posible. Para ello, el Servei Català de la Salut, CatSalut, que integra en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios de Cataluña, sean o no de

¹ Las agresiones sexuales y los abusos sexuales suponen respectivamente el uno por ciento de los delitos contra las personas en Cataluña en el año 2015 (Gencat, 2015). En el año anterior, según los datos publicados, esa diferenciación no quedaba establecida (Gencat, 2014). El homicidio o intento de homicidio, las lesiones, las amenazas, el maltrato y la violencia física y psíquica en el ámbito de la familia, las coacciones y otras formas de delitos contra las personas suponen el total de la clasificación de los delitos cometidos contra las personas físicas.

titularidad pública, se estructura de forma desconcentrada a través de las regiones sanitarias, que se delimitan atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos y demográficos de Cataluña (CatSalut, 2016). De este modo, la persona que requiere atención en salud mental lo hace en su medio social. En cambio, las personas que son visitadas en el Programa AGRESX-TEPT proceden de cualquier área de salud de Barcelona y no solo del área de influencia del HCPB –la cual corresponde a l’Esquerra de l’Eixample– precisamente por estar concebido en el contexto del acuerdo antes citado.

1.2 La elaboración de la tesis

Esta tesis parte de la investigación presentada en el Diploma de Estudios Avanzados (DEA), realizada entre septiembre de 2007 y febrero de 2008 en El Centre de Salut Mental d’Adults de l’Esquerra de l’Eixample (CSMA) y la Consulta Externa (CE) de Psiquiatria del HCPB, cuyo objetivo fue analizar la relación entre médico y paciente en un centro de asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental de pacientes adultos y las repercusiones morales y sociales que conllevaba dicha relación. Observamos que, en esa relación, a nivel interpersonal, la toma de conciencia de los derechos y las obligaciones entre ambas partes conducían a una corresponsabilidad ante la enfermedad, la cual se materializaba en el proceso de negociación o “alianza terapéutica”. Dicho proceso estaba condicionado por la capacidad de apoyo por parte de la familia, la decisión de los pacientes y la responsabilidad legal que tenían los profesionales respecto a los pacientes. La idea de responsabilidad moral, y su vinculación con los derechos y deberes de psiquiatras y pacientes, favorecían el pacto terapéutico y sustentaban las bases de la relación. Además, concluimos que la información, la confianza y la seguridad fueron los elementos transferidos entre los pacientes y los profesionales.

Indagar en las motivaciones que me han llevado a escoger un tema de investigación acerca de mujeres que han sufrido una agresión sexual –y no otro– define la posición desde la que reflexiono y analizo, que es la de antropóloga y la de enfermera del Programa AGRESX-TEPT. Para ello, iniciaré un camino introspectivo respecto a los puntos que influyen en este proceso: a) ¿Cómo surge la idea?; b) ¿Qué pretendo?; c) ¿Cómo consigo?; d) ¿Cómo propongo?; e) ¿Cómo se relacionan?

Antes de contestar a estas preguntas, referiremos la terminología utilizada en esta tesis. En primer lugar, queremos dejar constancia de nuestro posicionamiento respecto a la norma gramatical que insta al uso del género masculino para referirse a ambos sexos, invisibilizando así al sexo femenino. A pesar de la simbología implícita, la cual hace referencia a la dominación masculina (Bourdieu, 2000), hemos finalmente reproducir dicho uso por una cuestión meramente práctica. Por una parte, la norma gramatical vigente censura el desdoblamiento de género. Por otra, recurrir al mencionado desdoblamiento genera una tediosa lectura. Sin embargo, con esta reflexión pretendemos dar la visibilidad a la mujer que la norma gramatical excluye. Así, cuando hagamos referencia a los profesionales, los nativos, etc., nos referimos a las mujeres y a los hombres incluidos en el grupo.

En segundo lugar, utilizamos los términos “profesionales” y “pacientes” de forma genérica para explicitar los dos grandes subgrupos que constituyen la díada relativa al proceso de atención sanitaria y que, a su vez, constituyen el objeto de estudio.

Para hablar de las diferentes disciplinas dentro del primer subgrupo, nos serviremos de los términos “psiquiatría”, “enfermería”, “psicología”, y “trabajo social”; la “psiquiatra”, la “enfermera”, la “psicóloga” y la “trabajadora social” son las palabras para referirnos a cada una de las personas que ejercen estas profesiones. A pesar de que las cuatro personas que ejercen estas profesiones son mujeres, no nos referiremos a ellas como “mujeres”, a no ser que lo indiquemos de forma explícita. El motivo es que reservamos este sustantivo para señalar a las pacientes, lo cual tiene una doble finalidad: por una parte, (re)utilizar la terminología *emic*²; por otra, ubicar este trabajo en el contexto del Programa AGRESX-TEPT, que está dirigido mayormente a las mujeres, ya que son estas las que con más frecuencia son agredidas sexualmente.

Observando mi propio discurso, percibo que también me sirvo de la palabra “señoras” para referirme a las pacientes. Esto se debe a que, en primer lugar, es habitual

²Los términos *emic* y *etic* fueron tomados prestados de la distinción lingüística entre *fonémica* y *fonética*. Marvin Harris (1990), creador del materialismo cultural, aplica el término *emic* a las explicaciones que una comunidad considera válidas sobre sus actos; *etic*, a los razonamientos científicos que un observador/a externo da a esos mismos actos. Para él, las versiones *emic* y *etic* de la realidad difieren notablemente, aunque reconoce cierto grado de correspondencia entre ellas (Harris, 1990: 38- 39). Lo que pretendía haciendo esta distinción al estudiar las culturas humanas era explicitar qué punto de vista se está exponiendo: el del participante nativo o del observador.

hacerlo en la práctica clínica –por mi parte y la de mis compañeras–. En segundo lugar, porque entre las mujeres que acuden al Programa AGRESX-TEPT se da un abanico de edades entre los diecisiete y los sesenta y siete años. A las jóvenes se las llama “chicas”, a las de mediana edad, “mujeres”, y a las más mayores, “señoras”. En tercer lugar, siendo el motivo de mayor peso, por el respeto que me generan. Así, empleamos “pacientes” para referirnos a las personas que acuden al programa y como complementario a “profesionales”; “mujeres”, para hacer referencia a que estas “pacientes” pertenecen al colectivo que es mayoritariamente víctima de agresión sexual; “chicas”, “mujeres” y “señoras”, para hacer referencia a su grupo de edad.

Los nombres y los lugares que aparecerán a lo largo de esta tesis doctoral son ficticios para asegurar la privacidad de las personas participantes. Utilizamos nombres de diosas de las mitologías griega, romana y egipcia para designarlas.

Una vez hecha esta pequeña introducción, responderemos a las cinco preguntas antes referidas.

a) ¿Cómo surge la idea?

Los datos estadísticos protagonizan los estudios de investigación que se realizan en el centro sanitario en el que he centrado mi atención, y en el que trabajo como enfermera, dando lugar a conocimientos de carácter cuantitativo. En el Programa AGRESX-TEPT existe también una preocupación por dicho aspecto. Se sabe cuántas mujeres se visitan en urgencias por este motivo, cuántas acuden al CSMA, en qué contexto tuvo lugar la agresión sexual, qué sintomatología presentan y cuál es su evolución clínica, los datos sociodemográficos de las mujeres y otras muchas más informaciones que dan lugar a nuevos conocimientos.

El equipo profesional que colabora en el Programa AGRESX-TEPT está formado por dos psiquiatras, una psicóloga, una enfermera y una trabajadora social, todas ellas en dedicación a tiempo parcial, lo cual significa que deben desarrollar otras actividades en el mismo servicio. Desde diciembre 2009 hasta noviembre 2013 yo trabajaba como enfermera en dicho programa también a tiempo parcial. Durante este tiempo pude ver cómo las mujeres decidían acercarse a este servicio con sus preocupaciones, sus problemas y limitaciones, al lugar donde creían que podrían ser ayudadas. En la fusión de estos tres elementos –mujeres que han sufrido una agresión

sexual, profesionales, investigación cuantitativa–, surge en mi mente otra cuestión afín al tema pero distante epistemológicamente. La vorágine asistencial marca un ritmo de trabajo intenso cuyo objetivo es la recuperación del bienestar de las mujeres, pero, dentro de esa organizada vorágine, había algo que no acertaba a comprender. Y era conocer “realmente” el porqué o, en su defecto –puesto que esta cuestión tiene una dimensión existencial–, el cómo de lo que allí se maneja: el dolor ajeno. Es un dolor que tiene una causa muy concreta: haber sufrido una agresión sexual.

Los conocimientos clínicos son necesarios para la atención de las mujeres, pero la cuestión que corría por mi mente solamente podría obtener respuesta con la aplicación de las técnicas de investigación cualitativa que aporta la antropología. De este modo, decidí que reorientaría el objeto de investigación iniciado en el DEA –la relación entre médico y paciente con trastorno mental– y centraría la atención de dicha interacción en el contexto de la mujer que ha sido agredida sexualmente y es atendida en el centro de atención sanitaria estudiado. Pretendía conocer cómo las mujeres vivían, sentían y conceptualizaban nociones como el sufrimiento psíquico, la identidad personal y la agresión sexual tras haber sido objeto de una o varias agresiones sexuales, lo cual incluye su relación con el equipo asistencial.

Este trabajo está hecho desde el más profundo respeto a las mujeres que han sufrido una agresión sexual y, especialmente, a las que han decidido participar en este estudio compartiendo así una experiencia vital, altamente privada e íntima, y cuya intención ha sido prestar información para que ninguna mujer más tenga que sufrir la violencia en sus cuerpos.

b) ¿Qué pretendo?

El primer objetivo de esta investigación es tratar de finalizar el programa de doctorado en el que está inscrita. Pero esta afirmación, por una parte, es redundante por su obviedad, y, por otro lado, no responde realmente a la pregunta. Podía haber hecho la investigación de cualquier otro tema de mi interés y que resultara menos duro a nivel emocional. Y la verdad es que opté por esta dirección porque, a nivel personal, las cuestiones que me suscitaba la práctica clínica exigían respuesta. El motivo era para mí evidente aunque ambicioso. Quiero generar conocimiento antropológico a partir de la experiencia de las mujeres que han aceptado participar en la investigación y de las

profesionales que las atendían, tanto en la consulta individual como en la terapia grupal. Una vez obtenido el conocimiento, pretendo revertirlo en la práctica clínica si con ello apporto algo de luz en ella y hacer una posterior difusión allí donde pueda interesar.

Dado que la investigación cualitativa facilita el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptar procedimientos como el análisis del contenido y del discurso posibilita un acercamiento a las formas de comunicación y escudriñar la ideología que se oculta tras el lenguaje (Amezcuca y Gálvez, 2002).

La voz de todas ellas debe ser oída para poder reflexionar sobre un tema que tiene repercusiones, y también sobre su origen, en el ámbito social. Esta línea de pensamiento se podría incluir en el ya presentado por Nancy Scheper-Hughes (1997) sobre el papel de las personas dedicadas a la antropología para mediar y “dar voz a los otros”. Ella afirmó que se inclinaba hacia un compromiso que reclama la práctica de una etnografía «moralmente responsable» y que, como escritora de etnografías, se esforzaba por hacerlo “lo mejor posible con los recursos limitados que tenemos a nuestra disposición: nuestra habilidad para escuchar y observar de manera cuidadosa, empática y sensible” (1997:38). No pretendo la apropiación o la autoatribución de dichas cualidades, pero sí destacar la importancia que tiene en este trabajo la experiencia de aquellas mujeres que han vivido en primera persona la violencia (sexual). El compromiso al que alude la autora lo concretamos en visibilizar esa forma de violencia que sufren algunas mujeres y aportar el conocimiento para hacerle frente. Si el método etnográfico permite determinar el modo en que las personas interpretan sus experiencias vitales, esta etnografía se suma a esa perspectiva «moralmente responsable» de llevarla a cabo y contribuir a la recuperación de las mujeres que han sufrido esa violencia y, si es posible, a la deconstrucción de la violencia. Este es nuestro compromiso.

c) ¿Cómo consigo?

Si el tema seleccionado era viable por su contenido, las dificultades se presentaron en la forma de abordar el objeto de estudio y al establecer las preguntas que debían guiar todo el trabajo. Hasta el momento de la decisión de llevar a cabo esta investigación, la relación que tenía con todas las personas mencionadas era como profesional de la sanidad, ejerciendo de enfermera. El esquema mental que me permitía detectar tipos de malestares, necesidades y deseos de las pacientes, y que, en

consecuencia, me llevaba a tomar decisiones respecto a mis acciones profesionales, debía ser cambiado por otra forma de ver y de pensar totalmente diferente. Debía percibir aquello de lo que no se habla o se hace parcialmente, probablemente no por falta de interés o de voluntad, sino por cuestiones metodológicas y de objetivos de trabajo. Más exactamente, era menester alejarme del conocimiento biomédico que atribuye a la expresión del sufrimiento (moral) la categoría de «enfermedad», lo que en definitiva equivale a la comprensión de la agresión sexual como un fenómeno generador de enfermedad, para contemplar la agresión sexual como una categoría analítica por sí misma. En lugar de la comprensión de la enfermedad como un conjunto de síntomas (objetivos y subjetivos) propios de la medicina, la intención era recuperar la comprensión de la enfermedad como una realidad social, cultural y económica-política, y del síntoma como un «hecho biosocial total» cuya naturaleza simbólica condensa sufrimiento, corporalidad y emociones contextualizados en dichas realidades (Martínez-Hernández, 2014). En definitiva, se trataba de recuperar al «sujeto discursivo» del síntoma para evitar el reduccionismo epistemológico y metodológico que se centra en la enfermedad en el individuo y que le confiere la significación de entidad desligada de las relaciones sociales que producen enfermedades.

Hacer trabajo de campo etnográfico en una realidad inmediata de la cual yo formaba parte, y no haberlo hecho en un contexto lejano al lugar donde una desarrollaba su actividad laboral, conllevó unas limitaciones que resultó necesario considerar, de las cuales, la principal fue conseguir dissociar el papel de la observadora de la de enfermera. La doble función de enfermera y de antropóloga me convertía en «nativa» y en observadora de mi contexto laboral, el cual (re)elaboraba como objeto de estudio. En definitiva, mi preocupación se centraba en la relación entre observadora y observadas y en ser consciente de que la relación entre el objeto de estudio y la investigadora se produce en la esfera de lo consciente, de la práctica, y de las relaciones inconscientes, a nivel simbólico (Comelles, 1989). Mantener una distancia crítica con los acontecimientos próximos, dissociándolos de mi implicación personal, permitió desgranar la realidad de aquello que tenía lugar ante mis ojos. En definitiva, se trataba de un problema epistemológico. La distinción entre la «experiencia próxima» y la «experiencia distante» fue la formulación por la que me guíé para solucionar dicha problemática (Kohut, 1959; Geertz, 1974, 1994). Las definiciones que las informantes ofrecían acerca de lo que sentían, veían, pensaban, etcétera, debían ser recolocadas en conexión significativa con las nociones teóricas propias de la experiencia distante,

reformulándolas desde un propósito científico, descubriendo y analizando las formas simbólicas más o menos implícitas en sus discursos y comportamientos. Una visión excesivamente cercana a la experiencia próxima pierde a los etnógrafos en la confusa superficialidad de las vivencias ajenas, y una percepción celosamente distante lo hace en el conjunto de abstracciones. Una equivocada lógica nos llevaría a pensar que la experiencia distante entra en contradicción con el compromiso aludido en el apartado anterior por la cercanía que implica. Sin embargo, la experiencia distante ha permitido materializar esa implicación ya que ha sido donde la «responsabilidad moral» que ha guiado la elaboración de esta investigación ha podido procesar el sufrimiento de las mujeres. Lo contrario hubiera implicado sumirse (y sumarse) en el sufrimiento ajeno.

El salto de la mirada clínica a la etnográfica ha sido un proceso de aprendizaje que empezó en el trabajo del DEA. Ya entonces decidí realizar el trabajo de campo en un área diferente de la que era mi puesto de trabajo, o, al menos, la mayor parte. El motivo fue que resultaba harto difícil establecer de forma paralela las dos miradas. En esta ocasión, han sido varios los factores que han intervenido en el distanciamiento. Por una parte, una reestructuración en la plantilla del personal, siguiendo las medidas tomadas por el Servicio de Psiquiatría frente a la crisis económica que dominaba el país, me llevó a otro departamento de dicho servicio. Una vez allí, decidí tomar un período de excedencia laboral. Ya fuera del contexto clínico, retomé la fase del trabajo de campo, lo cual me facilitó tomar distancia del objeto de estudio y poderlo valorar en términos exclusivamente culturales. La separación física de la institución y asumir mi rol como antropóloga ante mí misma y por parte de las personas implicadas fueron dos factores relevantes para conseguir tal disociación (Comelles, 1989), aunque no los únicos. La distancia física no asegura la comprensión de un fenómeno como un objeto de estudio, sino la distancia analítica con respecto a las actividades frecuentes en la cultura observada (Comelles, 1989 Latour, 1995). Es el enfoque «etnográfico» basado en el principio de «incertidumbre», y no la idea del «exotismo» de los lugares lejanos, una de las estrategias que posibilita asumir el objeto de estudio de forma adecuada (Latour, 1995). El otro aspecto metodológico que lo permite es la técnica de observación en el trabajo de campo, la observación participante. En definitiva, la etnografía es el resultado del vaivén entre la observación, esto es, la mirada distante y el análisis, y la participación, que pone el énfasis en el papel de la experiencia vivida y elaborada por el investigador (Guber, 2004).

d) ¿Cómo propongo?

Una vez tomada la decisión, y tras haber obtenido previamente la aprobación del Comité Ètic d'Investigació Clínica del HCPB, planteé verbalmente el proyecto de investigación a la coordinadora del programa, que es una de las psiquiatras de este. Su respuesta fue breve pero contundente: “¿Qué necesitas?”. De modo que le expuse las técnicas que debía utilizar, como la observación en las visitas individuales y entrevistas en profundidad. En una segunda fase, planteé la investigación al resto de las profesionales y también les pareció oportuna. Por último, comuniqué a las pacientes la posibilidad de participar en la entrevista en profundidad durante una de las sesiones grupales, en la cual firmaron una carta de consentimiento informado. La respuesta fue en la misma dirección que las profesionales, lo cual, dicho sea de paso, me dio un empuje extra para emprender una investigación de estas características.

Un tercer momento abrió paso a la observación de la visita individual de la paciente con la profesional. En esta ocasión, había mujeres a las que no conocía puesto que habían acudido al programa durante mi período de excedencia laboral. Cada una de las profesionales le pedía permiso a la paciente respecto a si yo podía permanecer como observadora con motivo de un estudio en curso. Una vez obtenido, era invitada a entrar en la consulta. Solo dos pacientes prefirieron que no fuera así, por lo que en esos casos no realicé la observación. La forma de presentarme fue como la enfermera que estaba antes en el programa y que en ese periodo estaba realizando un trabajo de investigación sobre agresiones sexuales para una tesis doctoral en Antropología. Una vez en consulta, y hechas las presentaciones, yo le explicaba brevemente los objetivos de la investigación y comenzaba la visita, en la que tomaba notas.

e) ¿Cómo se relacionan?

Ya he mencionado que ya conocía desde mi posición de enfermera a algunas personas que han intervenido en la investigación, pero no a todas. Detectaba una predisposición a colaborar, y pensé que eso facilitaría poder expresarse libremente; pero, por otro lado, consideré que el entusiasmo podría resultar un sesgo metodológico, puesto que la participación en este estudio era voluntaria, y no pude entrevistar a todas

las mujeres que acudían al Programa AGRESX-TEPT. La verdad es que, una vez en materia, el entusiasmo dio paso a una “normalización” de mi presencia. Ya no estaba allí como enfermera, ellas tenían claro que estaba como antropóloga-enfermera, con un objetivo no clínico. Utilizo el término “normalización” porque de alguna manera sentía un prejuicio, en el sentido literal de la palabra, por pensar que con mis preguntas podría perjudicar de alguna manera a las pacientes. Pero parece que, lejos de generar alguna molestia, las mujeres estaban satisfechas con su participación, o así lo manifestaron.

En lo que se refiere a la entrevista en profundidad, tuve la oportunidad de percibir cómo todas las informantes se esforzaban en contestar a las preguntas que les formulaba. Me parece interesante reflexionar un momento sobre cómo se mostraron ante mí durante estos encuentros. El lugar de encuentro fue el CSMA y, una vez allí, la entrevista tenía lugar en un despacho con la grabadora encima de la mesa. El ambiente era distendido. Ellas estaban relajadas e iban contestando una tras otra a mis preguntas; lejos de ser una pregunta-una respuesta, el formato era mucho más el de una conversación. Las emociones estuvieron presentes. Tiempos de silencio para la reflexión, lágrimas que rodaban por las mejillas de algunas de ellas, sonrisas esbozadas y también amplias risas tras algún comentario gracioso. En ningún momento necesitaron –o quisieron– interrumpir la conversación, de modo que resultó fluida.

En cuanto a las profesionales, el formato de entrevista fue similar al de las pacientes, aunque en esta ocasión las respuestas iban guiadas por su experiencia profesional, o, en todo caso, por su experiencia personal tamizada por el terreno profesional. También hubo silencios reflexivos que daban paso a discursos caracterizados por la serenidad y el respeto hacia las pacientes. Las lágrimas no tuvieron cabida, pero sí las sonrisas. El entusiasmo por el tema propuesto fue un protagonista añadido.

1.3 Objetivos e hipótesis

Pretendemos abordar la agresión sexual desde la perspectiva antropológica. Para ello, nos aproximamos al tema bajo tres ópticas. La primera hace referencia al proceso de medicalización de la agresión sexual por el hecho de atender en un centro de salud (mental) a mujeres que han sido agredidas sexualmente. La segunda está vinculada a la representación que las pacientes y las profesionales tienen sobre la agresión sexual, esto es, cómo construyen dicha noción. La tercera se centra en la interacción social que tiene lugar en una escala reducida: la relación profesional-paciente en el contexto del centro de salud estudiado.

El análisis se focalizará en mujeres que han sufrido una agresión sexual y son atendidas en el CSMA/CE desde el año 2005. El CSMA/CE ofrece atención sanitaria a las personas que tienen un problema de salud mental ya diagnosticado o que consultan por primera vez y tienen su ambulatorio o Centre d'Atenció Primària dentro de su área de influencia, que es l'Esquerra de l'Eixample de Barcelona. Paralelamente, cuenta en su cartera de servicios con el Programa AGRESX-TEPT.

La política sanitaria determina a grandes rasgos la atención sanitaria, pero solo una mirada enfocada permite observar lo que ocurre, lo que se dice y la forma en que se toman las decisiones en el interior de una consulta. Por este motivo, este trabajo se centra en estudiar el proceso de atención a la mujer que ha sido agredida sexualmente, que llamaremos modelo asistencial, en el que dos elementos resultan clave: la medicalización, que se establece a través de la individualización y socialización del proceso al aplicar los dispositivos terapéuticos de la visita individual y la terapia grupal. Asimismo, investigamos las bases de la relación establecida entre las profesionales y las mujeres y la experiencia vivida de estas respecto a la agresión sexual (Kleinman, 1988; Good, 2003).

En este trabajo se tratará de responder a varias preguntas:

- 1) ¿Se produce un proceso de medicalización de las agresiones sexuales? ¿Cómo y por qué?
- 2) ¿Qué tipo de relación se establece entre la persona que ha sufrido una agresión sexual y el equipo terapéutico? ¿Qué repercusiones morales, emocionales y terapéuticas tienen en las mujeres que han sufrido una agresión?

La razón de estudiar el binomio profesional-paciente de este contexto etnográfico es porque observamos una forma de relacionarse y comunicarse basada en la confianza, que es presentada como imprescindible para proporcionar la ayuda solicitada por estas mujeres. Paralelamente, el estigma, a través de la culpa y la vergüenza, recae sobre las mujeres que han sufrido una agresión sexual (Goffman, 1963; Galtung, 1969; Kleiman, 1988; Bourdieu, 2000; Yang *et al.*, 2007) y supone el fundamento que justifica la confianza como elemento central de la comunicación. De este modo, vuelve a tomar relevancia la confianza, ya que es a través de esta, de los elementos sobre los que las implicadas la construyen y de la información transmitida por el equipo asistencial como la culpa es (re)asignada al agresor y deja de recaer en ellas. Así, se trata de profundizar en el tipo de confianza establecida entre las profesionales y las pacientes. Este incluye elementos de carácter emocional que se concreta en conceptos como la reafirmación personal por tomar decisiones frente a su enfermedad, el autocuidado y la evitación de la soledad por parte de la paciente; y creer en la capacidad de recuperación y de autogestión de las pacientes por parte de profesionales.

Por otra parte, las pacientes se refieren a un antes y un después de la agresión sexual, tanto como punto de inflexión en sus vidas como por las diferencias que perciben en su ser, es decir, por cómo se identifican a sí mismas. De esta forma, surgen las preguntas: ¿Qué papel ocupa la sexualidad en las mujeres víctimas de agresión sexual para subvertir o transformar esta identidad?

La hipótesis principal con la que hemos trabajado es que el proceso de medicalización de las agresiones sexuales genera dispositivos asistenciales de salud que contribuyen a la reasignación de la atribución de la culpa por parte de las mujeres víctimas de agresión sexual en los agresores. Un problema social –las agresiones sexuales– se transforma en un asunto de salud a través del proceso de medicalización; a su vez, las profesionales lo reasignan como una cuestión relacional entre los hombres y las mujeres de esta sociedad a través de los dispositivos asistenciales de los que disponen: la visita individual y la terapia grupal, que resultan socializantes. De esta manera, el proceso de atención individualizada desvincula del contexto familiar y social a la mujer que ha sido agredida sexualmente, en lo que a su recuperación emocional se refiere.

Partimos de las premisas de que el proceso de medicalización de las agresiones sexuales se fundamenta, por un lado, en las políticas de género que reformulan las relaciones entre hombres y mujeres en términos de igualdad, y, por otro, en una extensión de la medicalización de la sexualidad y los estados de ánimo atribuidos a las mujeres. Estos hechos generan la individualización del proceso. Siendo el Departament de Salut corresponsable de la aplicación de las políticas de género a través de la dotación de recursos para la atención de mujeres que han sido víctimas de violencia de género, consideramos aquí que contribuye al proceso de medicalización y patologización. Dicho proceso se produce dado que el sistema de salud está organizado sobre la noción de enfermedad, no de salud, por lo que el sufrimiento es transformado en patología para convertirlo después en objeto de asistencia sanitaria.

Asimismo, la hipótesis secundaria planteada parte de la premisa de que la interacción entre las pacientes y las profesionales está basada en un tipo confianza que supone una intersección entre el tipo de confianza propia de los «sistemas expertos» (Giddens, 1999) y la relación entre individuos.

Para el desarrollo de esta tesis, se ha procedido a la revisión de conceptos teóricos apropiados utilizados en la línea de investigación de la Antropología Médica, así como en el marco teórico de la Antropología del Género. Por otra parte, las dimensiones social, sanitaria, legal y moral del término agresión sexual adquirirán relevancia por condensar los diferentes aspectos que las mujeres destacaron sobre su vivencia del acto de violencia y el efecto que tuvo en ellas.

Las categorías de estudio con las que se ha trabajado son las de agresión sexual, medicalización y confianza.

1.4 Método y técnicas

El tiempo dedicado al trabajo de campo ha sido el comprendido en tres grandes fases y siempre en días laborales puesto que el CSMA/CE no está en activo los fines de semana. La primera tuvo lugar entre septiembre de 2007 y febrero de 2008, que correspondió al período dedicado a la investigación del DEA. Acudí prácticamente a diario hasta mediados de enero y entre dos y tres días por semana a partir de febrero. La segunda fase tuvo lugar a lo largo de 2012, dos días por semana, tiempo en el que reorienté el objeto de estudio hacia la agresión sexual. La tercera fase comprendió desde

febrero de 2013 hasta junio de 2014. Dentro de este período la frecuencia en la que asistí fue semanal, por las mañanas, entre febrero de 2013 y julio de 2013; y entre dos y tres veces semanales entre marzo de 2014 y junio de 2014, durante la mañana (de 9 a 14 h) y por las tardes (de 15 a 17:30 h).

La dinámica de trabajo se ha basado en la observación etnográfica, la observación participante, cuyas técnicas incluyen la observación enfocada dentro de la consulta individual y en la terapia grupal y la realización de entrevistas en profundidad a pacientes y profesionales. Todo ello con toma de notas de campo, de forma exhaustiva, de conversaciones formales e informales y el uso de grabadora para las entrevistas en profundidad. Además, utilicé la grabadora en una visita individual entre la psiquiatra y una paciente (Roigé et al. 1999; Guber, 2004).

Las sesiones grupales han sido presenciadas entre el 15 de febrero de 2013 y el 19 julio de 2013, con un total de dieciocho sesiones. La duración fue de 90 minutos cada una y la frecuencia semanal, excepto períodos vacacionales o alguna situación excepcional en que las profesionales decidieron aplazar la sesión. El día de la semana fue el viernes a partir de las 13 h y hasta las 15 h. Respecto al número de asistentes, hay que decir que el mínimo ha sido de cuatro mujeres y el máximo de catorce, con una media de seis en total.

Respecto a las entrevistas en profundidad, se puede señalar que tuve la oportunidad de entrevistar a diez mujeres víctimas de agresión sexual, de las cuales tres no participaban en la terapia grupal. Así mismo, entrevisté a las profesionales que componen el Programa AGRESX-TEPT y a una *mossa d'Esquadra*, aunque esta última finalmente no dio su consentimiento para utilizar la información facilitada. La enfermera que en aquella época colaboraba en el programa no tuvo la oportunidad de participar en la investigación. La trabajadora social fue entrevistada individualmente, pero por motivos de confidencialidad no presencié ninguna visita suya. Por este mismo motivo, no anexaré el contenido total de lo tratado en las sesiones de terapia grupal ni tampoco el de las entrevistas individuales, sino solo los fragmentos seleccionados para justificar lo expuesto en los capítulos etnográficos. Por otra parte, si el idioma en el que se comunicaban en el grupo fue el castellano, en las entrevistas individuales se ha seleccionado el idioma en el que la participante se sentía más cómoda. En los casos en los que se ha preferido el catalán, no hemos traducido los fragmentos transcritos en el capítulo mencionado por respetar y potenciar la riqueza de las expresiones utilizadas.

Este trabajo presenta algunas limitaciones, de las cuales la dureza del tema ha sido quizá la mayor. Las pacientes han participado enérgicamente, pero la alta emotividad del contenido y la complejidad que entrañaban algunas preguntas han generado en algunos casos una especial dificultad al verbalizar sus opiniones, como así lo han manifestado las interesadas. De este modo, cuando las respuestas han sido breves o contradictorias ha resultado más dificultoso su análisis. Otra limitación detectada *a posteriori*, aunque prevista, se ha encontrado en una cierta tendencia a evitar hablar del tema por el malestar que les generaba. Así, han resultado informantes más habilidosas las que habían sufrido la agresión sexual hacía más tiempo puesto que tenían sus discursos más elaborados. Una tercera limitación ha sido la frecuente interrelación que los diferentes conceptos presentan entre sí, por lo que su separación ha resultado un tanto desconcertante.

El análisis de datos, que ha sido realizado de manera manual, y su redacción se iniciaron en el último período del trabajo etnográfico, aunque la mayor parte tuvo lugar tras su finalización. Previamente, transcribí las entrevistas y las notas de campo al ordenador para facilitar su análisis. Las palabras que fueron utilizadas por las informantes y que han sido reproducidas en este texto las señalamos mediante las comillas inglesas (ubicadas en la parte alta del renglón), a diferencia de las nociones tomadas de los autores, que lo hemos hecho a través de las comillas angulares o latinas (centradas). De este modo, diferenciamos los términos *emic* y *etic* gráficamente.

Por último, voy a introducir brevemente a las mujeres a las que entrevisté:

Diana nació en Cuba hace cuarenta y dos y se crio con sus padres y tres hermanos en su país. Cursó estudios primarios, pero no los finalizó ya que empezó a trabajar para ayudar en casa económicamente. Se casó a los veinticuatro años y el matrimonio decidió venir a Barcelona con la idea de reunirse con parte de su familia, que ya residía hacía unos meses en la ciudad. Estando embarazada de su segunda hija, su marido decidió romper el matrimonio y se divorciaron al poco tiempo de llegar a Barcelona. Con el apoyo de su familia y con mucho esfuerzo, consiguió salir adelante con la casa, las hijas y su trabajo. A los treinta y dos años le detectaron un cáncer de mama, que superó por el tratamiento que recibió gracias al apoyo de su familia. Durante este tiempo ha trabajado como peluquera. A sus cuarenta años sufrió la agresión sexual perpetrada por el amigo de su hermano, en su propio domicilio y bajo amenaza de arma blanca.

Isis nació en Segovia hace sesenta años en el seno de una familia dedicada a la abogacía. Es la menor de una fratría de tres hermanos. Tanto ella como su hermana estudiaron Derecho, en cambio, su hermano decidió hacer Arquitectura. A sus veintidós años se quedó embarazada de su entonces pareja, con el que estuvo conviviendo durante tres años. Mientras estaba finalizando sus estudios conoció a un nuevo compañero de clase, al que define como encantador, atento y emprendedor. Formalizaron la relación e iniciaron una vida conjunta al cabo de dos años, momento en que decidieron que su pareja reconociera ser padre del hijo de Isis. A los seis años de convivencia decidieron tener otro hijo y trasladaron su residencia a Barcelona. Trabajaban en el mismo bufete de abogados aunque en diferentes actividades: ella se especializó en aspectos civiles y él, en los laborales. Desde el principio, el marido era muy celoso y desconfiado y ella pensaba que cambiaría cuando se diera cuenta de que no tenía motivos. Cuando en 1994 ella decidió cambiar de bufete, el marido tuvo un episodio importante de celos; los últimos cinco años estuvo más celoso, distanciado y más centrado en su trabajo. Se oponía a que tuviera amigas porque de esa manera no estaba con él, y le controlaba el dinero. En noviembre de 2010 ella le pidió la separación. Al cabo de unos días, una madrugada se despertó al estar siendo agredida sexualmente.

Afrodita nació en Almería hace treinta y cuatro años. Vivió con sus padres hasta los dieciocho años, cuando emigró a Barcelona para cursar sus estudios universitarios. Se licenció en Diseño Gráfico y posteriormente decidió realizar un máster en Estados Unidos para su especialización. Es autónoma, trabaja tanto en su casa como en los despachos de una empresa. Compagina su trabajo con los estudios de teatro musical. Tuvo una relación afectiva estable entre los veinticuatro y los veintinueve años, pero actualmente sigue soltera. Hace tres años, una mañana de domingo salió de su casa para hacer una compra de última hora. Al volver a casa, descubrió que un chico de unos veinte años había entrado a robar a su casa. La mantuvo secuestrada durante horas, en las que la violó repetidamente bajo la amenaza de un arma blanca. Actualmente siente que se ha recuperado mayormente de la agresión física, pero el área sexual sigue terriblemente dañada.

Hestia nació en Córdoba hace sesenta y seis años en el seno de una familia numerosa. Vivía en las inmediaciones de la estación de tren y sus padres se ganaban la vida como agricultores. Siendo la tercera de cuatro hermanos, completó los estudios elementales y se puso a trabajar. La familia decidió trasladar su residencia a Barcelona,

donde ya se encontraban algunas de sus tías. Ya en la ciudad condal, tuvo su primer novio a sus veintiocho años y se casaron al cabo de dos años. Tuvieron dos hijos. Ella trabajaba como patronista y él, como vendedor. A los cuarenta años cuidó de sus tías, ya enfermas y mayores, hasta que murieron, y en la mitad de su cincuentena empezó a cuidar a unas amigas mucho mayores que ella. Una noche, después de despedirse de ellas, y en su portal, fue agredida sexualmente por un desconocido. Eso fue hace tres años.

Minerva nació en Barcelona hace diecinueve años. Es la menor de una fratría de dos hermanos, con el que se lleva tres años. Su padre murió a sus dieciséis años tras una corta pero grave enfermedad. Fue una situación muy dura tanto por la pérdida del padre como por el sufrimiento que veía en su madre. Ella continuó con los estudios, pero, tras un año de la muerte de su padre, se sentía cada vez más triste y empezó a autolesionarse, por lo cual su madre la llevó a la consulta médica. Tuvo que repetir un curso. Su afición es practicar el deporte del baloncesto. Antes de cumplir los dieciocho años, y tras una cena con el equipo, cuando volvía a su casa la agredieron dos hombres, de unos cuarenta y veinticinco años aproximadamente, cerca de una estación de metro.

Temis nació en Barcelona hace treinta y un años y tiene un hermano tres años menor. Destacó que la relación con su familia era abierta aunque menos cálida de lo que ella hubiera querido. Estudió Comunicación Audiovisual y se independizó al finalizar los estudios. Vivía sola o compartía piso, alternativamente, en función de los recursos económicos y a temporadas vivía en casa de su hermano o en el domicilio familiar. Su relato de vida incluyó dos agresiones sexuales. La primera ocurrió en 2009, perpetrada por parte de un desconocido, la cual denunció; la segunda fue en 2013, por tres agresores desconocidos, que decidió no denunciar dada la anterior experiencia con el sistema legal. No tenía recuerdos de lo ocurrido, pero cuando despertó lo hizo entre mucha sangre y dolor. Al cabo del año de lo ocurrido, destacó la injusticia que supuso tanto la agresión como la respuesta de los servicios judiciales y policiales.

Hera nació en Ecuador hace cuarenta años. Tiene un hermano más pequeño con el que se lleva nueve años. Terminó los estudios de bachillerato y contrajo matrimonio con el que había sido su primer novio. Al cabo de dos y cuatro años respectivamente, nacieron dos hijos, un chico y una chica. Tras quince años de matrimonio, el marido murió de forma brusca e inesperada, suponiendo un duro golpe en su vida y en la de sus hijos. Con el apoyo de su familia consiguió sacar adelante a sus hijos y su trabajo, que

para ella son lo más importante. Trabajaba como modelo y asesora de imagen en televisión, y desde su profesión defiende los derechos de la mujer y la igualdad de oportunidades. Con el tiempo, conoció a un hombre catalán que estaba trabajando en Ecuador de forma temporal, establecieron una relación y se casaron al cabo de dos años. Tienen una niña. El matrimonio decidió trasladar su residencia a Barcelona en 2004, junto con sus tres hijos. Hace nueve meses, estando temporalmente en su país, tuvo que ingresar en un hospital por un problema médico. Tiene el recuerdo de un médico que le administró medicación a través de un catéter y no recuerda nada más. Se despertó con molestias en su zona genital.

Eos nació en Perú hace cuarenta y nueve años en una familia muy numerosa, motivo por el cual, al finalizar sus estudios primarios, empezó su actividad laboral. Su vida ha sido muy dura desde pequeña. En su infancia sufrió años de violaciones por parte de dos de sus hermanos, sin comunicárselo a nadie. Se casó con su primer novio y en poco tiempo tuvieron dos hijos. El matrimonio se trasladó a vivir a Barcelona hace quince años, y trabajó como cuidadora de personas mayores y como asistente de hogar. Muy aficionada al deporte, ha practicado fútbol a temporadas, por diversión y también como una manera de descargar la rabia que lleva dentro. En los últimos años de su matrimonio había tensión entre ellos. Un día el marido le confesó que había mantenido relaciones sexuales con ella mientras dormía. Posteriormente, se divorciaron. Desde entonces ha tenido alguna pareja ocasional. En diciembre del 2013 fue violada por su expareja. Tenía cuarenta y nueve años.

Hebe tiene veintiún años y vive con sus padres y su hermano en Barcelona desde su nacimiento. Está cursando estudios universitarios de Física, y se puede destacar que su vida ha transcurrido sin grandes preocupaciones y que ha centrado su atención en los estudios. Nunca ha trabajado, salvo dando clases particulares a estudiantes de bachillerato. Ha tenido alguna pareja sentimental sin llegar a formalizar la relación. Hace nueve meses, volviendo de una cena con sus amistades, fue agredida en el portal de su casa por un chico desconocido de unos veinticinco años.

Némesis nació en Barcelona hace veintiocho años y tiene un hermano tres años mayor que ella. Ha vivido varios traslados de residencia durante su adolescencia por cuestión del trabajo de su padre. Ella destaca que su vida está marcada por las muertes de varias personas queridas, tanto compañeros de clase como amigos, que han ido haciendo mella en ella. A los diecisiete años empezó un tratamiento médico

coincidiendo con la muerte por suicidio de su amigo, de lo que se recuperó parcialmente. Ha tenido dos accidentes de moto. Trabajadora incansable, ha finalizado sus estudios de Ingeniería Agrícola y está cursando el doctorado. Alterna vivienda entre piso compartido y hogar familiar en función de su capacidad financiera. Hace siete meses salió a cenar con unos compañeros de estudios. Ya de vuelta, y en el coche, fue agredida por uno de los chicos, que es primo de un amigo de ella.

1.5 Algunas reflexiones de partida

Hay tres cuestiones que han resultado ser un punto de partida en esta investigación: la naturaleza de la relación entre los dos subgrupos implicados en este contexto etnográfico, la comprensión de dicha relación dentro del modelo médico hegemónico y la noción de moralidad.

La relación entre médico y paciente corresponde a una relación interactiva, donde las estructuras sociales inmediatamente relevantes consisten en las pautas del «rol de médico» que practica y las del rol de la «persona enferma» (Parsons, 1966). Tal clasificación es comprendida en el contexto de la estructuración de un sistema total concreto de acción social. Para Parsons, el sistema total está constituido por tres aspectos: el sistema social, los sistemas de la personalidad de los actores individuales y el sistema cultural que se establece en sus acciones:

Una pluralidad de actores individuales que interactúan entre sí en una situación, un aspecto físico o de medio ambiente, actores motivados por una tendencia a «obtener un óptimo de gratificación» y cuyas relaciones con sus situaciones (...) están mediadas y definidas por un sistema de símbolos culturales estructurados y compartidos (Parsons, 1966: 17).

Así, destaca tres elementos principales: los actores sociales y su tendencia a la gratificación, el aspecto físico de la situación y la cultura, asumida por sus tres notas fundamentales: es transmitida, aprendida y compartida. Una vez establecida la participación de un individuo en las relaciones interactivas, Parsons sostiene que estas se desarrollan con una o más «parejas» en el «rol complementario». El rol hace referencia al aspecto procesual de la participación de un actor social en la mencionada relación interactiva. Es lo que el actor hace en sus relaciones con otros.

La pareja del rol complementario médico-enfermo se inscribe en el modelo médico occidental. Menéndez (1984) utiliza el término «proceso transaccional» en el contexto de dicho modelo, afirmando que la constitución, crisis y transformación del

modelo médico hegemónico (MMH) depende “tanto del sistema dominante como de los procesos transaccionales establecidos entre las clases dominantes y las clases subalternas” (1984:85). La cuestión es que estas transacciones suponen la existencia de prácticas alternativas de las cuales el sistema trata de apropiarse en su proceso de expansión. La autoatención en salud es una de ellas, así como su variante, los grupos de ayuda mutua. El autor afirma que el desarrollo de la autoatención y los más actuales grupos de autoayuda en salud son producto del fracaso y también de las limitaciones del modelo médico hegemónico y se desarrollan en función de los sectores sociales que lo llevan a la práctica, pero no de un proyecto ideológico-político. Así, las propuestas alternativas de autoatención no suponen la negación del desarrollo técnico y científico, sino la apropiación social de dicho desarrollo³. Menéndez, basándose en G. Edwards, destaca que la autodeterminación y la autorresponsabilidad deben ser enfatizadas en el tratamiento alcohólico, además de que los objetivos de dicho tratamiento deben ser acordados. Es decir, que se remite a la cogestión del problema por parte del paciente. Como veremos a lo largo de texto, las implicadas en esta investigación generan su propia forma de autoatención y de gestión del problema.

El motivo de consulta en el centro de salud mental estudiado –la agresión sexual– conlleva una gran carga emocional y está estrechamente vinculada a la moralidad. Siendo esta una cuestión que nos ha suscitado una constante reflexión, mostramos aquí que la relación entre sexualidad y moralidad gira en torno a la noción de persona, la cual sigue un proceso de construcción histórico que iniciaron los latinos y etruscos.

Originariamente, la «persona»⁴ significaba tan solo «máscara», personaje, por cuanto se interpretaba como el papel que el individuo juega en los dramas sagrados y en la vida familiar (Mauss, 1971). Más tarde, con el derecho romano, adquiere un sentido jurídico y persona es sinónimo de la auténtica naturaleza del individuo. Entre el siglo II a. de C. y IV, los clásicos latinos y griegos conciben la persona como hecho moral, lo cual significa el sentido de ser consciente, independiente, autónomo, libre y responsable (*ibid.*, p. 327). Así, la responsabilidad emerge de la conciencia moral. Para completar el proceso que siguió el término persona, el cristianismo le dio el sentido de persona

³ Menéndez (1984) se centra en el caso del alcoholismo y la emergencia de una forma alternativa basada en la autoayuda: la asociación de ayuda mutua Alcohólicos Anónimos, cuya aparición se remonta a fines del siglo XIX en países europeos tanto capitalistas como de «socialismo real».

⁴ Etimológicamente, persona significa per/sonare [la máscara a través de la cual (per) resuena la voz (del actor)] (Mauss, 1971:323).

humana a partir de la noción de uno (de Trinidad): conciencia y acto, cuerpo y alma. Finalmente, la noción que aquí nos ocupa dio un giro hace un siglo y medio para convertirse en la que ahora es, la categoría del «yo». Es la persona como ser psicológico, identificándose con el conocimiento de uno mismo, con la conciencia psicológica⁵ (*ibid.*, p. 332).

La otra cuestión relevante aquí es por qué el comportamiento sexual de la persona es concebido como objeto de preocupación moral. Para Foucault fue tema de reflexión y para responder a esa pregunta se remontó hasta la Antigüedad. Ya entonces esta problematización apareció ligada a un conjunto de prácticas llamadas «artes de la existencia», aquellas prácticas sensatas y voluntarias con las que los hombres buscaban transformarse a sí mismos y “hacer de su vida una obra que presenta ciertos valores estéticos” (Foucault, 1987:17). Los placeres sexuales fueron problematizados de forma cuatritémica: la naturaleza del acto sexual⁶, la fidelidad monogámica, relaciones homosexuales y castidad. Foucault considera que la moral cristiana no estuvo preformada en este pensamiento de la Antigüedad, sino que esta reflexión moral se ha conservado a través de los tiempos a través de las instituciones, a pesar de las modificaciones.

La palabra «moral» implica dos aspectos: los códigos de comportamientos y las formas de subjetivización (Foucault, 1987). Los primeros hacen referencia tanto a los valores y las reglas de acción aprendidas a través de instituciones formales (esto es el “código moral”) como al comportamiento real de los individuos y su relación con los valores y las reglas, es decir, su grado de trasgresión (esto es la “moralidad de los comportamientos”). En cambio, las formas de subjetivización (sustancia ética, tipos de sujeción, forma de elaboración del trabajo ético y teleología moral) hacen referencia a la manera en que uno mismo se constituye como «sujeto moral», esto es, la manera en que se relaciona consigo mismo “en sus diferentes acciones, pensamientos o sentimientos” (Foucault, 1987:31). Por estos motivos, el comportamiento sexual es objeto de preocupación moral y dominio de la moralidad.

Las nociones de persona y la comprensión de la sexualidad como un área moral son las premisas para el análisis de las repercusiones morales en el contexto de la violencia física. Cardoso (2008), tras una investigación llevada en tres contextos

⁵Según Mauss, Fichte defendió que todo acto de conciencia es un acto del «yo» (Mauss, 1971:332).

⁶ La naturaleza del acto aparece asociada al pecado y a la muerte en la moral cristiana (Foucault, 1987:16).

etnográficos⁷, afirma que todo acto de violencia física conlleva una agresión moral, la cual define como un «insulto moral», de la que destaca el carácter simbólico. Además, sugiere que no es apropiado hablar de la violencia cuando no hay agresión moral. El autor localiza dos características en el insulto moral. La primera hace referencia a la agresión de los derechos de la persona que no se pueden traducir en pruebas objetivas; la segunda lo hace a la desvalorización o negación de la identidad del otro. El problema del insulto moral es que, en su trabajo etnográfico, tiende a ser “invisibilizado” como una agresión que merece reparación por su aparente inmaterialidad y está asociado a la dimensión de los sentimientos cuya expresión desempeña un papel importante en su invisibilidad. Esta actitud es percibida por la víctima o por terceras personas como un acto de desprecio que les provocan un resentimiento o la indignación. Así, el insulto moral aparece como una agresión a la dignidad de la víctima o como la negación de una obligación moral, que en algunos casos significa falta de respeto a los derechos que requieren apoyo institucional⁸. Cardoso expresa en términos de «reparación» del insulto a la

necesidad de restaurar el déficit causado por las agresiones, vivido como una negación del yo o de la personalidad de la víctima, y cuyo carácter normativamente incorrecto y merecedor de sanción social negativo tiene que ser interiorizado por la víctima para que la identidad de su persona moral, digna de respeto y consideración, sea rescatada (Cardoso, 2008:139) [la traducción es de elaboración propia].

Así, la reparación significa rescatar la identidad de la persona entendida como ente moral que es digno de respeto. Finalmente, aquí cabe señalar que los dos aspectos del insulto moral (la falta de materialidad y la negación de la identidad de la víctima) y la reparación de esta fueron relatados por las mujeres que fueron agredidas sexualmente y que acudieron al Programa AGRESX-TEPT utilizando, además, estos mismos términos. El hecho de que estos elementos se produzcan (y reproduzcan) en los discursos de mujeres que han sufrido violencia sexual en distintos contextos

⁷ Cardoso (2008) estudió los procesos de resolución de disputas en el ámbito de los Juzgados de Causas Menores en Massachussets, el debate público sobre la soberanía de Québec y las discusiones sobre los derechos durante la elaboración de la Constitución de 1988 en Brasil.

⁸ Cardoso (2008) hace referencia a la actuación de los Tribunales Especiales Penales brasileños en los casos de agresiones a mujeres y expone que son criticados por no ofrecerles una protección adecuada, por forzar acuerdos o penas alternativas negociadas y por dirigir las causas exclusivamente al tamaño de la agresión física. La consecuencia es que se deja totalmente de lado el aspecto moral, el cual sigue un proceso de devaluación de la identidad de la víctima y esta es llevada a asumir la condición de total subordinación a la idiosincrasia agresiva de su compañero.

etnográficos sugiere que forman parte de los factores socioculturales vinculados a la violencia simbólica y física.

1.6 Consideraciones teóricas

La violencia que amenaza la sexualidad de las mujeres ha sido estudiada a través de los términos de violación (Brownmiller, 1975; Burt, 1980; Sanday, 1996; Baxi, 2014) y de violencia sexual (Abeid *et al.*, 2014; Baxi, 2014), aunque también se recurre a la violencia doméstica (Busby, 1999) y violencia de género (Abeid *et al.*, 2014; Comas D'Argemir, 2014). Las mencionadas nociones se desarrollan a partir de las categorías de sexo y género que explicaban cómo la diferencia entre hombres y mujeres se convierte en desigualdad y subordinación (Moore, 1991; Comas d'Argemir, 1995; Scott, 1996; Bourdieu, 2000; Martín, 2006). La noción que aportaban era que la posición de inferioridad de las mujeres se debía a razones sociales y a la naturaleza humana y, como dijo Aurelia Martín, la igualdad era entonces “una meta plausible si se establecían las pautas socioculturales adecuadas” (Martín, 2006:38-39).

Una de las teóricas que más contribuyó al desarrollo del concepto de género en su acepción socio-científica, como categoría analítica, fue Joan Scott (1996). Ella buscaba una noción que rechazara la calidad fija y permanente de la oposición binaria, lograr una historicidad y una deconstrucción genuinas de los términos de la diferencia sexual. Así, redefinió la noción de «género» subdividiéndolo en dos partes interrelacionadas, aunque analíticamente distintas. La primera es el núcleo que

reposa sobre una conexión integral entre dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1996:288)

La segunda parte define cuatro elementos interrelacionados. En primer lugar, los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples⁹. En segundo lugar, los conceptos normativos que dan significados a los símbolos¹⁰. En tercer lugar, las nociones políticas, institucionales y las organizaciones sociales. Por último, la

⁹ Scott (1996) pone el ejemplo de las figuras de Eva y María como símbolos de la mujer en la tradición cristiana occidental, pero también mitos de luz y oscuridad, de purificación y contaminación, inocencia y corrupción.

¹⁰ Los conceptos normativos se expresan en “doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas, que afirman categóricamente y unívocamente el significado de varón y mujer, masculino y femenino” (Scott, 1996:288).

identidad subjetiva. Scott acaba concluyendo que el género es el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder y, aun cuando no es el único campo, “parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidental, judeocristiana e islámica” (Scott, 1996:291).

La violación, como término más frecuentemente utilizado en la literatura social, o agresión sexual, como su redefinición legal, emergió como un objeto de estudio antropológico de investigación cuando las antropólogas compararon las culturas para cuestionar las suposiciones universalistas subyacentes en una historia natural de la violación. Los trabajos realizados en las décadas de 1940 y 1950 mostraban la violación como un problema psicopatológico, en el que los violadores eran construidos como «anormales» (Baxi, 2014). En cambio, el trabajo de la periodista Susan Brownmiller (1975) mostró la violación como una forma de violencia política contra las mujeres, en lugar de ser una exteriorización del patológico o apremiante deseo masculino. Para ello, y basándose en las investigaciones feministas, parte del reconocimiento de que la violación tiene una historia. Ella expresa en términos de «capacidad estructural» del hombre para violar y de «vulnerabilidad estructural» de la mujer para ser violada el porqué del «contacto sexual forzado» (Brownmiller, 1975: 13). Para la autora, la violación se transforma en un arma de fuerza contra la mujer, en un agente de la voluntad masculina y en un elemento generador del miedo femenino. En esta línea de pensamiento, Martha Burt (1980) sostiene, tras la investigación sociológica llevada a cabo en Minnesota, que la aceptación de los «mitos sobre la violación» puede predecir actitudes tales como el estereotipo de rol sexual, las creencias sexuales contradictorias, el conservadurismo sexual y la aceptación de la violencia interpersonal. Así, conocer dicha correlación puede permitir cambiar esta orientación cultural hacia la agresión sexual. La autora define los mitos de la violación como los prejuicios o las falsas creencias sobre la violación, las víctimas de violación y los violadores.

La preocupación del objeto de estudio (la violación) es común en las autoras referidas, aunque presentan diferentes focos de atención. Baxi (2014) sugiere que el enfoque antropológico se ha desplazado de las inclinaciones anteriores, que comparaban diversas culturas, a la naturaleza de la imaginación, el lenguaje, los documentos y las técnicas que moldean los silencios y los discursos en torno a la violación. Estos escritos ofrecen críticas de los discursos social, jurídico, político y académico que son cómplices en la construcción de la violación como un secreto público; en cambio, los nuevos

enfoques ofrecen una vía de compromiso con las etnografías que hablan de la violencia sexual como una categoría analítica. En otra línea de reflexión centrada igualmente en la violación, Sanday (1996) utiliza el concepto de «sociedad libre de violación» frente a «sociedades propensas a la violación» (*rape free vs rape prone*) para defender que la violación no es un hecho universal. Ella concluyó que, de las noventa y cinco sociedades tribales estudiadas, el cuarenta y siete por ciento estaban libres de violación y el dieciocho por ciento eran propensas a la violación. Emplea el primer término cuando el acto de violación es poco frecuente o no se produce, y lo usa como etiqueta para indicar que la agresión sexual está socialmente rechazada y castigada. En estas sociedades se define la violación como el sexo forzado, está penado por la ley y se concibe como algo que sucede y que coloca a los hombres que violan fuera de los límites de la sociedad. El término *rape prone* lo utiliza para indicar una incidencia alta de violación, cuando esta está justificada como una expresión ceremonial de la masculinidad o cuando es un acto por el cual a los hombres se les permite castigar o amenazar a las mujeres. Según la autora, las sociedades libres de violación están marcadas por una mayor igualdad de género y por los altos niveles de participación de las mujeres en la toma de decisiones y en la esfera pública; las culturas propensas a la violación se caracterizan por la dominación masculina, por tener altas tasas de violencia interpersonal y por expresar y experimentar la masculinidad a través de la violencia.

Otras autoras muestran el resultado de sus investigaciones en contextos locales a partir de los discursos de las personas implicadas (Busby, 1999; Abeid *et al.*, 2014), recurriendo cada una a la categoría analítica que más se adecua a la realidad social estudiada. Busby (1999) sostiene que la violencia doméstica en una comunidad pesquera en el sur de la India, donde se establece una estricta división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, es vista por su gente como inevitable. La relación entre la naturaleza encarnada de la diferencia de género, el «mayor calor»¹¹ de los cuerpos masculinos y la forma en que hombres y mujeres están vinculados a través del matrimonio explica la comprensión de la violencia. La autora hace referencia a la percepción de la falta de culpabilidad del hombre respecto a la violencia. Además, a pesar de que Busby no alude a la violación, sí menciona el intento del control de la sexualidad de sus mujeres a través de los celos sexuales y la potencia sexual de los

¹¹ Busby (1999), basándose en sus informantes, explica que el «calor» de los cuerpos de los hombres está asociado a la fuerza y la violencia pero también con emociones fuertes de cualquier tipo, particularmente, con el deseo sexual y los celos.

hombres y cómo las mujeres no quieren practicar sexo con sus maridos cuando estos se muestran violentos, hecho que incrementa la violencia. En cambio, Abeid *et al.* (2014) analizan la percepción de la violación a mujeres y niños en una comunidad de un distrito rural de Tanzania, sosteniendo que los participantes la perciben como un fenómeno frecuente y oculto en relación a las normas sociales; la globalización, la pobreza, la vulnerabilidad de los niños, el abuso de alcohol y drogas y la mala atención de los padres contribuyen a perpetuar la violación. Abeid *et al.* alternan los términos «violencia de género»¹² y «violencia contra la mujer», que se refieren a la violencia sufrida en relación al desequilibrio de poder en el hogar y en la sociedad en general, aunque no los utilizan como sinónimos ya que el primero incluye a los niños, las niñas y las mujeres y, en el segundo, los niños quedan excluidos. Finalmente opta por la noción «violencia sexual» para referirse a la violación de mujeres y niños.

El término violencia de género, acuñado por las investigadoras feministas, se basa en el conjunto de ideas acerca del género y la sexualidad que prevalecen en las estructuras de carácter patriarcal. Los patrones de género en que descansan estas estructuras de dominación explican que este tipo de violencia vaya más allá del sexo biológico de los perpetradores y de las víctimas. La construcción social del género facilita la violencia machista, que es ejercida mayoritariamente por hombres y se dirige contra las mujeres, pero también tiene lugar contra otros hombres más vulnerables, contra gays y lesbianas, y contra niños y niñas (Comas D'Argemir, 2014). Además, estas prácticas han permanecido silenciadas, invisibilizadas y toleradas por considerarse un problema individual. Comas d'Argemir (2014) afirma que las actuaciones públicas que se han llevado a cabo en España para combatir la violencia de género han adquirido una magnitud considerable por la conjunción de los movimientos feministas, las actuaciones políticas y los medios de comunicación. Los primeros lo han hecho, entre otras cosas, basándose en sus aportaciones a la conversión de la violencia contra las mujeres de cuestión privada en un asunto público a través de la ampliación de la definición de la violencia presente en los marcos legales. Para ello incorporaron los elementos del ámbito privado, que están vinculados a la estructura de género y a la sexualidad, a la fundamentación en la dominación masculina a través de las relaciones económicas,

¹²Abeid *et al.* (2014) sostienen que la violencia de género se produce a gran escala y toma diferentes formas a lo largo de la vida de los niños y mujeres. Incluye en dicha noción el abuso sexual infantil, el matrimonio precoz, la mutilación genital femenina, la violación, la prostitución forzada, golpear a la esposa y el abuso de las mujeres de edad avanzada.

sociales, políticas e ideológicas. Así, la violencia de género es una forma extrema de ejercer el control social y no afecta solamente a una pareja en concreto.

En cuanto a las actuaciones políticas, las respuestas de tipo legislativo e institucional en relación a la violencia de género se caracterizan por el esfuerzo hecho en materia de legislación¹³, por la creación de juzgados especiales, la implementación de recursos presupuestarios, de servicios asistenciales, de programas para los agresores y de campañas de sensibilización. La cuestión relevante aquí es que reconocer que existe un problema social es un requisito para la actuación pública y que el término género se resignifica en un uso político¹⁴.

Por último, los medios de comunicación contribuyen a la construcción social de la violencia de género¹⁵ puesto que son los que la dan a conocer a los individuos, incrementando la sensibilidad ciudadana y ayudando a legitimar las políticas públicas. Comas d'Argemir afirma que actualmente en España los medios encuadran las noticias sobre violencia de género como un problema social causado por la dominación estructural de los hombres sobre las mujeres cuando hace tan solo quince años estas noticias constituían hechos aislados y se explicaban por la conducta desviada del agresor (drogas, alcoholismo, celos, enfermedad mental), o bien se culpabilizaba a la víctima (conducta reprobable o infidelidad). Así, la construcción social de este tipo de violencia funciona a partir de las distinciones binarias entre público y privado, culpabilidad y victimización. Además, son presentados en los medios en el contexto de

¹³ Estas políticas se establecieron a partir de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aprobada en el año 2004, y de las leyes que posteriormente se aprobaron en las Comunidades Autónomas en materia de prevención, asistencia y recuperación de las víctimas, como la Ley del Derecho de las Mujeres a Erradicar la Violencia Machista aprobada en Cataluña en el año 2008 (Comas D'Argemir, 2014). Comas d'Argemir sostiene que la definición que aparece en el preámbulo de la ley se corresponde con lo que académicamente se considera como violencia de género, pero cuando la Ley Integral define el ámbito de aplicación en su articulado, entonces queda restringida a la violencia ejercida en el ámbito de la pareja o expareja, aunque el uso del concepto de género permite aplicar la ley tanto a parejas heterosexuales como homosexuales. Así, en España, violencia de género significa violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, hecho que Comas d'Argemir considera un ejemplo de construcción social, y que, además, es el marco interpretativo que los medios de comunicación utilizan. En este sentido, aquí se plantea la posibilidad de que el hecho de que el Programa AGRESX-TEPT fuera aprobado para la atención sanitaria a mujeres que hayan sufrido una agresión sexual, y no para hombres, pueda estar vinculado a esta omisión en la Ley Integral.

¹⁴ La ley catalana arriba mencionada utiliza la denominación 'violencia machista' para mostrar que la raíz del problema se halla en el dominio, control y abuso de los hombres hacia las mujeres y, además, trasciende el ámbito de la pareja para designar la violencia que se ejerce también en la familia, el trabajo, la sociedad y la comunidad (Comas d'Argemir, 2014).

¹⁵ En lo sucesivo, utilizaremos los conceptos de violencia de género y violencia contra las mujeres para dar cuenta de la violencia sexual ejercida contra las mujeres. Con ello no pretendemos excluir a otros grupos que también la sufren, sino que centramos la atención en el subgrupo que es objeto de estudio en este trabajo. Ocasionalmente, utilizaremos violencia machista para referirnos a dicho fenómeno.

las actuaciones políticas, policiales, judiciales y sociales que intentan eliminar este problema¹⁶.

En esta tesis nos planteamos que el hecho de atender en un centro de salud mental a mujeres que han sido agredidas sexualmente genera interrogantes sobre si la agresión sexual sigue un proceso de medicalización¹⁷. Dicho término, que literalmente significa “hacerlo médico”, se introdujo en la literatura científico-social durante 1970 en el contexto de la rápida expansión de la biomedicina, entendida como institución y como proceso social, por lo que su uso no era descriptivo o neutral, sino que fue utilizado como crítica abierta a dicho sistema médico (Conrad, 1992). La biomedicina se caracteriza por su constante modificación en cuanto a transformaciones técnicas y científicas y en sus formas dominantes de organizarse e intervenir técnica, económica, social y profesionalmente, adquiriendo su mayor expresión en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria químico/farmacéutica. Los principales rasgos estructurales del paradigma biomédico, o modelo médico hegemónico, son: biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, mercantilismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber de pacientes, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre la teoría y la práctica (Menéndez, 2005 a). De todos ellos, el rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que garantiza la científicidad del modelo y le atribuye a la enfermedad una causalidad exclusivamente biológica, sin considerarla un hecho social. A partir del mencionado atributo, se derivan las otras características, de las cuales presentaremos las cinco primeras. El individualismo, por identificar a las personas enfermas a través de enfermedades que presentan un rasgo biológico común. La ahistoricidad, por considerar que la enfermedad evoluciona, pero sin tener historia, y porque la práctica epidemiológica en que se expresa el biologismo utiliza series históricas de corta duración. La asociabilidad, por la falta de incorporación de la problemática social que se relaciona con la enfermedad. El mercantilismo, por estar asociado a las exigencias del proceso capitalista y por considerar la enfermedad/salud

¹⁶Comas d'Argemir (2014) afirma que investigaciones realizadas en distintos países muestran que los feminicidios de pareja frecuentemente son tratados como un problema individual (Comas D'Argemir, 2014: 5218).

¹⁷ En este apartado se trata de presentar la noción de medicalización, ya la analizaremos más profundamente en el capítulo 3.

como un valor de cambio. La eficacia pragmática, por asumir la superioridad de la biomedicina en comparación con otros saberes populares y académicos.

En este contexto sociohistórico del sistema médico hegemónico, la noción de «medicalización» es concebida como el proceso de apropiación de los problemas de las personas en el terreno de la profesión médica (Illich, 1975; Conrad, 1992; Foucault, 1996; Menéndez, 2005 a; Menéndez, 2005 b) y aporta el análisis crítico de la descrita posición hegemónica de la medicina. Para ello, los autores reflexionan sobre el poder en el que se basa y su ramificación hacia los estratos sociales y hacia otros sistemas de atención a la salud, hechos que, en definitiva, generan una práctica de control social. El interés por categorizar los niveles en los que opera la medicalización (Conrad, 1992), desgranar sus efectos secundarios (Illich, 1975) y profundizar en su conceptualización (Illich, 1975; Conrad, 1992; Foucault, 1996; Menéndez, 2005 a; Menéndez, 2005 b) contribuye a definir el problema de la expansión de la medicina. Por otra parte, la noción contraria a medicalización no es exactamente «desmedicalización». Si bien se trata de un término que condensa el hecho de que un problema no médico deja de ser tratado médicamente (Conrad, 1992), contemplarlo como una noción cuya característica principal se centre en su «valor continuo» permite pormenorizar el grado en que un fenómeno es medicalizado (Halfmann, 2011), siendo esta una aportación que adquiere en este trabajo de investigación una considerable relevancia puesto que permite desgranar las dimensiones en las que la agresión sexual es medicalizada.

Una vez establecida la atención sanitaria, cabe reflexionar brevemente sobre la relación entre profesional y paciente, que se entiende como la interacción entre la persona que tiene un problema de salud y la que la asiste en el contexto de la atención sanitaria (Parsons, 1966; Menéndez, 1984; Kleiman, 1988; Comelles, 1996; Giddens, 1999; Yang *et al.*, 2007; Martínez-Hernández, 2010). Un elemento de suma importancia en el transcurso de la interacción es el diálogo mantenido entre la profesional y la paciente puesto que contiene el intercambio de información entre ambas. Diálogo es la capacidad de hablar y escuchar a otra persona. Asimismo, la comunicación establecida es el medio de interacción donde se observan elementos de carácter moral, emocional y terapéutico en este contexto etnográfico. La comunicación es el proceso interactivo que incluye la continua interpretación de intenciones expresadas verbal y no verbalmente. En el caso que nos ocupa, la comunicación se establece en el contexto institucional de

un centro asistencial y, por tanto, *a priori* la relación de las personas que intervienen se produce en el contexto de la posición que ocupan en función de sus saberes.

Dicha interacción entre profesional-paciente queda contextualizada en las instituciones sociales modernas, donde el conocimiento técnico-científico y la actividad asistencial-terapéutica confluyen, siendo el término «sistemas expertos» el que condensa este tipo de conocimiento (Giddens, 1999). Los encuentros entre las personas profanas y los representantes de estos sistemas tienen lugar en los «puntos de acceso», o espacios donde las ideas de confianza, fiabilidad y riesgo suponen una base conceptual sobre la que sustentar la relación descrita. La confianza es entendida como un elemento de interacción entre dos agentes en los que uno de ellos espera del otro un determinado comportamiento que tendrá consecuencias positivas para sí (Giddens, 1999; Luhmann, 2000; Gambetta, 2000). También es presentada como la variable social que interviene en la consecución del objetivo propio de las organizaciones de voluntariado (Anheier y Kendall, 2002) y la relación entre empresas (Zucker, 1986).

La noción de confianza¹⁸ se asocia a los términos de probabilidad subjetiva y libertad de acción que tienen los agentes para decepcionar las expectativas de otra persona (Gambetta, 2000), y significa «creer» que no es probable que otra persona nos perjudique. La noción de fiabilidad es una forma de «fe» que se confiere a las capacidades abstractas y no a los individuos (Giddens, 1999). Se distingue entre confianza personal, la característica de un mismo grupo social, y confianza sistémica, en la cual interviene la estructura de los sistemas sociales (Giddens, 1999; Luhmann, 2000). En este último caso, es la fiabilidad la que tiene un peso preponderante y no la confianza. Para unos, la distinción entre confianza y fiabilidad se establece distinguiendo entre el peligro y el riesgo, no con la probabilidad (Luhman, 1998); para otros, el peligro y el riesgo están relacionados, pero no son lo mismo (Giddens, 1999).

¹⁸ Presentaremos más ampliamente la noción de confianza en el capítulo 4.

Capítulo 2. Contexto etnográfico

Este capítulo tiene como objeto mostrar el marco de la atención psiquiátrica en el ámbito público, el sistema de leyes que regulan los delitos sexuales y la presentación del centro de salud mental donde tuvo lugar el trabajo de campo. Más concretamente, se trata de describir la estructura del sistema sanitario catalán y las leyes específicas del Código Penal sobre la cuestión que aquí se trata. Además, mostraremos la definición que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala respecto a las diferentes formas de violencia. El motivo para presentar estos temas en apariencia distantes tiene una triple explicación. La primera, la política sanitaria regula la atención sanitaria de las mujeres que han sufrido una agresión sexual y, por tanto, contextualiza la relación profesional-paciente. La segunda, Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal tipifica la agresión sexual como delito. Las mujeres que deciden denunciar la agresión sexual siguen un proceso judicial, el cual tiene un efecto sobre el estado emocional de la mujer. La tercera, la concepción de la violencia definida por la OMS tiene una repercusión directa en la elaboración de leyes (OPS, 2013). Estas pretenden la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y sostienen que la violencia tiene repercusiones sobre la salud de las mujeres, motivo por el que promueve el compromiso de los profesionales de la salud para atender este fenómeno.

2.1 Sanidad catalana: un proyecto político

La constitución del actual modelo sanitario catalán es el resultado de una progresiva asunción de responsabilidades institucionales y de una dotación de recursos económicos y sanitarios vinculadas principalmente a dos leyes: Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad (LGS) y la Llei 15/1990, del 9 de julio, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC). Se trata de un modelo administrado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, gestionado con financiación pública y que sigue las orientaciones de la OMS para el siglo XXI, que se basan en la universalidad y la solidaridad.

La relevancia de la LGS radica en que se transfieren algunas prestaciones a las comunidades autónomas, lo que se traduce en que estas empiezan a tener

responsabilidades en el ámbito sanitario, lo cual, en Cataluña, se materializa en la creación del Institut Català de Salut (ICS). Cabe destacar que el artículo 9 de la LGS declara que las personas que recurren a la asistencia sanitaria son concebidas como «usuarias» de los servicios del sistema sanitario y, como tales, tienen unos derechos y deberes, que quedan reflejados en los artículos 10 y 11, de los cuales deberán ser informadas por los poderes públicos. En consonancia con este enunciado, que es de aplicación a nivel nacional, el Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya aprobó la Carta de Drets i Deures dels ciutadans en relación a la salud y la atención sanitaria el 24 de julio de 2001 (Gencat, 2002). Los derechos se pueden condensar en los siguientes: respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, a la información de los servicios sanitarios que puede recibir, a la confidencialidad, a ser advertido/a de su inclusión en proyectos de investigación o docentes, a elegir profesional sanitario, a que se le asigne profesional (sea facultativo o personal de enfermería), a participar en las actividades sanitarias, a utilizar las vías de reclamación y propuesta de sugerencias y a obtener medicamentos. En cuanto a los deberes, se pueden señalar los que siguen: cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, cuidar las instalaciones de las instituciones sanitarias y responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones por el sistema sanitario. En este sentido, resultó ser una diferencia bastante significativa que las pacientes que participaron en esta investigación no tuvieran excesiva información al respecto. La preocupación por sus derechos y deberes, entendiendo por ellos la norma regulada institucionalmente, era de baja intensidad. Sin embargo, y sin contradecir lo recién afirmado, la edad resultó ser un factor discretamente significativo en cuanto a tener conocimiento de que, como pacientes, tienen derechos. Ello implica que, en caso de percibir algún tipo de problema, las más jóvenes sabían que podían exigir que fuera subsanado desde la institución. Por otra parte, fue muy significativo que las pacientes enfocaran la comprensión de los derechos como necesidades derivadas de su atención directa, que estaban relacionadas con el respeto y el apoyo de las profesionales, tanto a nivel técnico como a nivel moral. La confidencialidad y el recibir suficiente información respecto a su proceso fueron los requisitos que tuvieron más presentes, los cuales se corresponden con dos de los derechos reconocidos legalmente. De este modo, equipararon los derechos institucionalizados a necesidades personales vinculadas al aspecto moral del cuidado.

Retomando la cuestión legislativa, la LOSC regula la organización del sistema sanitario público en Cataluña. Esta ley sigue los principios de universalización, de

integración de servicios, de simplificación, racionalización, eficacia y eficiencia de la organización sanitaria, concepción integral de la salud, descentralización y desconcentración de la gestión, sectorización de la atención sanitaria y participación comunitaria. Para ello, crea el Servei Català de la Salut (SCS) como el ente público configurado por todos los centros, los servicios y los establecimientos sanitarios públicos de Cataluña. A pesar de reconocer dichos centros como los lugares de atención, esta ley responsabiliza al Departament de Sanitat i Seguretat Social, que pertenece a la Administració de la Generalitat, de las facultades de dirección, vigilancia, tutela y del control y evaluación de sus actividades. Al SCS le corresponden las funciones de ordenación, planificación, programación y evaluación sanitaria, sociosanitaria y de salud pública, la distribución de recursos económicos para su financiación y las ya vigentes en la ley anterior¹⁹. Así pues, esta ley introduce dos aspectos novedosos: la creación de un organismo único que ordene, planifique y gestione los servicios sanitarios, que hasta la fecha estaban atribuidos a diferentes organismos,²⁰ y la creación de diversas fórmulas de gestión de los proveedores de los servicios sanitarios (directa, indirecta o compartida)²¹ que el SCS puede utilizar para la gestión y administración de las prestaciones del sistema sanitario público. Se pretende la incorporación de mecanismos de gestión empresarial, no obstante su naturaleza pública. El hecho de garantizar la asistencia sanitaria de cobertura pública universal a toda la población empadronada en Cataluña sería un ejemplo de la naturaleza pública de gestión; en cambio, la separación de las funciones de financiamiento y compra de servicios a cargo del SCS, de manera que el que financia asigna recursos al proveedor sanitario mediante un contrato, sería un ejemplo de gestión privada²².

Además, el artículo 54 de la LOSC proclama que los centros deben contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un

¹⁹ La Llei 12/1983, del 14 de julio, d'Administració Institucional de la Sanitat, la Assistència i els Serveis Socials ya tenía las funciones de gestión y administración de los centros, los servicios y las prestaciones del sistema sanitario público.

²⁰ La Generalitat, las Diputaciones catalanas, los Ayuntamientos, las fundaciones benefico-asistenciales de las Administraciones Públicas, los centros sin ánimo de lucro y otras entidades locales de Cataluña eran los organismos que disponían de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención sanitaria y sociosanitaria.

²¹ “Esta diversidad ha incorporado fórmulas como las empresas públicas, los consorcios, las entidades de profesionales o las cesiones de gestión. Al mismo tiempo, se ha ido introduciendo una gestión más empresarial, sin perder de vista la función de servicio público del SCS, esencial para el bienestar de los ciudadanos” [traducción propia] (Argente et al., 2002: 80).

²² La base de la gestión privada entre el que financia y el proveedor de servicios es que no hay una relación de dependencia jerárquica, sino que la gestión se realiza a través de un conjunto de entidades dotadas de personalidad jurídica diferenciada de la del CatSalut, entre las que se encuentra el HCPB, y que se rigen por el derecho privado.

control de resultados, delimitar las responsabilidades de dirección y gestión y establecer un control en la evaluación de los parámetros que influyan en los costos y la calidad asistencial. Los centros, a su vez, tienen que remitir periódicamente los indicadores sanitarios y económicos (que son comunes para todos los centros) y la valoración económica de las actividades que lleven a cabo. En 2001, diez años después de su creación, el SCS consigue de manera efectiva la separación de funciones entre la financiación y la provisión. Paralelamente, pasa a denominarse CatSalut en su forma abreviada.

En definitiva, el resultado de la política sanitaria de la Generalitat de Catalunya, a través del Departament de Sanitat i Seguretat Social, es haber generado el modelo sanitario catalán, el cual está gestionado con financiamiento público y cuyas orientaciones se basan en la universalidad y la solidaridad²³. Su estrategia ha sido la separación de funciones:

Parlament ----- Asigna presupuestos

Departament de Sanitat---- Elabora un plan de salud y transfiere recursos económicos

CatSalut ----- Garantiza la asistencia sanitaria

Proveedores----- Realizan la actividad asistencial

2.1.1 Servei Català de la Salut

El Servei Català de la Salut, CatSalut, se define como el modelo sanitario catalán que garantiza el derecho a la protección de la salud de toda la ciudadanía de Cataluña²⁴ (CatSalut, 2016). Cabe destacar que los objetivos básicos del CatSalut son situar a los ciudadanos en el centro de la gestión sanitaria y de la salud, garantizar una atención sanitaria de calidad y asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario. Para ello, gestiona las necesidades sanitarias de la población teniendo en cuenta aspectos básicos como la accesibilidad, la participación, la atención directa, la corresponsabilización con la salud, la información y la comunicación, además de la prevención y el estudio de demandas futuras.

²³ Estas orientaciones siguen las de la OMS para el siglo XXI.

²⁴ Para ello se persiguen los criterios de equidad, calidad y eficiencia.

El CatSalut se formaliza como el elemento clave del modelo sanitario catalán mediante una doble estrategia: la compra de los servicios sanitarios a los diversos proveedores y el despliegue de la estructura territorial en regiones sanitarias para tener un mejor conocimiento de las necesidades de salud de la población. Respecto al primer aspecto, y para garantizar la asistencia sanitaria, el CatSalut trabaja con diversos proveedores de servicios sanitarios, de los cuales el Institut Català de Salut, ICS, es el mayoritario (CatSalut, 2016). Estos proveedores ofrecen atención primaria, atención especializada, de tercer nivel y atención complementaria:

- La atención primaria de la salud es el primer nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Hace referencia principalmente a los centros de atención primaria y a los consultorios municipales en las localidades de menos habitantes. El ICS gestiona más del 77,7 % de los Equipos de Atención Primaria y el resto está gestionado por una larga lista de entidades²⁵.
- La atención especializada de la salud es el segundo nivel de acceso de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Incluye los centros de atención primaria, atención hospitalaria, atención sociosanitaria, atención psiquiátrica y mental, drogodependencias y atención farmacéutica. Este nivel de atención es el que le corresponde al CSMA/CE, donde tiene lugar esta investigación.
- El tercer nivel está constituido por las áreas de mayor tecnología y alta complejidad, que corresponde a los grandes hospitales del territorio.
- La atención complementaria. Es la prestación ortoprotética, transporte sanitario, tratamientos con productos dietoterapéuticos complejos y oxigenoterapia y otras terapias respiratorias a domicilio.

Respecto al segundo aspecto, y desde un punto de vista organizativo, el CatSalut se estructura de forma desconcentrada a través de las regiones sanitarias²⁶, que corresponden con las áreas de salud previstas en la LGS, y se delimitan atendiendo a factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, etc., de Cataluña. Estas regiones sanitarias se ordenan a su vez en sectores sanitarios, que son órganos igualmente desconcentrados y configuran el ámbito en el que se desarrollan y coordinan las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, salud pública y

²⁵ Entre estas entidades entran el Consorci d'atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE), ubicado en las cercanías del Centro de Salud Mental donde se lleva a cabo la investigación que genera esta tesis.

²⁶ Las regiones sanitarias son l'Alt Pirineu, Lleida, Camp de Tarragona, Baix Ebre, Barcelona, Girona y Catalunya Central.

asistencia sociosanitaria en el nivel de atención primaria y de las especialidades médicas. Los sectores sanitarios están constituidos por la agrupación de Áreas Básicas de Salud, que son la unidad territorial elemental a través de la cual se organiza el conjunto de servicios de atención primaria de salud. Son unas unidades territoriales formadas por barrios o distritos en las áreas urbanas, o por uno o más municipios en el ámbito rural. El conjunto de regiones sanitarias, sectores sanitarios y áreas de salud se denomina Xarxa Sanitària.

2.1.2 Asistencia sanitaria en salud mental y responsabilidad profesional

Si bien hemos presentado la atención sanitaria organizada en la Xarxa Sanitària, la atención a la salud mental se ofrece en una red específica para esta área: la Xarxa de Salut Mental. El motivo de mostrar este segundo sistema es que la asistencia a la mujer que ha sido agredida sexualmente se produce dentro de él. Paralelamente, el ejercicio de su atención sanitaria está vinculado a la noción de responsabilidad profesional, así que este aspecto será también presentado.

Durante la década de los años ochenta se vivió un gran cambio y evolución en la asistencia psiquiátrica en España (Comelles y Martínez-Hernández, 1994; Carrasco, 1998; Desviat, 2010). La reforma psiquiátrica tiene lugar en España cuando coinciden una demanda social, la voluntad política y un grupo de técnicos preparados para llevarla a cabo en el contexto del rechazo al encierro asilar y la necesidad de nuevos modelos terapéuticos (Desviat, 2010). La reforma de la atención de la salud mental consistió en la sustitución de un sistema de exclusión basado en la custodia de los pacientes definidos como crónicos por otro modelo basado en modelos descentralizados (Comelles y Martínez-Hernández, 1994). Dicha transición se manifestó en varias particularidades, de las cuales destacaremos tres. La primera particularidad es que esta evolución tuvo lugar en el marco de una transformación de un Estado autoritario y centralista a uno basado en la democracia y la descentralización. Este hecho se dio en el contexto de un parlamento constituido por un predominio de candidatos de la izquierda, socialistas y comunistas, en las provincias de mayor envergadura poblacional. Además, la situación de la atención de salud mental a principios de la década de 1980 se caracterizó por la existencia de una red de atención que era muy irregular y desigual a

nivel regional²⁷ debido a la histórica falta de interés en los asuntos de salud mental por parte de las diversas fuerzas políticas y a la falta de coordinación de las iniciativas de atención. La segunda particularidad está en relación con que se produjo un escaso desarrollo de las políticas de cuidado a largo plazo y con una desproporcionada relación entre el número de pacientes hospitalizados y la escasez de personal destinado a su atención, con el consecuente deterioro de la calidad de esta. La tercera particularidad es que se produjo una doble polarización. Por una parte, la de la profesión psiquiátrica, que se estableció entre los que favorecían un continuismo basado en un modelo orgánico y los reformistas, que pretendían un modelo comunitario²⁸. Por otra parte, la polarización entre los pacientes agudos y los de larga estancia en la política de salud mental, situación relacionada con la lenta ejecución de la reforma española y la tendencia a favor de una perspectiva biomédica que delimita su campo de acción dentro de la patología aguda. Así, la rehabilitación y la inserción social de la estancia de larga duración quedan delegadas a las autoridades que están fuera de la salud, tales como los organismos de asistencia social.

En cambio, Carrasco (1998) destaca otros aspectos. En primer lugar, el psiquiatra ve ahora al enfermo no solo como tal, sino como persona con derechos individuales que había que respetar o reforzar puesto que estaban anulados en los manicomios. En segundo lugar, se aplican medidas terapéuticas y de vigilancia de menor rigidez y se abren hospitales, “estimulando las altas y las salidas, con la intención de reintegrar a los locos a la sociedad” (Carrasco, 1998: 29-30). En este contexto histórico, la voluntad universalista de la antes presentada LGS se manifiesta en su artículo 20, que hace referencia a la equiparación del enfermo mental con las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. La consecuencia directa es que se apuesta por la atención de los problemas de salud mental en el ámbito comunitario, se potencian los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Si esa necesidad es inevitable, la ley contempla que se realizará en las unidades

²⁷ Comelles y Martínez-Hernández (1994) sostienen que la situación española en la década de 1980 se caracterizó, además de por la existencia previa de una red de atención institucional con importantes desigualdades regionales, por la exclusión de la psiquiatría de la seguridad social y por el mantenimiento de un sistema de asistencia pública a cargo de las autoridades provinciales, de la Iglesia y del sector privado (Comelles y Martínez-Hernández, 1994:283).

²⁸ Comelles y Martínez-Hernández (1994) afirman que esta polarización permite comprender el porqué de las ambigüedades en el texto de la Ley General de Salud de 1986 y la creación tardía de recursos de atención primaria, secundaria y terciaria que facilitarían la desinstitucionalización.

psiquiátricas de los hospitales generales. Siguiendo la filosofía de la LGS, el modelo sanitario catalán en la atención de enfermedades mentales, la Xarxa de Salut Mental, se creó bajo la perspectiva comunitaria e integral, es decir, pretende la rehabilitación y la integración social de las personas que tienen un trastorno mental y lo hace mediante un conjunto coordinado de recursos, servicios y programas que tratan de cubrir las necesidades de estas personas.

La atención psiquiátrica sigue un modelo de atención interdisciplinaria (formado por profesionales de la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, personal de enfermería y educadores), es intersectorial y se priorizan la atención y la inserción en la comunidad. Para ello, la Xarxa de Salut Mental, igual que la Xarxa Sanitària, está estructurada en tres niveles de atención y realiza el despliegue territorial. Las regiones sanitarias son las mismas que las de la Xarxa Sanitària: Alt Pirineu, Lleida, Camp de Tarragona, Baix Ebre, Barcelona, Girona y Catalunya Central. En cuanto a la ciudad de Barcelona, se sectoriza en diez Àrees de Salut: Ciutat Vella, Eixample Esquerra, Eixample Dret, Montjuic/Sants, Les Corts, Sarrià/St. Gervasi, Gràcia, Horta/Guinardó, Nou Barris, Sant Andreu y Sant Martí. A su vez, cada área de salud cuenta con sus propios recursos, que corresponden con los tres niveles de atención²⁹: las áreas básicas de salud (ABS), los centros de salud mental (CSM), la unidad terapéutica hospitalaria, hospital de día, centros de día, pisos terapéuticos, talleres y clubes,³⁰ cada uno con su función específica y con diferentes niveles de intensidad (hospitalización total o parcial) y de rehabilitación comunitaria. El Programa AGRESX-TEPT está ubicado en el primer nivel de atención a la salud mental, concretamente en el CSMA/CE, que corresponde al barrio de l'Eixample Esquerra.

Una vez expuestos los medios que ofrece el CatSalut para la atención sanitaria en salud mental y su vinculación a la LOSC, es menester destacar dos aspectos respecto

²⁹Los tres niveles de atención psiquiátrica, de forma más detallada, se desarrollan a continuación. El primero se compone de centros de atención primaria en Salud Mental de Adultos, donde se atiende a personas a partir de los dieciocho años de edad, y centros de atención primaria en Salud Mental Infanto-Juvenil, hasta los dieciocho años de edad. En ambos casos, están distribuidos en áreas geográficas establecidas y se ofrece consulta, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, prevención y promoción de la salud. Los CSM están en coordinación con las ABS, con los Servicios Sociales y con el resto de los recursos psiquiátricos. El segundo nivel de atención se compone de Hospital de Día y Unidad Terapéutica Hospitalaria (UTH). Los primeros son de internamiento diurno y, en cambio, los segundos son con pernocta y pueden ser de corta estancia (la Unidad de Agudos y la Unidad de Subagudos) o de media y larga estancia. El tercer nivel de atención se compone de centros de día, pisos terapéuticos, talleres y clubes.

³⁰ Puede ser que dos áreas compartan algún recurso, como, por ejemplo, el hospital donde se realizan los ingresos, según información aportada por una informante.

a la noción de responsabilidad profesional, puesto que está también regulada mediante leyes. Se trata de los diferentes tipos de responsabilidad y de dos situaciones excepcionales que suponen una vulneración de los derechos constitucionales de las personas. Respecto al primer punto, el campo del derecho ofrece un amplio repertorio de textos respecto a la responsabilidad médica y psiquiátrica, la responsabilidad del personal sanitario (tanto médico como de enfermería) y la responsabilidad extracontractual, entre otros. La responsabilidad del psiquiatra surge cuando este produce un daño en la salud del paciente, ya sea por incumplimiento del contrato establecido con anterioridad (relación contractual), o por infracción de los deberes generales de diligencia y prudencia establecidos en el código deontológico, como responsabilidad moral. La obligación del profesional sanitario no es la de obtener la recuperación de la persona enferma, como resultado, sino una obligación de medios, es decir, debe proporcionar los cuidados que los pacientes requieran según el estado de la ciencia.

En el ámbito legal civil, el Código Civil regula la responsabilidad derivada del contrato (responsabilidad contractual), artículos 1101 y siguientes del Código, y la responsabilidad extracontractual, artículo 1902, es decir, cuando el daño se ha producido al margen de la relación contractual (obligación de no dañar a otro). Asimismo, las disposiciones legales relacionadas con la responsabilidad penal profesional, por la existencia de culpabilidad, por dolo o imprudencia, se hallan contenidas en los artículos 84, 94, 106, 156 y 203 del Código Penal, la Ley 17 132 de Ejercicio Profesional, las leyes especiales 15 465, 19 740, 22 914, 23 798, entre otras, y el Código de Ética de 1955.

En cuanto al segundo punto, las dos situaciones que vulneran los derechos constitucionales de las personas son legalmente aceptables por ser consideradas excepcionales: el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico y la privación de la libertad de movimiento. La razón por la que mencionamos estas dos cuestiones es que fueron referidas por las profesionales en cuanto a priorizar la integridad física y mental de las pacientes y por concebir dicha integridad como parte de la responsabilidad que tenían con ellas. Por otra parte, eran dos prácticas que evitaban llevar a cabo, como se verá más adelante, a través del proceso de negociación establecido con las pacientes. La primera situación está contemplada en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Para ello, se requiere una autorización judicial previa

al ingreso y se recaba en el tribunal del lugar donde resida la persona afectada. En el caso de que el ingreso involuntario se establezca de forma urgente, el responsable del centro debe dar cuenta del ingreso al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas. Respecto a la segunda situación, la privación de la libertad de movimiento se halla redactada en el artículo 5.5. g) del Decret 176/2000 de Regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Dicho decreto declara que se tiene derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, excepto que exista un peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceras personas. En ese caso, se deberá documentar en el expediente asistencial del usuario.

En lo que a esta investigación se refiere, no tuvo lugar ningún internamiento no voluntario ni se privó de libertad de movimientos a ninguna mujer que estaba siendo atendida en el Programa AGRESX-TEPT. En cambio, según refirieron las profesionales, sí tuvo lugar poco tiempo antes el internamiento hospitalario de una mujer, pero se trató de un ingreso voluntario, es decir, se pactó con ella dicha medida.

2.2 La violencia y su concepción

La igualdad entre mujeres y hombres es un principio jurídico universal reconocido en diversos textos sobre derechos humanos, entre los cuales destaca la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (NNUU, 1979). Veinte años más tarde, la Asamblea Mundial de la Salud, en su reunión de 1996 en Ginebra, aprobó una resolución por la que se declaraba la violencia uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo (AMS, 1996). Esta concepción ya fue recogida por el Director General de Sanidad de los Estados Unidos en un informe del año 1979, titulado *Healthy People*, en el que se exponía que una proporción de los costos de la violencia corresponde a la repercusión en la salud de las víctimas y a la carga que impone a las instituciones sanitarias (1979, citado en OPS, 2002: 1). De ahí que el sector de la salud esté especialmente interesado en la prevención y tenga un papel clave que desempeñar al respecto. Más tarde, en 1999, la OMS definió la violencia como

el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades

de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OPS, 2002:5).

La definición incluye la violencia interpersonal, el comportamiento suicida y los conflictos armados, así como el acto físico, las amenazas e intimidaciones. También comprende las consecuencias del comportamiento violento, como la muerte, las lesiones físicas y los daños psíquicos, las privaciones y deficiencias del desarrollo que comprometan el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. De esta manera, la OMS define la relación entre violencia y salud en las personas que la sufren y promueve el compromiso de los profesionales de la salud para atender este fenómeno.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud clasifica la violencia según la autoría del acto violento y según su naturaleza (OPS, 2002). Respecto al autor del acto violento, la OMS la clasifica en tres subcategorías: la violencia dirigida contra uno mismo³¹, la violencia interpersonal hacia otro individuo o grupo pequeño de individuos y la violencia colectiva³², la infligida por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas. Respecto a la clasificación según la naturaleza de los actos violentos, estos pueden ser físicos, sexuales o psíquicos, o basados en las privaciones o el abandono.

Destacaremos la segunda forma de violencia, puesto que es el subgrupo donde se categoriza la violencia sexual. La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: violencia intrafamiliar o de pareja³³ y violencia comunitaria. La diferencia entre ambas es que la primera se produce entre miembros de la familia o compañeros sentimentales y suele acontecer en el hogar, y la segunda se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no, acontece generalmente fuera del hogar. En la violencia comunitaria se incluyen la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños y la violencia en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos.

³¹La violencia dirigida contra uno mismo comprende los comportamientos suicidas (pensamiento de quitarse la vida, la búsqueda de medios para llevarlo a cabo, el intento de matarse y la consumación del acto) y las autolesiones (OPS, 2002).

³²La violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales. Adopta diversas formas: conflictos armados dentro de los Estados o entre ellos, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo y crimen organizado (OPS, 2002).

³³Abarca formas de violencia como el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos.

De esta manera, y para lo que ocupa en este trabajo, la violencia sexual es clasificada por la OMS en el subgrupo de la relación interpersonal, tanto intrafamiliar como comunitaria.

Estas definiciones establecidas por la OMS tienen una repercusión en el ámbito jurídico, de modo que los gobiernos han promulgado y revisado leyes que se ajustan a la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En España, en 2004, fue aprobada por unanimidad la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y en Cataluña, la Llei orgànica 3/2007, del 22 de marzo, per a la Igualtat Efectiva de Dones i Homes. Además, y según la Llei 5/2008 del 24 de abril de 2008 de la Generalitat de Catalunya, la violencia sexual y abusos sexuales

comprende cualquier acto de naturaleza sexual no consentido por las mujeres, incluida la exhibición, la observación y la imposición, por medio de violencia, de intimidación, de prevalencia o de manipulación emocional, de relaciones sexuales, con independencia de que la persona agresora pueda tener con la mujer o la menor una relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco [traducción propia] (Llei 5/2008).

2.3 En torno a las leyes que regulan los delitos sexuales

En este apartado se mostrará la forma en que el Código Penal tipifica los delitos contra la libertad sexual y las penas que les corresponden. Para ello se tomará el actual Código Penal y su predecesor, estableciendo una comparativa entre ambos.

El Código Penal de 1973, Decreto 3096/1973, del 14 de septiembre, contempla en su título IX los delitos contra la libertad sexual y los clasifica en violación, delitos de exhibicionismo y provocación sexual, el estupro y el rapto. En cambio, el Código Penal de 1995, Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, contempla en su título VIII los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales y los clasifica en agresión sexual, abuso sexual, acoso sexual, delitos de exhibicionismo y provocación sexual. Ambos códigos definen la violación bajo el mismo concepto: “El acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal”, pero se establecen diferencias clasificatorias entre ellos. En el Código del 73 la violación es catalogada como una de las cuatro formas de atentar contra la libertad sexual y se contempla la introducción de objetos por esas vías haciendo referencia a que la pena es mayor; en cambio, en el Código del 95 la violación aparece como una forma

de agresión sexual y la introducción de objetos por las mencionadas vías está contemplada como parte de la definición de violación.

En un segundo nivel de aproximación, se observa que el primer Código contempla tres circunstancias bajo las que se obtiene el acceso carnal: utilizando la fuerza o intimidación, cuando la persona se encuentre privada de sentido o cuando se abuse de su enajenación y cuando sea menor de doce años sin cumplir las anteriores circunstancias. La pena que establece será prisión menor para estos delitos y mayor si la agresión consistiese en la “introducción de objetos o cuando se hiciere uso de medios, modos o instrumentos brutales, degradantes o vejatorios”, pero no define estos términos. En cambio, en el nuevo Código, además de ordenar los delitos contra la libertad sexual, añade la indemnidad sexual. Paralelamente, le aplica un término específico a los diferentes mecanismos por los que se realiza del acto: utilizando la violencia o la intimidación (que es definido como agresión sexual), sin usarlas (abuso sexual) o en el contexto de una relación laboral, docente o de prestación de servicios (acoso sexual). Así, el nuevo Código amplía la tipificación de las diversas formas de atentar contra el mencionado tipo de libertad. Además, el rapto y el estupro desaparecen del Código bajo esos términos, aunque el concepto de “prevalerse de la superioridad” implícita en el estupro es contemplada en el delito de abuso sexual del Código del 95.

Así, el Código del 95 define agresión sexual como atentar contra la libertad sexual de otra persona, utilizando violencia o intimidación. La pena será prisión de uno a cinco años. Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, es violación. La pena será prisión de seis a doce años. En el caso de que el delito se cometa bajo “tipos agravados”, las penas serán respectivamente de cinco a diez años de prisión y de diez a quince años de prisión. Aquí sí que se definen los tipos agravados, que son: 1) Cuando la violencia o intimidación son ejercidas de modo “particularmente degradante o vejatorio”; 2) cuando los hechos se cometen por la actuación conjunta de dos o más personas; 3) cuando la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad, discapacidad o situación, salvo lo dispuesto en el artículo “Contra la indemnidad sexual de un menor de trece años”; 4) cuando el responsable del delito se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco o afines, con la víctima; 5) cuando el autor haga uso de armas u otros medios igualmente peligrosos. Si concurrieren dos o más de las anteriores circunstancias, las penas previstas en este

artículo se impondrán en su mitad superior. Así, el nuevo Código trata de definir más detalladamente lo que se consideran agravantes de agresión sexual, pero no define “particularmente vejatoria”.

Respecto al delito de exhibicionismo, ambos códigos se refieren a ello como ejecutar o hacer ejecutar a otra persona actos de exhibición obscena. Como diferencias, se observa que el Código del 73 añadía los actos lúbricos en la definición, además que especificaba que se producían ante menores de dieciséis años o deficientes mentales. También hace referencia al mismo acto en relación a mayores de dieciséis años sin su consentimiento y a la difusión de material pornográfico a las personas antes mencionadas. La pena será de arresto mayor y multa. En cambio, el nuevo Código lo simplifica a realizar el acto ante menores de edad o incapaces. La pena será prisión de seis meses a un año o multa de doce a veinticuatro meses. En el caso de difundir material pornográfico entre menores de edad o incapaces, la pena será prisión de seis meses a un año o multa de doce a veinticuatro meses.

En este punto, consideraremos más ampliamente los conceptos hasta ahora mencionados diferenciándolos por códigos ya que cada uno define los delitos que tipifica. El Código del 73 define estupro como acceso carnal con otra persona especificando las edades y los medios: 1) mayor de doce años y menor de dieciocho, prevaliéndose de su superioridad; 2) mayor de doce años y menor de dieciséis, interviniendo el engaño; 3) “jefe que, prevalido de esta condición, tenga acceso carnal con mujer menor de veintitrés años de acreditada honestidad que de él dependa”. La pena será de prisión menor, en el primer caso, y de arresto mayor, en el segundo y tercero.

Este Código no define rapto, pero aclara que es ejecutado contra su voluntad (de la persona) y con la finalidad de atentar contra su libertad sexual. La pena será de prisión mayor si la persona tuviera menos de doce años; arresto mayor en su mayor grado y multa si la persona tuviera entre doce y dieciséis años y se hubiera utilizado el engaño; arresto mayor si la persona tuviera entre dieciséis y veintitrés años. Si el reo de rapto no manifiesta el paradero de la persona o no da “explicación satisfactoria sobre su muerte o desaparición”, la pena es reclusión mayor. No define el término “explicación satisfactoria”. Los reos de violación, estupro o rapto serán también condenados a indemnizar a la persona ofendida.

Respecto al Código del 95, ya se ha dicho que define el abuso sexual como atentar contra la libertad o indemnidad sexual de otra persona sin utilizar la violencia o la intimidación. La pena será de prisión entre uno y tres años o multa entre dieciocho y veinticuatro meses. Se consideran abusos sexuales no consentidos los realizados estando la persona privada de sentido o de cuyo trastorno mental se abusara, así como los que se cometan anulando la voluntad de la víctima mediante el uso de fármacos, drogas o cualquier otra sustancia natural o química idónea a tal efecto. Se incluye en el abuso cuando el responsable obtenga el consentimiento prevaliéndose de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima. Cuando los abusos sexuales consistan en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de cuatro a diez años.

En esta ley se dedica el Capítulo II Bis a los abusos y agresiones sexuales a menores de trece años. Aquí no será presentado por no ser objeto de estudio de esta investigación.

Define acoso sexual como solicitar favores de naturaleza sexual, para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios y la víctima sienta una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante. La pena será prisión de tres a cinco meses o multa de seis a diez meses. Si el culpable de acoso sexual hubiera cometido el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, la pena será de prisión de cinco a siete meses o multa de diez a catorce meses. En el caso de que la víctima sea especialmente vulnerable, por razón de su edad, enfermedad o situación, la pena será prisión de cinco a siete meses o una multa de diez a catorce meses, en los supuestos previstos en el primer apartado, y de prisión de seis meses a un año cuando existe superioridad.

En un tercer nivel de aproximación, se observan algunos cambios en los términos utilizados tanto para referirse a las personas implicadas y a sus atributos como a la tipificación de las penas que se imponen. Respecto a las personas, en ambos códigos aparece el término “privada de sentido” como una de las circunstancias en que se encuentra la víctima cuando se realiza el acto delictivo. Paralelamente, en el antiguo Código se utiliza la expresión “abusar de su enajenación” y, en cambio, en el nuevo se usa “trastorno mental” para referirse al estado de salud mental que se atribuye a la víctima. Para hacer referencia a la persona que realiza el acto delictivo, en el Código del

73 se utilizan expresiones como «persona que ejecuta» (o similares) o «reo». En cambio, en el posterior Código se usa «el responsable del delito». Finalmente, el vocablo «deficiente mental» es sustituido por «incapacitado». Así, en el Código del 95 se trata de modernizar los conceptos mencionados y de ser más específico en su utilización.

En cuanto a las penas, en el Código del 73 se expresan en términos generales como prisión mayor o menor, arresto mayor y multa sin concretar más; en cambio, en el posterior Código se expresan con el término prisión y se concretan los años o meses en los que se debe cumplir la pena. Por último, llama la atención que, cuando se ha atentado contra la libertad sexual mediante el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, varíe la pena en función de considerarse el acto como agresión sexual o abuso sexual. Recordemos que la diferencia entre ambos es el uso o no de la violencia o intimidación. Pues bien, en el primer caso, la pena es de entre seis y doce años y, en el segundo, de entre cuatro y diez años, por tanto, la pena es menor en el abuso sexual siendo el mismo acto. Teniendo en cuenta que se considera abuso sexual cuando la persona se encuentra privada de sentido, se abuse de que tenga un trastorno mental o se anule la voluntad de la víctima, aquí cabe preguntarse el porqué de la diferencia de la pena: ¿Se traslada parte de la responsabilidad del acto a la víctima?, ¿es menos culpable la persona que realiza el delito?

Otra cuestión que nos suscita interrogantes está en relación con algunas indefiniciones del Código del 73. Una de ellas gira en torno a la definición de uno de los supuestos del estupro, el que señala al jefe que, prevalido de esta condición, tiene acceso carnal con una mujer de «acreditada honestidad», que dependa de él y sea menor de veintitrés años. No se especifica qué significa la expresión «acreditada honestidad» ni quién lo tiene que definir o cómo tiene que hacerlo esa persona para poder aplicar el supuesto. Por otra parte, este Código no define raptor y cuando expone que, si el reo de raptor no dice el paradero de la persona o no da «explicación satisfactoria» sobre su muerte o desaparición, tampoco define el término «explicación satisfactoria». ¿Cómo puede ser satisfactoria una explicación si se trata de la muerte de una persona?

2.4 Centre de Salut Mental d'Adults de l'Esquerra de l'Eixample (CSMAEE) y la Consulta Externa de Psiquiatria (CE)

En este apartado presentamos el centro de salud mental donde se ha llevado a cabo esta investigación. Para ello describiremos físicamente el lugar y expondremos su organización y función con el objetivo de contextualizar el lugar donde son visitadas las mujeres víctimas de agresión sexual. Finalmente, mostraremos cómo la noción de “territorio” adquiere relevancia en relación a la vinculación del CSMA con la Xarxa de Salut Mental.

2.4.1 Descripción física

El Centre de Salut Mental d'Adults de l'Esquerra de l'Eixample (CSMAEE) y la Consulta Externa de Psiquiatria (CE) comparten el espacio físico que conforman la planta baja y el primer piso del edificio que está en el número 140 de la calle Rosselló, entre Casanovas y Muntaner, en el lado mar³⁴. El edificio en el que están ubicados es de nueva construcción y presenta la típica estructura del barrio: planta rectangular, estrecha y alargada, y su parte posterior linda con el centro de la manzana. El espacio que ocupa es totalmente interior, sin ventanas al exterior.

Recién cruzado el umbral de la doble puerta de la calle, de vidrio grueso, aparece un único espacio formado por la recepción y una sala de espera con tres hileras de sillas. Este espacio único se convierte en un pasillo que se alinea con la puerta de entrada y que llega hasta el final del local. Un poco más allá de la mitad de este pasillo principal aparecen otros dos pasillos perpendiculares, que van en dirección a la derecha y finalizan en una minúscula terraza cuya función es la de salida de emergencia, ya que comunica con la escalera de vecinos del edificio. Un total de cuarenta despachos contiguos destinados a la visita de pacientes completan la planta baja del local.

Para acceder al primer piso se puede utilizar la escalera de caracol que está inmediatamente a la derecha de la puerta de la calle o por otra que está al final del primer pasillo. Allí están ubicadas siete mesas destinadas al trabajo de despacho del personal (no se visitan pacientes), un pequeño despacho de reuniones y dos minúsculos cubículos sin puerta cuya única finalidad es que los pacientes tengan un espacio donde

³⁴ El lado mar se refiere a la forma popular de nombrar a la parte sur de las calles que van horizontales en el barrio del Eixample, mirando en el plano.

responder los tests psicológicos. Además, dispone de una sala de unos treinta metros cuadrados cuyo uso es polivalente puesto que ahí tienen lugar las sesiones de terapia grupal para pacientes y las reuniones formativas y organizativas del personal. Dicha sala no tiene ventanas al exterior, está amueblada con una mesa, una gran pantalla de proyección y unas veinte sillas.

Un elemento destacable es que el local del CSMAEE/CE está separado del Hospital Clínic i Provincial Barcelona (HCPB) y de las consultas externas de este. El primero está cruzando la calle Casanovas, perpendicular a Rosselló, y las segundas, cuyo nombre completo es Clínic Barcelona Consulta Externa, se encuentran en un edificio de nueva construcción en la misma calle Rosselló, pero en el número 161. Para complicar un poco más las cosas, hay que decir que en este edificio también se encuentra el Consorci Atenció Primària de Salut Eixample (CAPSE), que es del Institut Català de Salut. De esta manera, la atención a las personas con un problema de salud mental es segregada espacialmente de las personas con otro tipo de problema de salud.

Observar el uso que las profesionales y las pacientes hacen del espacio ha resultado interesante por mostrar la forma en que se relacionan las personas. Los pasillos, lugares de paso donde los haya, se transforman en lugares de espera y también de encuentro: los visitantes médicos³⁵ esperan a que los psiquiatras puedan atenderlos entre visita y visita; las estudiantes de Medicina hacen lo propio mientras sus profesionales de referencia inician la visita con sus pacientes. También se convierten en verdaderos puntos de información respecto a quién ocupa qué despacho, si está o no tal persona. Estas personas forman pequeños grupos esporádicos, en los que a través de breves conversaciones mitigan sus tiempos muertos bajo la consigna de la espera. Los pasillos son también lugares de encuentro del personal cuando, en sus constantes idas y venidas a la sala de espera para ir a buscar a sus pacientes, cruzan sus caminos. Es momento para saludos y también para coordinar alguna gestión sobre un paciente, comentar un caso, pedir una opinión, etc. Otro lugar de encuentro es el terrado/salida de emergencia, utilizado exclusivamente por el personal. Es lugar de socialización entre el personal, de breve descanso, y, cómo no, es utilizado también para comentar casos, situaciones y novedades varias.

³⁵ Los visitantes médicos son delegados de compañías farmacéuticas y vienen a presentar sus productos, sus nuevas indicaciones terapéuticas y otras novedades que puedan tener.

En cuanto a la utilización de los despachos, además de la visita de pacientes, es el lugar por excelencia para coordinar la acción de los diferentes profesionales que tratan a una persona y para llevar a cabo la docencia a los residentes y estudiantes. Un uso más privado se da en el momento en que las conversaciones entre los profesionales son de carácter personal. Por último, la sala de espera es el lugar donde pacientes y familiares comparten su tiempo, manifiestan su opinión respecto a los profesionales que los tratan, se lamentan públicamente de su infortunio, explican el tratamiento que toman, la situación en la que se encuentran e infinidad de temas de conversación. O permanecen en silencio.

2.4.2 Función dentro de la Xarxa de Salut

El CSMAEE y la CE tienen unas características funcionales que son específicas de cada uno. El primero es un dispositivo, que significa un lugar donde se procura atención en salud mental para una población de referencia, que es l'Eixample Esquerra; en cambio, el concepto de consulta externa procede de la institución hospitalaria. Si una persona inicia atención a su salud en el hospital (sea en régimen de ingreso, en urgencias o en la consulta externa de otras especialidades del hospital) y precisa asistencia en el Servicio de Psiquiatría y Psicología, esta se mantiene en la CE por el proceso de enfermedad/salud que se ha iniciado en el hospital. El HCPB es el hospital de referencia de las áreas Eixample Esquerra, Sarrià- St Gervasi, Les Corts i Sants-Monjuic.

El CSMAEE está financiado por el CatSalut y, a través del Plà Director de Salut Mental, que depende de la Conselleria de Salut, se evalúa el trabajo realizado. Dicha evaluación corre a cargo de una comisión formada por profesionales de farmacia y medicina de familia que se rigen por unas guías elaboradas por la Generalitat. En caso de no haber conseguido los objetivos o recomendaciones que marca el Plà Director, la financiación es menor. Así, se recibe una parte de forma fija y una parte variable si se consiguen los objetivos marcados, que es cambiante de un año a otro³⁶. Se produjo una disminución de la parte fija fue a raíz de la crisis económica que está asolando el país desde 2008. La repercusión en el CSMAEE quedó diluida en un principio puesto que el

³⁶ Entre los objetivos variables en el 2013 destacó limitar el uso de marcas comerciales y potenciar los genéricos. En el 2015 ese no fue un objetivo puesto que las farmacéuticas ya estaban obligadas a ello, así que, en su lugar, decidieron controlar el gasto en ciertos medicamentos (benzodiazepinas y antidepresivos).

capital es administrado por el hospital, no por el CSMAEE, pero, a pesar de ello, y a partir de 2011, se decidió tomar medidas para afrontar el efecto de la crisis. El propio Institut de Neurociències, al cual pertenece el Servei de Psiquiatria i Psicologia, fue el responsable de las medidas tomadas, conocidas como Plan de Choque. Las que tuvieron una afectación directa en el CSMAEE/CE fueron las siguientes: no se renovó ni el contrato completo de un psicólogo ni veinte horas de la jornada laboral de una psiquiatra y se amortizó el puesto de trabajo de una enfermera tras su jubilación. Una de las consecuencias fue que se anuló parte de sus tareas y el resto fue redistribuido entre sus compañeros, con la consiguiente sobrecarga en sus agendas de trabajo. Otras medidas para hacer frente a la crisis, pero de repercusión en el resto del Servei de Psiquiatria, fueron la amortización del puesto de trabajo de una trabajadora social de la unidad de hospitalización tras su jubilación, la reducción de cuatro camas de hospitalización, lo cual implicó cancelar un contrato de una posición de auxiliar de enfermería, el retraso en el inicio de las guardias de urgencias de una hora (por lo que las psiquiatras de guardia trabajan y cobran una hora menos) y la reducción de camas de hospitalización en el período estival³⁷ y en Semana Santa.

La lectura de las consecuencias respecto a los cambios mencionados es doble. Por una parte, y según la información facilitada por un psiquiatra dedicado a la gestión, se ha “incrementado la eficiencia” de la organización del CSMAEE/CE, esto es, se visita a las personas que son del sector, que es lo que está financiado por el CatSalut. En la práctica, las personas que solicitan ser visitadas en este CSMA son redirigidas a su sector, que es el que está financiado para su atención. De esta forma se ha conseguido reducir gasto, y en el Servicio de Psiquiatría y Psicología, el mayor gasto se da en personal³⁸. Actualmente, el setenta por ciento de la actividad que tiene lugar en el CSMAEE/CE corre a cargo del primero, es decir, de pacientes del sector. Por tanto, el restante porcentaje son pacientes procedentes del hospital dirigidos a los programas, que más adelante se mostrarán. Por otra parte, y según la información facilitada por el personal³⁹ dedicado a la asistencia directa a pacientes, estas medidas han supuesto una sobrecarga de trabajo, una disminución del tiempo destinado a la atención de cada paciente y una redistribución de las tareas asignadas a cada profesional, entre otras.

³⁷ En el 2015 el cierre estival tuvo lugar entre junio y septiembre.

³⁸ En otros Institutos el gasto procede de exploraciones complementarias e intervenciones quirúrgicas.

³⁹ El personal referido incluye las diferentes profesiones que tratan directamente a los pacientes: personal de enfermería, de psicología, de psiquiatría, de trabajo social y de administración.

Según lo expuesto en el apartado de política sanitaria catalana, la descentralización en regiones sanitarias y áreas de salud permite una mayor proximidad a las necesidades de la persona. La cuestión es que esa cercanía está limitada por la existencia de unos criterios que regulan la posibilidad de poder acceder a la atención en estos dos dispositivos y que adquieren una especial relevancia: el territorio y el diagnóstico médico. En el siguiente apartado se mostrarán ambos criterios diferenciándolos en CSMEE y CE para facilitar la comprensión de la organización interna.

2.4.2.1 Distribución territorial CSMAEE y criterio de derivación

Existen dos vías para acceder a la atención en el CSMAEE. La primera, ser visitado en una de las cinco Áreas Básicas de Salud (ABS) que pertenecen a l'Esquerra del Eixample, que están distribuidas en dos centros: el Centre d'Atenció Primària Manso y el CAPSE. En el primero hay un total de cuatro Equips d'Atenció Primària, pero solo tres corresponden al CSMAEE; el cuarto tiene como referente al CSMA St. Pere Claver. En el CAPSE hay dos equipos de atención primaria, o ABS. A cada ABS se le adjudica un código territorial. En la siguiente tabla se muestra la distribución de las ABS correspondientes a cada centro.

Tabla 1. Relación de centros y ABS

| Centros | Código de ABS | Nombre del ABS |
|---------|---------------|----------------|
| CSMAEE | 2A | St. Antoni |
| | 2B | Vía Roma |
| | 2D | Universitat |
| CAPSE | 2C | Roselló |
| | 2E | Casanova |

Por tanto, el CSMAEE da soporte a los ABS mencionados, lo que equivale a decir que estos ABS son un sector del CSMAEE. La segunda vía de acceso es desde las unidades de urgencias psiquiátricas (sean del HCPB o de otros centros hospitalarios) siempre y cuando el paciente tenga su ABS en l'Esquerra de l'Eixample.

En cuanto al criterio de derivación al CSMAEE, los pacientes serán admitidos siguiendo un criterio puramente de diagnóstico médico y que debe incluir uno de los

siguientes trastornos: 1) Trastorno mental severo (TMS): depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno psicótico, crisis de pánico y/o agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de personalidad tipo límite y trastorno de personalidad tipo paranoide; 2) Trastornos adaptativos, trastornos distímicos y trastornos de ansiedad que, habiendo sido tratados en tiempo y dosis adecuados en el ABS, no han presentado mejoría.

En definitiva, la función del CSMAEE es la atención sanitaria del trastorno mental severo y el soporte a los ABS. Una tercera función es la que materializa el carácter comunitario⁴⁰ de la Xarxa de Salut Mental, esto es, abordar al individuo dentro de su unidad familiar y/o social, asegurarle los derechos que promulga el Estado de Derecho⁴¹, su autonomía y la integración sociolaboral. Para conseguir este objetivo, el CSMAEE gestiona la coordinación con los diferentes equipos de la zona⁴², tiene la posibilidad de solicitar diferentes prestaciones sociales⁴³ y utiliza la prevención y rehabilitación como vías para la reinserción social.

2.4.2.2 Distribución territorial de la CE y criterio de derivación

En este breve apartado mostraremos cómo queda contextualizado el Programa AGRESX-TEPT dentro de la atención en la Consulta Externa.

Las vías por las que se puede acceder a la CE son más amplias que en el caso anterior, aunque operativamente compartan el mismo objetivo, que es la atención a la salud mental. Los pacientes pueden proceder de la consulta de un especialista del HCPB que solicite la valoración psiquiátrica, y de especialistas de otros centros de España para contemplar una segunda opinión. Además, los trabajadores del HCPB pueden visitarse como pacientes en la CE si así lo requieren.

⁴⁰ La intervención de las trabajadoras sociales es crucial en esta visión comunitaria puesto que en ellas recae la responsabilidad de la gestión de los diferentes recursos. Hay que subrayar que el trabajo multidisciplinar es imprescindible en este punto ya que, para la derivación a un recurso comunitario, es necesario el informe médico o psicológico.

⁴¹ Los derechos son al trabajo, a una vivienda, unas asignaciones personales y a unas prestaciones económicas, entre otros.

⁴² Los dispositivos son el centro de día, hospital de día, programas de integración laboral específicos, ayudas personales, etc., donde se trabajan diferentes aspectos de la propia enfermedad y rehabilitadores para la reinserción social.

⁴³ Sería el caso de la obtención del Grado de Disminución y, posteriormente, solicitar las prestaciones (o pensiones) no contributivas gestionadas a través del Departament d'Acció Social i Ciutadania, concretamente de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS).

En cuanto al criterio de derivación a la CE, hay dos posibilidades de acceso. La primera, tener solicitada una interconsulta ambulatoria con psiquiatría o psicología desde el HCPB. Interconsulta significa que un especialista de ese centro solicita que una persona que está siendo tratada a nivel ambulatorio, o que ha estado ingresada en el hospital por un problema de salud, reciba una valoración psiquiátrica y/o psicológica. El objetivo es hacer una evaluación de esa persona, una aproximación diagnóstica y una propuesta de tratamiento a lo largo de dos o tres visitas para la posterior derivación de la persona a su ABS o al CSMA que le corresponda por zona.

La segunda posibilidad es tener una de las enfermedades que se incluyen en los Programas de Salud Mental de la CE, lo cual significa que este es un centro de referencia en la atención psiquiátrica de esa patología. Un Programa es un procedimiento o protocolo de atención establecido de forma consensuada, es decir, está definido qué trabajo se hace y cómo se hace. La implicación de tener un Programa es que pueden venir pacientes procedentes de otros territorios, para lo cual se precisa la aprobación del lugar de procedencia. Aquí se clasificarán los programas en dos grandes grupos en función del seguimiento que posteriormente se ofrece a las personas enfermas:

- Programa de Trastorno Bipolar, Programa de Depresión y Programa de Esquizofrenia. La persona tiene que aportar un informe de derivación de su psiquiatra y será atendida en primera visita con un psiquiatra. Posteriormente, puede ser que se la continúe visitando en la CE o puede ser derivada a su CSMA de referencia.
- Programa de prevención y tratamiento de las secuelas psíquicas en mujeres con agresión sexual, Programa de Psiquiatría Perinatal, Programa de Atención Sanitaria a la Transexualidad, Programa de atención a pacientes oncológicos, Unidad de Epilepsia, Programa de Atención a la Fatiga Crónica, Programa de dolor crónico no oncológico (Fibromialgia), Programa de Atención a pacientes con infección por VIH, Unidad de Obesidad, Unidad de adicciones, Trasplante Hepático, Trasplante cardíaco, y Trasplante Renal. Cada programa o unidad tienen sus propios criterios de inclusión y los pacientes serán atendidos hasta el momento en el que se acuerde el alta médica.

Las enfermedades que no están incluidas en este listado no están sujetas a la obligatoriedad de su atención, ya que son otros los centros de referencia. Es el caso del

juego patológico (ludopatía), que se atiende en el Hospital de Bellvitge; el trastorno de conducta alimentaria en el adulto, para el que se acude a Can Ruti, al Hospital de Sant Pau o al Hospital de Bellvitge; y las disfunciones sexuales, para las que se dirigen a la Clínica Puigvert.

Por último, hay que mencionar que, debido a la función del CSMAEE dentro de la Xarxa de Salut Mental, y, como se dijo en el segundo capítulo respecto al artículo 54 de la LOISC, el centro debe remitir una memoria anual al Programa de Salut Mental, en la que se incluyen indicadores sanitarios y económicos. Constan los diagnósticos, el número de personas que padecen cada uno de los trastornos, las incidencias, el gasto farmacéutico y los recursos utilizados, entre otros.

En suma, el CSMAEE está íntimamente ligado al concepto de sector y de territorio en el sentido físico, y equivale al barrio de l'Eixample Esquerra. En cambio, en la CE, el concepto territorio queda difuminado por la existencia de los diferentes programas mencionados y toma relevancia el hecho de dar soporte a los pacientes que han estado hospitalizados en el Clínic y que no son del sector⁴⁴ del CSMAEE. Las pacientes que acuden al Programa AGRESX-TEPT lo hacen en concepto de uno de los servicios que se ofrece desde la CE y es de carácter suprasectorial, es decir, se atiende a mujeres víctimas de agresión sexual independientemente de su ABS de referencia.

2.4.3 Organización interna del centro

El CSMAEE está ubicado en las instalaciones del HCPB porque este centro solicitó en su momento el acceso al Programa de Salud Mental que el ICS genera, lo que le convirtió en proveedor de servicios. En cuanto a la CE, era ya un dispositivo creado por el HCPB para el seguimiento posterior de los pacientes que habían estado hospitalizados en la sala de psiquiatría. Una de las implicaciones directas de esta coyuntura es que el HCPB proporciona el personal para llevar a cabo la atención sanitaria y la no sanitaria de ambos equipos.

Estructuralmente, este centro de salud está formado por el grupo de trabajadores y por el grupo de pacientes y sus familiares. Solo describiremos el primero por ser más

⁴⁴ El motivo radica en que a las personas residentes en las áreas de Sants, Montjuic, Les Corts y l'Eixample les corresponde ser atendidas en las urgencias del Hospital Clínic y también ser ingresadas a nivel de patología general. Cabe destacar que los ingresos de la especialidad de salud mental tienen su propia sectorización.

estática su estructura interna. La plantilla del personal está formada actualmente por cuatro administrativas, tres enfermeras, dos trabajadoras sociales, trece psicólogas y psicólogos y veintidós psiquiatras, entre los cuales se encuentra el coordinador del centro. Como el total del personal sanitario es de cuarenta personas y el número de despachos es de treinta y seis, la estrategia que siguen para atender a los pacientes es compartirlos. Puesto que no todos los profesionales visitan todos los días de la semana, o lo hacen en diferentes franjas horarias, se trata de compaginar sus agendas.

No hay duda de que el trabajo del personal del centro gira en torno a la asistencia de los pacientes. Las funciones específicas propias de la profesión de cada grupo de trabajadores definen su actuación con el paciente que acude al centro, pero, a grandes rasgos, el conjunto de la actividad llevada a cabo se puede clasificar según su finalidad.

- Trabajo asistencial individual: son las consultas individuales llevadas a cabo por profesionales sanitarios (enfermería, psicología y psiquiatría).
- Trabajo asistencial grupal: son las terapias de grupos y los diferentes talleres monográficos que lleva a cabo personal sanitario.
- Trabajo comunitario: principalmente gestionado por las trabajadoras sociales.
- Trabajo administrativo: las administrativas coordinan las visitas de los pacientes a través de programación informática.
- Sesiones formativas por y para el conjunto del personal.
- Sesiones clínicas y/o organizativas para el personal.

Respecto al tipo de las visitas observadas en el CSMAEE/CE, se clasifican en dos grandes grupos. El primero son las “primeras visitas”, que corresponden a la primera vez que una persona es visitada por cada profesional y en las que se utiliza la entrevista dirigida (pregunta–respuesta). El segundo grupo son las “revisiones”, o siguientes visitas, en las que se hace el seguimiento de la evolución de la persona. Se incluyen tanto las programadas de forma ordinaria, con la frecuencia que acuerdan los profesionales y los pacientes, como las visitas “extras” o urgentes que solicita el paciente para ser atendido en el mismo día. En estos casos, además de la entrevista dirigida, se tratan otras cuestiones relativas a la vida general del paciente, el trabajo o la familia.

Capítulo 3. La agresión sexual: una mirada bajo dos prismas

En los dos capítulos anteriores hemos presentado el contexto político y legislativo que rodea las agresiones sexuales, así como la función, organización y estructura social del centro de salud donde se visita a las mujeres que son víctimas de agresión sexual. En este capítulo nos centraremos en su atención desde una mirada centrada en dos grandes aspectos. El primero muestra que las pacientes son visitadas en el Programa d'intervenció precoç i tractament de les seqüeles psíquiques en dones víctimes d'una agressió sexual (AGRESX-TEPT), que forma parte de un modelo de atención específico y organizado para las mujeres que han sufrido una agresión sexual en la ciudad de Barcelona; así mismo, reflexionamos sobre si la agresión sexual sigue un proceso de medicalización. El segundo aspecto expone las formas en que las pacientes categorizan la enfermedad mental en relación a sí mismas y a sus agresores, así como el significado que las profesionales y las pacientes le atribuyen a la agresión sexual. Además, concretaremos qué define la agresión sexual.

3.1 Modelo de atención a las mujeres víctimas de agresión sexual en Barcelona

3.1.1 Protocolo de atención a las mujeres víctimas de agresión sexual en Urgències Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

En 1994 el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (HCPB) firma el Protocolo básico de actuación en delitos contra la libertad sexual con la fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, médicos forenses, la jefatura de Policía de Barcelona y la Brigada de Protección a la Víctima de los Mossos d'Esquadra (HCPB, 2012). En dicho protocolo, que posteriormente fue revisado y en 2005 pasó a llamarse Protocolo de las Agresiones Sexuales, el hospital se comprometía a trabajar coordinadamente con las instituciones enumeradas con el fin de ofrecer una buena asistencia a las personas víctimas de agresiones sexuales y a trabajar activamente a favor de su erradicación. Desde entonces, el HCPB, y específicamente el Servei d'Urgències, es el centro de referencia para atender de forma urgente a las personas que han sufrido una agresión sexual en la ciudad de Barcelona.

El motivo para establecer este circuito es que las personas que representaban dichas instituciones consideraron que la atención atomizada y disgregada, donde la mujer acudía a diversos dispositivos de salud y en diferentes tiempos, no era la atención que necesitaba ya que habían detectado, a través de sus instrumentos de valoración de calidad en la atención a las mujeres, una praxis que podía mejorarse: por una parte, las mujeres hacían la denuncia y, por otra, consultaban en urgencias, acudían a su servicio de ginecología y, paralelamente, buscaban atención médica en su ambulatorio. En cambio, con la instauración del circuito podían recibir toda la atención en un solo centro, de forma coordinada y en el menor tiempo posible, ya que, paralelamente, el Servei d'Urgències elaboró un protocolo interno de actuación para su atención haciendo que esto fuera posible (HCPB, 2012). En dicho protocolo se atienden aspectos de la salud que han sido comprometidos por la agresión, como lesiones físicas y reacciones emocionales que tenga la mujer, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Para ello, intervienen ordenadamente profesionales de trabajo social, de enfermería y facultativos de las especialidades médico-quirúrgicas como ginecología, enfermedades infecciosas, psiquiatría y cirugía, además de otras especialidades que pueda precisar la persona. También se tiene en cuenta el aspecto judicial mediante un comunicado al juzgado de guardia y el traslado del/ médico forense y la Policía al servicio de urgencias.

En 1998 se inicia un interés por el abordaje asistencial de la violencia intrafamiliar y de género en el Servei d'Urgències del HCPB, cuando un grupo de profesionales de enfermería y de trabajo social observan en su labor diaria el problema de la violencia de género y elaboran un trabajo descriptivo en el que se pretendía analizar las agresiones como motivo de consulta, cuantificar el número de casos atendidos en aquel momento y seguir su evolución (HCPB, 2008). A partir de las conclusiones de dicho trabajo, se decide establecer una línea de actuación para coordinar mejor la asistencia a las personas maltratadas, actividad que se realiza a través de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere de l'Hospital Clínic de Barcelona (CVIG).

La CVIG se consolida en el año 2000 como un grupo multidisciplinario estable bajo la dirección del Cap de Servei y la Cap de Gestió d'Infermeria, ambos del Servei d'Urgències de aquel momento, y está formada por personal de enfermería, médico y de trabajo social que intervienen en la atención de personas sometidas a la violencia, sean

mujeres (en las cuales esta situación es más prevalente), hombres, menores de edad o personas ancianas (HCPB, 2008). Los objetivos de la CVIG son múltiples, entre los que destacan: 1) estimular la sensibilidad y la responsabilidad de profesionales de la sanidad ante cualquier tipo de violencia intrafamiliar o de género; 2) coordinar toda la actividad realizada en relación a esta situación creando circuitos y protocolos asistenciales internos; 3) evaluar el cumplimiento de los circuitos y protocolos; 4) estimular la detección de casos de maltrato; 5) coordinar y motivar la investigación; 6) elaborar diversas guías y folletos para una difusión pública, la redacción de la memoria de su actividad y la organización de jornadas especializadas.

Ambos procesos, la centralidad del HCPB en la atención a personas víctimas de agresión sexual y la creación de la CVIG como ente que coordina la atención a personas víctimas de violencia intrafamiliar y de género, se producen en el contexto más amplio de preocupación respecto a este tema, ya presentado en el capítulo que aborda la cuestión política. Una vez finalizada la atención en urgencias, se ofrece a las mujeres que han sufrido una agresión sexual la posibilidad de recibir atención de enfermería, psicológica y/o psiquiátrica y de trabajo social en la consulta externa del hospital, concretamente en el Programa AGRESX-TEPT. Por otra parte, a las personas que han sufrido otras formas de violencia de género se las dirige a centros especializados en violencia de género. Dichos centros dependen del Ajuntament de Barcelona y son de carácter social, es decir, las personas son atendidas por personal no sanitario.

En suma, se establecen tres circuitos y/o protocolos de actuación en paralelo: 1) el firmado entre las instituciones judiciales, sanitarias, policiales y sociales arriba mencionadas con el fin de centralizar la atención urgente a las personas víctimas de agresión sexual en un solo centro; 2) el protocolo interno de actuación en el Servei d'Urgències a dichas víctimas; 3) la creación de la CVIG para coordinar y mejorar la asistencia en urgencias a las personas que han recibido maltrato y/o agresión sexual.

3.1.2 Circuito “Barcelona contra la violencia hacia las mujeres”

La violencia de género ha sido definida por la OMS como un problema de salud pública que requiere de una intervención interdisciplinaria (OPS, 2002). Por este motivo, en Barcelona, en el año 2001, e impulsado por el Ajuntament de Barcelona y el Consorcio

Sanitario de Barcelona, se constituyó el Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres, cuyo objetivo es el de prevenir, detectar y atender a mujeres y a sus hijos e hijas en situación de violencia de género (Gencat, 2016). Así, el mencionado circuito es un dispositivo, un engranaje, que centra su atención en la violencia machista.

En el año 2002 se constituyó una comisión técnica de coordinación del Circuito Barcelona contra la violencia hacia las mujeres con la finalidad de implantar e impulsar estrategias de coordinación entre ámbitos y profesionales diferentes, aunando esfuerzos en la lucha contra la erradicación de este tipo de violencia (Ajuntament de Barcelona, 2013). Integran el circuito responsables y profesionales de instituciones y servicios públicos implicados en el abordaje de la violencia de género en Barcelona: el sanitario, el social, el policial, el educativo y el judicial. Más concretamente, la Generalitat de Catalunya (administración autonómica), el Ajuntament de Barcelona (administración local), la Fiscalía (administración central) y los consorcios sanitarios, de educación y de servicios sociales de la ciudad de Barcelona son los organismos responsables. Así, el circuito se estructura mediante los dos elementos mencionados: 1) la Dirección Técnica, participada y liderada conjuntamente por el Consorcio Sanitario de Barcelona y el Ajuntament de Barcelona; 2) la Comisión Técnica de coordinación del circuito, en la que participan representantes de las instituciones públicas mencionadas. Pero, además, lo constituyen otros tres componentes: 1) la Secretaría Técnica, coordinada por el Consorcio Sanitario de Barcelona y el Ajuntament de Barcelona; 2) las comisiones territoriales, que proceden de los diez distritos de Barcelona; 3) las subcomisiones de trabajo interinstitucional y multidisciplinar para temas concretos.

El Circuito Barcelona se reúne trimestralmente y acuden representantes de entidades como los Punts d'Informació a la Dona (PIADs), el Equip d'Atenció a la Dona (EAD), el Institut Català de les Dones, el Ajuntament de Barcelona, el Consorcio Sanitario, el Departament de Salut, los Mossos d'Esquadra, el Departament d'Interior de Catalunya y el Programa AGRESX-TEPT. En esta reunión se trata de poner en común criterios y consensuar acciones con el fin de crear una red comunitaria que pueda dar respuesta a las diferentes necesidades de salud y sociales de las mujeres en situación de violencia de género. En definitiva, el objetivo gira en torno a “actuar de manera eficiente, atender con mayor calidad a las personas afectadas y potenciar las estrategias preventivas”.

3.1.3 Modelo de atención en el Programa AGRESX-TEPT: los dispositivos de atención en visita individual y en terapia grupal

El Programa AGRESX-TEPT, que depende del Servei de Psiquiatria i Psicologia, se constituyó a partir de la Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere del hospital, que, como ya se ha dicho, inició su trayectoria con el objetivo de protocolizar la atención urgente a las personas víctimas de agresión sexual y/o de violencia intrafamiliar en la ciudad de Barcelona. Paralelamente, una psiquiatra miembro de la CVIG presentó su preocupación al detectar que las personas que habían sufrido una agresión sexual disponían de una atención adecuada a nivel urgente, pero no recibían un servicio de atención posterior por las secuelas psíquicas. Según la literatura médica, la mayoría de las mujeres sufren síntomas compatibles con un trastorno de estrés agudo durante el primer mes y entre el 50 y el 70 % de estas mujeres presentan un diagnóstico de estrés postraumático (HCPB, 2012; García *et al.*, 2013), así que, sobre la base de dicho conocimiento, en 2006 la misma psiquiatra hizo la propuesta de crear el Programa AGRESX-TEPT al Cap de Servei de Psiquiatria. El mencionado trastorno obedece a la clasificación de la orientación biomédica en psiquiatría llamada neokrapelinismo, cuya taxonomía más emblemática es el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Es en sus versiones números III, IV y V donde aparecen dichos diagnósticos (APA, 1985, 1995, 2014). Una de las principales críticas hacia este manual recae en la debilidad de los criterios vigentes para el diagnóstico de los trastornos mentales y el tratamiento de los factores psicosociales y culturales como fenómenos biológicos (Martínez-Hernández, 2000).

Se dieron tres circunstancias por las que el mencionado programa vio la luz. La primera, tanto en el Departament de Salut de la Generalitat como en el gobierno central había ya una sensibilización respecto al tema dada la promulgación de leyes contra la violencia de género; la segunda, el Departament de Salut disponía en aquel momento de recursos económicos para atender la salud de estas mujeres; la tercera, desde el Departament de Salut, y concretamente desde el Pla Director de Salut Mental, se conocía el interés del HCPB por la atención de las agresiones sexuales a través de la coordinación ya presentada entre ambas instituciones. Así, tras la negociación establecida entre los jefes del Servei de Psiquiatria y la administración, se dotó de un presupuesto al Programa AGRESX-TEPT para la contratación de una psiquiatra y una

psicóloga a tiempo parcial, de manera que se pudo ofrecer la atención a mujeres víctimas de agresión sexual de forma más estandarizada.

Cabe destacar que en urgencias se atiende a mujeres y hombres que han sufrido una agresión sexual; en cambio, el Programa AGRESX-TEPT, como su propio nombre indica, está dirigido a mujeres. El motivo, para ello, es que la atención ofrecida se contextualiza en un marco teórico de lo que es la violencia de género, de modo que el planteamiento de la recuperación que se lleva a cabo está dirigido a que la mujer identifique que ha sido víctima de violencia machista y no de otro tipo de violencia. Por otra parte, los hombres representan un 6 % del total de las personas que acuden a urgencias por agresión sexual⁴⁵ y, según datos facilitados por varias informantes, la mayoría de ellos evitan pedir ayuda psicológica por vergüenza, aunque lo hayan hecho para cubrir la posibilidad de transmisión de enfermedades por el contacto sexual. De todos modos, los hombres que solicitan visita en el Programa AGRESX-TEPT son atendidos con el objetivo de cubrir la necesidad urgente que presente el hombre víctima de agresión sexual en el momento de la demanda y, posteriormente, se le recomienda que acuda al centro de atención primaria (CAP) o a las Unitats d'atenció a la salud sexual i reproductiva (ASSIR) de su área de salud para poder hacer el seguimiento de las secuelas que pueda tener tras la agresión. Ambos centros de salud disponen de atención médica y/o psicológica.

Tal y como expresaron las profesionales entrevistadas, los objetivos asistenciales del Programa AGRESX-TEPT son reducir la reacción emocional inicial, prevenir las secuelas psíquicas, tratar los síntomas, los trastornos psicopatológicos y comórbidos y recuperar las capacidades psicosociales. En definitiva, recuperar la calidad de vida y el funcionamiento vital de la mujer previo al suceso. Para ello, además del ofrecimiento de visita desde urgencias, desde el Programa AGRESX-TEPT se realiza un contacto proactivo a las mujeres ofreciendo soporte y facilitando la vinculación al programa para recibir asistencia. Existen dos dispositivos terapéuticos en dicho programa: la visita individual y la terapia grupal. El primero se establece dentro de la consulta y se realiza entre una profesional y la paciente, que es atendida por la psiquiatra, la psicóloga, la enfermera y/o la trabajadora social en función de las necesidades de cada caso. El número de visitas que recibe la paciente es variable, aunque las profesionales recomiendan que se efectúen de forma más frecuente los tres primeros meses, pudiendo

⁴⁵ Información facilitada por las profesionales del Programa AGRESX-TEPT.

mantenerse hasta los dos años de la agresión, incluso más en algún caso. El tiempo estipulado para cada visita es de una hora en la primera visita y de media hora el resto de las veces; en la práctica, el tiempo dedicado fue mayor.

El segundo dispositivo, la terapia de grupo, es ofrecido por las profesionales durante una visita individual y participan en él las mujeres que así lo han querido. Como marco teórico, las profesionales utilizaron las dinámicas grupales, o forma en la que se va a dirigir un grupo, y adaptaron varias orientaciones grupales –entre ellas, la psicología cognitivo-conductual y los grupos de ayuda mutua– a las necesidades que detectaban en las pacientes. Así, no se puede definir el grupo de terapia como grupo de ayuda mutua puesto que estos no tienen la figura del terapeuta como líder del grupo, pero sí persigue tanto el apoyo grupal como el restablecimiento de las relaciones interpersonales. Por otra parte, los motivos explicitados por las pacientes para acudir al grupo de terapia se resumen en: dar y recibir ayuda y compartir su vivencia con otras mujeres que también hubieran sufrido una agresión sexual. El primer porqué que manifestaron para tomar esa decisión fue la soledad que sintieron, lo que significa “no ser comprendidas”. Ser entendidas implica que se capte la dimensión de lo vivido durante la agresión sexual y las consecuencias de esta en sus vidas. Una vez en el grupo, las mujeres se ayudan mutuamente dándose apoyo a nivel emocional. Al final de las sesiones, la psiquiatra acaba definiendo el grupo como de ayuda mutua precisamente por haberse llevado a la práctica “las ganas de ayudar” que detectaba en las mujeres durante las visitas individuales.

Según información facilitada por las profesionales, estas invitaban a las pacientes a participar y eran ellas quienes decidían si lo aceptaban. Para incorporarse al grupo solo tenían que expresar verbalmente su voluntad, sin ser necesario firmar ningún tipo de contrato o compromiso. El formato de las sesiones grupales de terapia fue abierto, es decir, las pacientes podían incorporarse cuando quisieran y abandonarlo cuando así lo consideraran, lo cual implicó que el número de pacientes por sesión fuera variable a lo largo de los meses. Por otra parte, el grupo de terapia estuvo semidirigido por las profesionales, es decir, fueron las líderes en el sentido fundacional del grupo y en el de ser referentes tanto de conocimientos teórico-científicos como por actuar como moderadoras de cada sesión. Establecieron como normas del grupo la puntualidad, la asistencia, la confidencialidad, el respeto y la participación, que consideraron elementos

necesarios para un adecuado desarrollo. Sus objetivos son la “psicoeducación”⁴⁶ o información facilitada por las profesionales respecto a la enfermedad, la estabilización, el apoyo social, la reconexión con las relaciones interpersonales, la reestructuración de creencias, la rehabilitación, la homogeneización del tratamiento para todas las pacientes y la formación de un grupo de ayuda mutua. Finalmente, las pacientes participaron expresando su experiencia, la forma en que trataban de sobreponerse al sufrimiento y/o pidiendo ayuda para hacerlo.

3.1.4 ¿Se medicaliza la agresión sexual?

La relación entre la agresión sexual y el ámbito en que se da respuesta a esa situación de violencia vivida, que en este caso es en la consulta médica, es ahora la cuestión que vamos a analizar. Si bien los avances de la medicina son reconocidos como un beneficio para las personas, es la posición hegemónica de la biomedicina y el tipo de relación que establece con “los conjuntos sociales estratificados así como con las otras formas de atención” (Menéndez, 2005 a: 47) lo que se critica desde las disciplinas sociales. Asimismo, se reflexiona y cuestiona el poder implícito en dicha premisa (Parsons, 1966; Illich, 1975; Conrad 1992; Foucault, 1996; Menéndez, 2005 a; Menéndez 2005 b).

El ámbito tradicional propio de la medicina queda definido por

la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad, definido por un territorio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda (Foucault, 1996: 75).

Funcionar fuera de estos parámetros coloca a la praxis médica en el terreno de la medicalización, hecho que ocurre vinculado a dos razones: la medicina interviene por un motivo que no es la demanda del enfermo⁴⁷, imponiéndose al individuo, esté

⁴⁶ “Psicoeducación” es un término de amplio uso por parte de los profesionales del CSMA y, de hecho, son entrenados en su práctica. La finalidad es dotar a los pacientes de la máxima información con la idea de la cogestión de la enfermedad mental.

⁴⁷ Foucault (1996) pone los ejemplos de una política sistemática y obligatoria de localización de enfermedades en la población, mediante la realización de un “screening”, o la obligación de una persona acusada de haber cometido un delito de ser objeto de un examen por un perito psiquiatra.

enfermo o no, y lo hace en otros ámbitos que no son enfermedades⁴⁸ (Foucault, 1996). Todo aquello que garantiza la salud del individuo se convierte en objeto de intervención médica y la medicina adquiere un poder autoritario con funciones normalizadoras más allá del enfermo y las enfermedades. La distinción entre lo normal y lo anormal con el propósito de restituir el sistema de normalidad⁴⁹ se va consolidando a partir del siglo XVIII como un proceso histórico de carácter político y económico y como una de las características de la medicina actual. Pasa de ser una práctica clínica (individual) a ser una práctica social. La medicina deja de tener un «exterior», es decir, deja de haber áreas no controladas por esa disciplina, pues ya se encuentra medicalizado. Antes de este proceso, por ejemplo, “la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., no estaban controladas ni codificadas por la medicina” (Foucault, 1996:78), sino que su gestión correspondía a una conciencia colectiva y espontánea⁵⁰. De este modo, el proceso de medicalización se gestó de una manera lenta y progresiva. Su definición no genera grandes controversias en términos generales puesto que la mayoría de los autores están de acuerdo en que se trata de un proceso sociohistórico que ubica los problemas de las personas en el terreno de la profesión médica (Conrad, 1992; Ilich, 1975; Menéndez, 2005 a; Menéndez, 2005 b; Foucault, 1996), aunque pongan el acento de sus discursos en aspectos diversos. Por ejemplo, ya hemos mostrado la visión histórica de Foucault, que hace hincapié en la normalización y su vinculación al poder. Segundo, el discurso de Menéndez (2005 a y b) gira en torno a la construcción teórica del modelo médico hegemónico, el cual es analizado en relación a las prácticas a las cuales subalterniza⁵¹, y a que el proceso de

⁴⁸ El caso de la sexualidad y los comportamientos sexuales que se identifican como anomalías o la terapéutica médica aplicada a los homosexuales en países de la Europa Oriental serían dos asuntos referenciados por Foucault (1996).

⁴⁹ Los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social dirigido por leyes codificadas. Ya en el XVIII, son los médicos quienes inventan un sistema social basado en la norma, estando la medicina del momento caracterizada por cuatro procesos: 1) la aparición de una autoridad médica, que es social, que puede tomar decisiones que afectan a grupos humanos (por ejemplo, una ciudad, un barrio, una institución) y que representa la medicina del Estado (“Staatsmedizin”); 2) la aparición de un campo de intervención de la medicina distinto de las enfermedades, como el aire, el agua, las construcciones, los terrenos, etc.; 3) introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva, ya que previamente era un lugar de “asistencia a los pobres en espera de la muerte”; 4) introducción de mecanismos de administración médica como el registro de datos o el establecimiento de estadísticas (Foucault, 1997: 76-77).

⁵⁰ Foucault califica de «diabólico» este proceso de medicalización (Foucault, 1996:77).

⁵¹ Menéndez (1992) establece los modelos médicos básicos según la siguiente clasificación: a) el modelo médico hegemónico, que reconoce los submodelos individual privado, corporativo público y corporativo privado, los cuales comparten los rasgos estructurales de biologismo, ahistoricidad, individualismo, eficacia pragmática y la salud como mercancía, entre otros; b) modelo alternativo subordinado, en el que se integran las prácticas reconocidas como “tradicionales” y también las prácticas médicas desarrolladas al margen del sistema médico occidental, como la medicina ayurvédica; c) modelo de autoatención, que

medicalización se incluye como una de las tres funciones básicas⁵² de dicho modelo. En cambio, Illich (1975) realiza una intensa crítica a la sociedad hiperindustrializada, se centra en la desposesión de poder que sufre el individuo a favor de la profesión médica, en la tecnificación de los procesos de vida por la medicina y en la producción de enfermedades. Finalmente, Conrad (1992) ofrece una pragmática visión de la medicalización, donde su principal objetivo es profundizar en la definición, en la relación entre la medicalización y el control social y en sus consecuencias.

El proceso de expansión de la biomedicina se da a dos niveles: opera a través de las actividades profesionales que se realizan (como el número de profesionales, de camas de hospitalización o los partos atendidos institucionalmente) y del proceso de medicalización, que

implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos” (Menéndez, 2005 a: 46).

La consecuencia directa de este proceso implica que los sujetos, y los grupos sociales, asumen los «acontecere» ciudadanos en términos de enfermedad –y no de lo que han sido tradicionalmente: conflictos y padecimientos– y, además, que se pasen a explicar y a atender a través de técnicas y concepciones biomédicas. En este sentido, Illich, cuya obra *Némesis Médica* (1975) resultó ser referente respecto a la medicalización, trata dicho concepto como fenómeno propio de la hiperindustrialización de las sociedades modernas. Define la «medicalización de la vida» como el proceso de carácter político por el que la medicina se institucionaliza, provocando una amenaza para la salud y afectando a las relaciones sociales debido a la dependencia respecto de los profesionales que atienden la salud. Afirma que un sistema de asistencia a la salud que rebasa los límites tolerables resulta patógeno por producir daños clínicos superiores a los beneficios, enmascara las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su

está basado en el diagnóstico y atención que lleva a cabo la persona enferma o las personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales y no un profesional. La relación hegemonía/subalteridad es la establecida entre la biomedicina respecto a las otras prácticas de atención no biomédicas (Menéndez, 1992: 102-103).

⁵²El modelo médico cumple tres funciones: a) curativa/preventiva, ya que curar y prevenir constituyen las actividades más frecuentes y también las más reconocidas de la profesión médica y los conjuntos sociales; b) normalizadora y de control, que son inherentes al modo en que las enfermedades son clasificadas y que van más allá de la intencionalidad del personal médico; c) legitimación, puesto que el sector de la salud es utilizado para “evidenciar la preocupación y eficacia de los sistemas económicos y políticos dominantes” en cada país (Menéndez, 2005 b: 16).

ambiente. Concreta que la medicalización se manifiesta en cuatro áreas: el presupuesto nacional destinado a la asistencia a la salud, la dependencia respecto de la atención profesional, el hábito de consumir medicamentos y la clasificación iatrogénica de las edades del ser humano, esto es, el nacimiento, la infancia, el climaterio y la edad avanzada. La medicalización de las medidas preventivas y de las expectativas (de vida) son dos expresiones más de la medicalización de la vida.

Sin entrar en contradicción con lo mencionado hasta el momento, Conrad (1992) considera que la medicalización consiste en definir un problema en términos médicos⁵³, utilizando lenguaje médico, utilizando estructura médica para entender el problema o usando la intervención médica para tratarlo, siendo un proceso sociocultural que puede o no envolver a la profesión médica, que lleva al control social médico o al tratamiento médico y es el resultado de una expansión intencionada de la profesión médica. La distinción que establece entre medicalización y «saludización⁵⁴» («*healthicization*») ofrece claridad para conceptualizar una práctica como propia de la medicina o no en el caso de que su definición resulte confusa: en la primera, las definiciones y los tratamientos médicos son ofrecidos para problemas sociales o eventos de la vida; en la segunda, los comportamientos y las definiciones sociales son realizadas desde eventos previamente definidos biomédicamente. En ambas la moral tiene cabida:

La medicalización propone causas e intervenciones biomédicas; la saludización propone estilos de vida y causas e intervenciones en el comportamiento. Una introduce la moral en lo médico, la otra introduce la salud en la moral (Conrad; 1992:223) [La traducción es propia].

El efecto que tiene el proceso que nos ocupa queda perfectamente condensado en el siguiente extracto:

La principal crítica a la medicalización se basa en cómo el modelo médico descontextualiza los problemas sociales y los pone bajo control médico. Este proceso individualiza lo que debería ser visto como problemas sociales colectivos (Conrad, 1992:223-224) [La traducción es propia].

Dicho de otra manera, recalca la función de control ejercida por el modelo médico y que el hecho de descontextualizar los problemas sociales los convierte en procesos

⁵³Conrad (1992) sostiene que la medicalización se ha dado en el comportamiento desviado (como la locura, el alcoholismo, la homosexualidad, la adicción a opiáceos, la hiperactividad en niños y en problemas con la comida, entre otros) y en los “procesos naturales de la vida” (en los que se incluyen la sexualidad, el nacimiento, la menopausia y la muerte, entre otros).

⁵⁴ En 1980 la promoción de la salud y las actividades del bienestar fueron promovidas para incrementar la salud individual y disminuir el riesgo de enfermedades; por ejemplo, las dietas bajas en colesterol o poner fin al hábito de fumar (Conrad; 1992).

individuales. Conceptualizar la medicina como una institución de control social está vinculado a las tensiones producidas en la relación médico-enfermo, considerándolas producto de la interacción entre el rol del enfermo y el de médico y a los mecanismos especiales por los que el rol del enfermo puede legitimar que la desviación termine en enfermedad. La relación entre ambas afirmaciones radica en que la enfermedad es definida como una forma de conducta desviada⁵⁵ (Parsons, 1966). Así, el quid de la cuestión es tener un conjunto de definiciones médicas. Y sin medicalización como definición, el control social médico pierde su legitimidad. Dicho control se establece en cuatro niveles (Conrad, 1992). El primero, la ideología médica, que impone un modelo médico que aporta beneficios sociales e ideológicos. El segundo, la colaboración médica, ya que los médicos actúan como informadores, guardianes, agentes institucionales y técnicos. El tercero, la tecnología médica, puesto que el uso de técnicas como las drogas, la consulta o la genética sugiere un control social. El cuarto, la vigilancia médica, ya que los médicos pueden legitimar todas las actividades que conciernen a ciertas condiciones o comportamientos.

A pesar de la común comprensión de la noción de medicalización, los autores muestran diversas formas de clasificarla. Para Conrad (1992), la medicalización puede operar a nivel conceptual, institucional o interaccional en función del grado de intervención del personal médico. En el primero, el vocabulario médico se usa para “ordenar” o definir el problema, los profesionales están implicados, pero el tratamiento no es aplicado necesariamente. En el segundo, las organizaciones se aproximan para tratar un problema en el que la organización está especializada, se ofrece una definición médica, pero el trabajo lo lleva a cabo personal no médico. En el tercero, los médicos intervienen directamente y la medicalización se produce como parte de la relación médico-paciente cuando se define un problema como médico (dando un diagnóstico) o se trata un problema social con un tratamiento médico. En cambio, Illich (1975) destaca los efectos secundarios o patógenos de la biomedicina (aquellos que son indeseados), los engloba bajo el término «iatrogénesis»⁵⁶ y los clasifica en tres categorías. La

55El razonamiento por el que el rol del enfermo puede legitimar que la desviación termine en enfermedad fue elaborada en el paradigma de Teoría del etiquetado ("labeling theory"), una de las teorías microsociológicas de la Sociología de la desviación, en la cual se considera que la desviación es una manifestación de la mayoría social que califica o etiqueta negativamente los comportamientos de las minorías al desviarse de las normas culturales estandarizadas de la mayoría (Parsons, 1966).

⁵⁶ El término iatrogénesis está compuesto por las palabras griegas *yatros* (médicos) y *génesis* (origen). Así, las enfermedades iatrogénicas son “únicamente las que no se habrían presentado si no se hubiesen

primera, la iatrogenia clínica, hace referencia al daño generado por los profesionales de la salud, a la ilusión de su eficacia y a la de sus tratamientos, a las lesiones⁵⁷ provocadas por el médico así como a los pacientes indefensos. Para él, el ambiente

es el determinante primordial del estado de la salud general de cualquier población. La alimentación, la vivienda, las condiciones del trabajo, el grado de cohesión del vecindario, así como los mecanismos culturales que permiten mantener estable a la población, son los factores decisivos para determinar cuán saludables se sienten las personas mayores y a qué edad tienden a morir los adultos (Illich, 1975: 16-17).

Así, considera el ambiente y los factores culturales como los determinantes para establecer el estado de salud de una población mientras que los remedios, los médicos y/o los hospitales resultan ser agentes patógenos o enfermantes. La segunda, la iatrogenia social, se manifiesta en diversos síntomas de excesiva medicalización social en la que la práctica de la medicina fomenta las dolencias reforzando a una sociedad enferma que asiste asistencialmente a sus miembros «defectuosos» y que multiplica la demanda del papel de paciente. Este segundo plano de iatrogénesis lleva al tercero, la iatrogenia estructural, la más profunda, ya que la capacidad de las personas para su desarrollo, autocuidado y la forma de reaccionar al sufrimiento y al dolor queda restringida por la intervención médica.

Más recientemente, y siguiendo esta línea de pensamiento, aunque menos mordaz, Romaní (1999) ofrece en *Las drogas, sueños y razones* otra perspectiva. Como la mayoría de los autores, considera que una consecuencia práctica del proceso de medicalización reside en que aspectos que son de la vida personal y social de la gente se convierten en objeto de interés de la corporación médica, lo cual incluye la preocupación, el estudio, la orientación y, en definitiva, el control. El autor establece dos categorías: los “mil dolores pequeños”, como dolores de cabeza o pequeñas heridas y otras categorías de dolencias que van desde las enfermedades mentales hasta aquellas actividades ligadas al estilo de vida y que se han relacionado con la posible aparición de distintas morbilidades, desde el embarazo y el parto, hasta la obesidad o los pies planos. Considera que históricamente el proceso de medicalización ha afectado más a los discursos e ideologías que a las prácticas de la población, aunque no ha dejado de hacerlo. Afirma que, en los últimos decenios, existe un conjunto heterogéneo de

aplicado tratamientos ortodoxos y recomendados profesionalmente” (Illich, 1975: 26). Para el autor, ese conjunto de enfermedades tiene el carácter de epidemia por ser las de más rápida expansión de nuestro tiempo.

⁵⁷ Las lesiones provocadas por el médico a las que se refiere Illich son el dolor, las disfunciones, las incapacidades y la angustia consecutiva a la intervención médica.

prácticas dirigidas a preservar o recuperar la salud en las que se incluyen las controladas por la biomedicina y las de origen higienista-religioso-filosófico, esto es, tanto las prácticas de autoatención basadas en la tradición como las producidas en la modernidad, de las que destaca el desplazamiento del control del remedio primero, y después del medicamento, que pasan de la población a los especialistas. De esta manera, Romaní como ha hecho Menéndez (1984), da relevancia a prácticas de autoatención compatibles con el proceso de medicalización.

Una interesante noción es también considerada en relación al proceso de medicalización. Se trata de la «desmedicalización», que ocurre “cuando un problema no se define en términos médicos ni tiene tratamiento médico por más tiempo”⁵⁸ (Conrad, 1992: 224). Pero esta es una definición limitada en tanto que queda supeditada a ser una «categoría o un estado» (Halfmann, 2011). Drew Halfmann la considera como un «valor continuo» que ofrece la posibilidad de establecer el umbral en el que un fenómeno es medicalizado o desmedicalizado. Este cambio epistemológico permite redefinir en qué aspectos ese fenómeno está medicalizado, si lo está, en lugar de considerar los factores⁵⁹ que afectan a la desmedicalización. El autor ofrece una tipología que identifica tres dimensiones de la medicalización (los discursos, las prácticas y las identidades) y tres niveles de análisis (macro, meso y micro) sin pretender establecer distinciones rígidas entre las seis categorías, sino facilitar herramientas para identificar y analizar la medicalización y la desmedicalización. Además, sostiene que la medicalización se incrementa cuando los discursos (vocabulario, modelos y definiciones biomédicas), las prácticas (praxis y tecnologías biomédicas) y las identidades (de los actores biomédicos individuales o colectivos) son, respectivamente, más frecuentes en los discursos, en la administración y al dirigir los problemas sociales. El funcionamiento de la tipología de Halfmann, tomando a modo de ejemplo la forma en que se muestran los discursos en los diferentes niveles, es el siguiente: a nivel «macro», los discursos sociales acerca de los problemas se pueden encontrar en las leyes, resoluciones, informes y debates de las organizaciones nacionales e internacionales; a nivel «meso», tales discursos se producen

⁵⁸ Un ejemplo de desmedicalización sería el caso de la masturbación y la homosexualidad, que se retiró del DSM-III a instancias del movimiento de liberación gay. En cambio, la atención a los nacimientos no es así considerada porque se sigue definiendo como problema médico y es asistido por personal médico. El hecho de ser atendido por comadronas o médicos asistentes no representa desmedicalización, sino desprofesionalización (Conrad, 1992).

⁵⁹Conrad (1992) considera que los factores que afectan la desmedicalización son la intervención de alguna organización que cambie la definición médica, ciertos tipos de tecnología, el autocuidado y la forma en que se ha definido un problema y el tipo de intervenciones que son consideradas apropiadas ya que todas ellas minan el control médico.

en las declaraciones de misión, informes, publicidad, políticas y procedimientos de las organizaciones locales y regionales, como los lugares de trabajo, hospitales, grupos médicos, entre otros; a nivel «micro», esos discursos se producen en la interacción «cara a cara» entre los proveedores (médico y no médico) y los clientes (Halfmann, 2011: 191). Un ejemplo de medicalización sería el de los estados de ánimo. Martínez-Hernández (2006) sostiene que el incremento del consumo de los antidepresivos en los últimos años en las sociedades de capitalismo avanzado es interpretado desde la biomedicina como un aumento de los casos diagnosticados. En cambio, desde la perspectiva social, considera que se halla relacionado con algunas biopolíticas⁶⁰ del capitalismo tardío sobre el cuerpo, la subjetividad y las aflicciones humanas.

En suma, la medicalización es presentada como un proceso de institucionalización por el que ciertos “fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, han sido redefinidos como fenómenos médicos” (Márquez y Meneu, 2007: 65), y, en los circuitos antes mencionados, las mujeres son conducidas de forma homogénea dentro de la institución sanitaria tanto para su atención inmediata como para su posterior recuperación, institucionalizando el objeto (la agresión sexual) y el sujeto (las mujeres agredidas sexualmente). Así, la agresión sexual es medicalizada según los discursos de las disciplinas sociales. Sin embargo, esta afirmación no tiene en consideración los discursos, prácticas e identidades a nivel «micro», en la relación «cara a cara» en la consulta. Por tanto, para responder a la pregunta propuesta para este apartado, será interesante no solo tener en consideración una visión estructural, los circuitos ya mostrados, sino también reparar en la vivencia de las profesionales y de las pacientes vinculadas al Programa AGRESX-TEPT. Para aproximarnos a la agresión sexual como objeto de intervención médica desde el punto de vista de las implicadas, hemos desglosado la información aportada en dos apartados: la conceptualización del hospital como lugar de atención y la de la agresión sexual. Otro agente de medicalización son los medios de comunicación, pero en este trabajo no serán contemplados, excepto de forma colateral, puesto que la principal fuente de interés han sido los discursos de las protagonistas y sus experiencias personales.

⁶⁰Martínez-Hernández (2006) señala que algunas biopolíticas del capitalismo tardío son los instrumentos de persuasión de la industria farmacéutica, el papel naturalizador de las adversidades humanas introducido por los paradigmas biomédicos y las nuevas imágenes culturales de la modernidad incorporadas por los consumidores.

3.1.4.1 Procedencia de los términos utilizados: la definición

Una breve aproximación a los términos que utilizaron las pacientes y las profesionales y las diferentes formas en las que los expresaron permite la reflexión sobre el contenido de los discursos a nivel «micro». Además, introduce el tipo de relación establecida entre las pacientes y las profesionales, aspecto que será tratado ampliamente en los dos capítulos siguientes.

La agresión sexual, el abuso sexual y el acoso sexual son categorías tomadas del ámbito jurídico, concretamente de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. La violencia de género es un término procedente de las disciplinas sociales, específicamente de la literatura feminista. Es tomado por las profesionales como parte de su marco teórico en el trabajo asistencial, y por el ámbito legal para regular mediante leyes un fenómeno que se considera delito. También es utilizado por los medios de comunicación al presentar como noticia que una mujer ha muerto a manos de su pareja o expareja, o ha sido agredida sexualmente. Dichas situaciones afectaron a las pacientes, como se pudo observar durante el trabajo de campo, ya que revivían su agresión. De este modo, observamos la agresión sexual como un término que engloba tres dimensiones: la social, siendo una expresión de la violencia de género; la sanitaria, por el efecto que tiene en la salud de la persona, en cómo se siente y en su funcionamiento general; la legal, por haber sido tipificada como delito en la ley mencionada. El hecho de compartir los términos mencionados sugiere un proceso de equiparación entre las diversas disciplinas, siendo estos términos la base sobre la que los diferentes agentes sociales emprenden la construcción de las categorías.

Dado que pretendemos observar la interacción «cara a cara», presentamos el modo en que las informantes utilizaron los diferentes términos. Las profesionales recurrieron a los términos “agresión sexual” y “abuso sexual” para hacer referencia al motivo por el que las mujeres acudieron a la consulta, aunque también se sirvieron de “daño” y “trauma”. En cambio, emplearon “trastorno postraumático”, “trastorno depresivo” o “trastorno de ansiedad” para indicar el diagnóstico médico en el que clasificaron el malestar de las mujeres. Por otra parte, para referirse al efecto que tuvo la agresión sexual sobre la salud, utilizaron términos genéricos como “secuelas psíquicas” y “trastorno”; para aludir a la mujer que había sufrido una agresión sexual, utilizaron los términos de “víctima”, “superviviente” y “paciente”. Víctima, para ellas, hizo

referencia al hecho de haber sido objeto de agresión sexual. En cambio, superviviente incluía dos ideas: la de mantenerse con vida tras la agresión y la de recuperarse de las secuelas psíquicas. Dicha recuperación pasaba por “trabajar” con la mujer, además del síntoma y el signo, los aspectos personales que quedaron afectados, como el funcionamiento general, el soporte social, el “empoderamiento”, la asertividad y la autoestima de la persona:

Psiquiatra: Tenim gent que està millor ara que abans de l'agressió perquè s'ha posat ordre en una sèrie de coses, de situacions deficitàries que aquella persona tenia, ha fet un treball psicològic, ha corregit “x” històries, s'ha treballat el funcionament social, el suport, coses que no són pròpiament la malaltia mental però sí que millora la manera d'estar en el món aquella persona. L'empoderament, l'asertivitat, l'autoestima, tot això fa que la persona es trobi molt millor.

Así, las profesionales establecieron una cierta equiparación entre el término legal (agresión sexual), el término social (violencia de género) y los términos sanitarios (ansiedad, depresión y síntomas postraumáticos).

Respecto a las pacientes, se refirieron a la agresión sexual como “lo que me ha pasado”, “agresión sexual”, “experiencia”, “violación” y “accidente”; a la consecuencia de esta, como “dolor profundo” y “peso”. Además, se apropiaron de algunos términos clínicos como “reexperimentación”, “trauma” y “exposición” para expresar, respectivamente, cómo se sentían, el motivo por el que se sentían mal y para superar el miedo. También utilizaron nociones que hacen referencia a la violencia de género como “dominación”, “poder” y “machismo”, lo cual contribuyó a la reelaboración de sus discursos sobre la agresión y las consecuencias que tuvieron para ellas. En la siguiente conversación, extraída de una de las sesiones grupales, quedó reflejada la interacción entre las pacientes y las profesionales y el uso que les dieron a algunos de los términos antes referidos:

Psiquiatra: Decís que es un accidente [*Flora lo ha dicho anteriormente*], pero no lo es. Es una agresión de alguien, por tanto, es una relación interpersonal. Un daño que te ha hecho otra persona, por tanto, funciona diferente a nivel de recuperación.

Psicóloga: Incluso si un accidente es grave, tampoco funciona igual en el cerebro.

Diana: Cuando tuve lo del cáncer, tenía algo grave. Pero esto es diferente, me está costando mucho más.

Psiquiatra: Esto es más traumático. Tú decías que no querías que tu mamá sufriera [*Mira a Minerva*]. Si hubiera sido un accidente de tráfico, lo dices y ya está. Esto no lo explicas para no hacer sentir mal al otro. Con un accidente no lo haces. Se asume vergüenza, aunque no haya enfermedad infecciosa. Cuando se lo dices a otro, no se va a quedar neutro.

Las dos profesionales y una paciente estuvieron de acuerdo en desestimar la palabra “accidente”, ofreciendo diferentes puntos de vista. La psiquiatra aclaró que se debía a una relación interpersonal de carácter agresivo; la psicóloga expuso que el cerebro interpreta esa situación de violencia de manera diferente respecto a si fuera un accidente (una acción no previsible), siendo más “traumática” una agresión sexual que un accidente. En cambio, Diana se centró en su experiencia personal. Comparó el esfuerzo que hizo para poder seguir un tratamiento médico por una enfermedad oncológica, que catalogó como “grave”, con el realizado para recuperarse de las consecuencias de la agresión sexual. La dificultad fue mayor en el segundo caso.

3.1.4.2 El centro de salud, ¿lugar adecuado para acudir tras la agresión?

Las profesionales y las pacientes concibieron el hospital como un lugar adecuado de atención tras sufrir una agresión sexual, discerniendo entre la atención urgente y la ambulatoria. La vía por la que las mujeres accedieron a urgencias no fue la misma. De las diez mujeres entrevistadas, seis consultaron antes a otros servicios sanitarios (cinco fueron a su centro de atención primaria y una llamó a los servicios sanitarios de urgencias) y cuatro llamaron a la Policía (tres de ellas lo hicieron por teléfono y una acudió a comisaría a poner una denuncia). Así, todas ellas fueron dirigidas a las urgencias del hospital, de manera que los circuitos antes descritos son, además de un acuerdo consensuado, una práctica social.

Respecto al primer recurso, las pacientes y las profesionales coincidieron en que la revisión física de las lesiones que se hayan podido producir durante la agresión sexual, la toma de muestras biológicas para el análisis forense, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados y la atención al estado emocional de la víctima fueron los motivos para asumir el hospital como lugar adecuado para la atención urgente. Diferenciando por roles complementarios, observamos diferencias. Las pacientes destacaron dos razones adicionales: la cualificación académica del personal y la experiencia asistencial en la materia que las ocupa. Para expresarlo, hicieron referencia a la “reputación” del centro en cuestión. En cambio, las profesionales se centraron en que se trata de un problema de salud y los profesionales de las diversas disciplinas están disponibles para realizar las actividades

antes mencionadas, cuya característica es la forma de trabajar coordinada, protocolizada y sin dilatar la atención en el tiempo. De este modo, las pacientes centraron la atención en la presunción del conocimiento experto propio de las instituciones modernas y, en cambio, las profesionales lo hicieron en la atención de un problema de salud y en los medios para abordarlo.

Respecto a la atención ambulatoria, todas las implicadas estuvieron de acuerdo en que la consulta externa del hospital es un lugar adecuado para su atención. Hemos observado una diferencia considerablemente significativa respecto al contenido de sus narraciones. Las pacientes se centraron en que precisaron ayuda para superar el malestar emocional tras la agresión, sin cuestionarse el tipo de centro donde las atendían y, en cambio, las profesionales reflexionaron sobre la idoneidad del tipo de centro y del personal para su atención. Dada la diferencia de sus observaciones, presentamos la cuestión de forma segregada en función de los roles complementarios.

La homogeneidad del discurso de las pacientes se vio interrumpida por sus diversas formas de expresarse y por un emergente factor extrínseco. La edad de las pacientes supuso una diferencia discretamente significativa respecto a los motivos por los que acudir a la visita ambulatoria. Tres de las pacientes de mayor edad (dos mujeres en la sesentena y una en la cuarentena) hicieron referencia indirecta al aspecto moral de la búsqueda de ayuda frente al aspecto más “técnico” al que señalaron el resto de las pacientes. Las primeras utilizaron expresiones como “las profesionales lo van a solucionar”, “necesitas este acompañamiento”, “sola no puedo, mucho sufrimiento”; las segundas recurrieron a “están capacitados en todos los campos”, “ayuda psicológica”, “parte psicológica” para expresarlo. A pesar de ello, todas ellas señalaron el conocimiento experto:

Hebes: Jo a l'hospital si. Jo volia que se'm recollissin totes les proves i tot però no volia anar al psicòleg perquè jo deia que estava bé, que estava perfecte. Ma mare va dir: "No, no. Tu, vas!" I per això a vegades quan em diuen que hi ha una altra víctima, intento contactar amb ella per dir-li: vés, t'ajudarà. Que no és el que sembla. Que jo tampoc volia anar. Si que em deien, vés, i jo: que tinc pràctiques. I no les deixo de tenir, no és mentida, però que era com que no volia i és que t'imaginaves una cosa totalment diferent.

(...)

Investigadora: Creus que l'hospital és el lloc més adequat per fer el seguiment?

Hebes: Si. Perquè primer, si és un servei públic, utilitza'l. Perquè les persones que estan tenen uns estudis reglats i segur que estan al seu lloc perquè poden. I segon, perquè atenen a 30.000 persones que han patit el mateix que tu i saben per on tirar-te. Abans que anar-te a un psicòleg privat que si que atén el mateix però no sap. Jo estic molt contenta on estic. Jo ho recomano.

Investigadora: ¿Y crees que el hospital es el lugar más adecuado para tratar este tema?

Isis: Hombre, si hay heridas, aunque normalmente las heridas en una violación, en una agresión sexual, si son físicas, es que necesitas la primera atención en el hospital. Y las otras son las que vais descubriendo vosotras, y también nosotras, ¡claro! Porque sabes que no se curan con yodo ni con suturas.

(...)

Isis: Entonces, por suerte, aquí, y además solo aquí, en Barcelona, hay este reducto que se ha dado cuenta de que las mujeres que están siendo víctimas de una violencia sexual tan bestia necesitan este acompañamiento porque, si no, no sale. Una sola no sale adelante.

Investigadora: ¿Por qué pensaste en acudir al hospital?

Hera: Porque me di cuenta de que yo sola no podía, que estaba sufriendo mucho. Que me estaba ahogando sola, que lloraba sola, que era una carga muy pesada, que no podía más.

Investigadora: ¿Y por qué un hospital y no otro tipo de centro?

Hera: Inmediatamente pensé que un hospital estaba más preparado. En otro centro no sentía confianza, en otro sentía como un grupo minúsculo, lo veía de poca preparación. En cambio, el hospital suena a megapreparación, a un equipo contundente de profesionales donde existen mayores recursos. Yo lo veo así.

Las profesionales especificaron que, además de a la Consulta Externa del hospital, también les parecería adecuado que las mujeres acudieran a otro tipo de centro, como un Centro de Atención Primaria, siempre y cuando las mujeres fueran atendidas por una profesional de la salud especializada en violencia de género. Así, recalcaron que tras una agresión sexual se produce una pérdida de salud, y específicamente salud psíquica. La trabajadora social se expresó así:

Investigadora: Creus que l'hospital és el lloc més adequat per atendre una agressió?

Treballadora social: Si és un tema físic, sí. Si estem parlant del que és purament la revisió mèdica, la revisió de forense, la revisió d'infermeria, sí. Ara, si és per tractar temes terapèutics pot ser un altre lloc, no necessàriament ha de ser un hospital. Tot el que sigui un tema mèdic que necessiti instrumentalització mèdica, una llitera, una sala on poder fer proves...tot això sí que necessitem un entorn sanitari hospitalari. Però per fer un tractament que la persona està assentada i és un tractament de paraula, no cal que sigui un hospital.

Investigadora: I l'objectiu d'aquest tractament, quin seria?

Treballadora social: Millorar la qualitat de vida de la persona.

(...)

Investigadora: Creus que qualsevol especialitat ho podria fer?

Treballadora social: Clar. Jo penso que una metgessa de família especialitzada ho podria fer. De fet ja n'hi ha una metgessa que treballa de conya el tema de la violència sexual.

Investigadora: Creus que l'hospital és el lloc més adequat per tractar, tant d'urgències com en el seguiment posterior, per tractar l'agressió?

Psicòloga: Sí, perquè és un problema de salut.

Sin embargo, las profesionales mostraron discrepancias al reflexionar específicamente sobre el carácter del centro. La psiquiatra rechazó los centros no sanitarios, puesto que se trata de un problema que genera una pérdida de salud; en

cambio, la psicóloga y la trabajadora social los aceptarían. La primera destacó que era preciso trabajar desde un “modelo sanitario o de salud”, que incluye también aspectos sociales, y no hacerlo solo desde un modelo social. Añadió que este sistema de trabajo tiene en cuenta, además del síntoma, aspectos como la personalidad de la mujer, sus cogniciones, sus creencias, la educación recibida, su familia, así como los aspectos de la rehabilitación social, esto es, recuperar el funcionamiento previo de la persona. Utilizó el término “modelo de salud” para incidir en que las profesionales que atienden a la mujer fueran del ámbito sanitario. Por el contrario, el llamado “modelo social”, que estaría guiado por profesionales de la educación social, el trabajo social y la psicología del área social, no recoge los aspectos clínicos. Así, consideró que un tipo de ejercicio exclusivamente social “se quedaría corto” en la atención a la mujer porque no trataría la pérdida de salud. En cambio, la psicóloga y la trabajadora social, que estuvieron de acuerdo en que las mujeres fuesen atendidas en un centro no sanitario, presentaron discrepancias respecto a la figura que debía atenderlas y el momento de hacerlo. La psicóloga entendió que desde un principio deberían intervenir profesionales de la salud mental (psiquiatra, enfermera y psicóloga), así como una trabajadora social, todas ellas con conocimientos sobre violencia de género. En cambio, la trabajadora social señaló que podía iniciar las visitas la psicóloga que trabaja en dichos centros no sanitarios y, si esta profesional detectara signos comprometidos en la salud mental de la mujer, le recomendaría acudir a la consulta de las otras profesionales⁶¹:

Treballadora social: Si. Violència de gènere, l'activació dels recursos per un centre, és social. Però dins de recurs social, hi ha la figura de la psicòloga. Si aquesta psicòloga veu que la cosa va a més, que la senyora pot tenir algun tipus de trastorn mental, has de derivar cap a psiquiatria.

(...)

Investigadora: El circuit m'has dit que és social.

Treballadora social: Si. Però és diferent perquè aquí a Barcelona hi ha un programa específic sinó hauria de ser el mateix. Jo m'imagino que en altres territoris, una víctima d'agressió sexual, per exemple, a Badalona, té el mateix circuit que una víctima de violència contra la parella perquè no hi ha un programa específic a la seva zona. Un circuit social.

Investigadora: Creus adequat atendre a una senyora que ha patit una agressió sexual en un centre no sanitari?

Psicòloga: Ho veuria més adequat perquè poder la dona es sentiria menys malalta. Però crec que igualment la haurien de veure una psicòloga, una infermera, una psiquiatra i la treballadora social. Poder es guanyaria que en el centre hi hagués algú que li donés recolzament jurídic.

⁶¹ La trabajadora social matizó que dicha práctica se realiza con las personas que han sido víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja y en las autonomías que no disponen de un programa específico para la atención de víctimas de agresión sexual.

La información adicional que aportó la psicóloga es significativa puesto que estableció una posible relación entre la percepción de las mujeres sobre la enfermedad y el lugar de atención. Consideró que las mujeres se sentirían “menos enfermas” si acudieran a un centro no sanitario, pero clarificó que la atención correría a cargo de profesionales de la salud. De este modo, a pesar de la discrepancia en el carácter del centro que ha de atender a las señoras, las tres profesionales estuvieron de acuerdo en que fueran tratadas por profesionales de la salud y especializadas en violencia de género.

Las nociones de medicalizar y psiquiatrizar no fueron ajenas a las profesionales. Ellas se posicionaron de forma opuesta. La psiquiatra las definió como dar respuesta a los efectos del trauma exclusivamente de forma farmacológica o con técnicas médicas. Consideró que se “podría entender como medicalizar o psiquiatrizar” el hecho de dirigir a una señora a la consulta médica a raíz de un evento social; en cambio, ofreció dos motivos para refutarlo. En primer lugar, porque sostuvo que era un problema de salud. En segundo lugar, porque trabajar en dicha consulta desde un modelo que incluya otras herramientas que traten las disfunciones que genera el trauma como “validar, felicitar y reforzar” a la persona no corresponde a la definición de medicalización que ella expuso. Paralelamente, puntualizó que, cuando se trata desde la psicología, no se hace referencia⁶² al término medicalizar o psiquiatrizar, sino al de “abordaje psicológico”⁶³:

Psiquiatra: No es medicalitza o psiquiatritza si tu quan treballes, treballes en un model no...*de fàrmaco y tente en tieso*. Si tu treballes en tots els efectes del trauma, totes les disfuncions, les discapacitats, tot això s'ha de treballar amb les eines que tenim, a més de la química. Tenim eines que *van mésallà de la química*, afortunadament.

Investigadora: Llavors, per psiquiatritzar o medicalitzar ho equipararies a donar medicaments?

Psiquiatra: Bàsicament si. Donar medicaments...si.

Investigadora: I si no dones medicaments, també seria medicalitzar atendre les senyores a la consulta?

Psiquiatra: Sí, també es podria entendre...o sigui, fer d'allò un problema mèdic o psiquiàtric i per tant “ a vostè la dirigeixo la dirigeixo a la consulta, al capçalera, al psiquiatra” i que aquesta persona no li donés medicació ...*[pensa]* Quan es parla de medicalitzar o psiquiatritzar es parla fonamentalment de donar una resposta farmacològica al tema. Farmacològica o tècniques mèdiques, eh! Quan s'utilitza psicologia, la que sigui, dinàmica, cognitivo-conductual, humanística, gestal, familiar, totes les àrees que hi ha, això no es considera medicalitzar. Es considera que s'està fent un abordatge psicològic o psicosocial.

⁶² La psiquiatra realiza esta aseveración basándose en conversaciones que ha mantenido con otros profesionales que atienden a personas con enfermedades mentales.

⁶³ Contrariamente a la opinión de la psiquiatra, los términos psiquiatricación y psicologización son utilizados por Eduardo Menéndez para referirse a tratar los acontecimientos ciudadanos psiquiátricamente o psicológicamente, como áreas especializadas de la medicina (Menéndez, 1988).

La psiquiatra refirió “incomodarse” cuando las pacientes y otros profesionales o la “propia sociedad” le cuestionaban que tratara con fármacos la sintomatología que mostrara la mujer. Contrariamente, asumió que no se psiquiatriza por el hecho de tratar el problema con medicamentos, sino cuando se da excesiva medicación y la persona queda “colocada” o desorientada. Estableció la metáfora de “preparar el campo para sembrar” para explicar que, suministrando la medicación, se eliminan, a veces, los síntomas de la enfermedad:

Psiquiatra: Vincular? Doncs treballar. Vincular seria la base de la nostra intervenció. Vincular-se e intentar vincles segurs, confiats, saludables que és d'alguna forma anirem guanyant terreny a la salut. Perquè el que fem quan disminuïm la depressió, la ansietat seria con deixar el terreny disponible perquè allà es puguin produir vinculacions saludables, bones, fructíferes, *que vayan a algúnsitio*. Llavors, per mi, quan se'm qüestionen els tractaments farmacològics per part de les senyores, per part dels professionals, per part de la societat, *que si medicalizas, que si psiquiatrizes. M'incomodo. M'incomodo* perquè penso no, no, no ho esteu entenent bé això. Una cosa és medicar d'una manera excessiva, col·locar a l'altre, deixar-la col·locada i no sap por *donde va ni por dondeviene*. Però tal com jo ho entenc...per mi és molt positiu perquè si jo tinc la possibilitat, perquè funciona, quan funciona perquè a vegades no funciona. Si hi ha aquesta possibilitat de preparar el campo para sembrar pa' *...que no lo voy a hacer, dejarlo con todas las piedras*, tot desastrós i allà intentar treballar allà dintre. Però si allà dintre *no puedohacer nada!* No puc fer res! Intentem preparar el camp per poder treballar.

Investigadora: Intentar treballar el camp seria donar la medicació?

Psiquiatra: Per mi sí, perquè treus tot allò que interfereix. Totes les simptomatologies.

Así, la psiquiatra definió la medicalización, o, en este caso, psiquiatrización, por el uso excesivo de medicación recomendada. En cambio, la psicóloga y la trabajadora social asumieron que se medicaliza la agresión sexual de la misma forma en que se han medicalizado otros problemas como el duelo, un dolor de cabeza u otras enfermedades mentales. Ambas definieron medicalizar como poner solución a un problema no médico desde el área médica:

Investigadora: Consideres que es medicalitza l'agressió sexual?

Treballadora social: Si. Com tot. L'esquizofrènia, la depressió, el trastorn d'estrès posttraumàtic. Es medicalitza tot en aquesta societat. *La pastillita para no sufrir* és el que tothom vol.

Investigadora: Què és medicalitzar?

Treballadora social: Doncs donar medicació. Medicalitzar és posar solució a un problema en la vessant mèdica i a vegades en la social i la psicològica, però moltes vegades, no.

Psicòloga: Es medicalitza com tot. És a dir, es medicalitza un dol, es medicalitza un mal de cap. Va una mica per aquí. Pot ser abans la gent aguantava els mals de cap i ara no els aguantem... no se si m'estic explicant però va un pel per aquí. Abans et treien la *muela*, t'enganxaven un fil a la porta i cataclan! i ara et posen anestèsia. Crec que va més per aquí

que per una altra banda. És possible que el trastorn d'estrès posttraumàtic es visqués a pelo, i actualment intentem que no sigui així.

Investigadora: Què és medicalitzar?

Psicòloga: Donar una resposta mèdica a un problema que no és mèdic.

Así, las profesionales expresaron ser conscientes de distintos posicionamientos respecto a la noción teórica sobre la medicalización. Pero más allá del discurso «*outdoor*» (fuera de la consulta) se encuentra su práctica clínica. En el transcurso de las visitas individuales de la psiquiatra y de la psicóloga, se pudo observar que, además del estado de salud y su traducción en el síntoma, se trataban temas de interés para la paciente: la dificultad para mantener los estudios o el trabajo, la forma de disminuir dicha dificultad, los problemas de relación con compañeros de piso, la desorganización general tras la agresión y la forma de compensarla, la capacidad de afrontar problemas familiares, la relación con la pareja, la evolución del proceso judicial y las repercusiones que tenía en las mujeres, la forma en la que vivieron la agresión sexual, en qué percibían que se recuperaban o no de esta, la disponibilidad de recursos económicos, el apoyo social del que disponían, el duelo por la muerte de familiares, amigos y de mascotas, entre otros temas. De este modo, las profesionales no centraron su atención exclusivamente en la detección de síntomas y su tratamiento, sino también en las diferentes esferas que afectaban a las pacientes, personales y sociales.

En suma, las profesionales y las pacientes concibieron el hospital como un lugar adecuado de atención tras sufrir una agresión sexual, tanto para la atención urgente como la que tiene lugar de forma ambulatoria. Observamos una homogeneidad en sus discursos respecto a los motivos que justificaban la atención urgente, que estaban en relación directa con la revisión física, la profilaxis de enfermedades y el estado emocional de las mujeres. En cambio, y diferenciando por roles complementarios, destacaron diferentes razones adicionales. Las pacientes centraron la atención en la presunción del conocimiento experto propio de las instituciones modernas y, en cambio, las profesionales lo hicieron en la atención de un problema de salud y los medios para abordarlo.

Respecto a la atención ambulatoria, hemos observado que la posición que ocupan respecto al rol complementario supone una diferencia considerablemente significativa respecto al contenido de sus narraciones: las pacientes centraron la atención en el motivo para acudir y pedir ayuda para superar su malestar emocional y las profesionales, en la reflexión sobre la idoneidad del tipo de centro y del perfil

profesional del personal. La edad de las pacientes fue un factor moderadamente significativo para señalar la característica de la ayuda buscada: algunas de las pacientes de mayor edad apelaron al aspecto moral de la ayuda mientras que el resto lo hicieron al técnico. Por otra parte, las profesionales aceptaron que las pacientes podían ser atendidas fuera de la consulta externa del hospital, pero mostraron discrepancias respecto a la naturaleza del centro. La psiquiatra apostó por un centro sanitario mientras que la psicóloga y la trabajadora social admitieron uno no sanitario. A pesar de esta discrepancia, las tres profesionales coincidieron en que las mujeres fueran tratadas por profesionales de la salud y especializadas en violencia de género.

3.1.4.3 Sobre la conceptualización de la agresión sexual

Las profesionales y las pacientes concibieron la agresión sexual sobre la base de dos aspectos, la naturaleza⁶⁴ y la causa, que están interrelacionados. En cuanto al primer aspecto, todas ellas asumieron que, en esencia, la agresión sexual es simultáneamente un problema de salud y social. El contenido de los discursos fue bastante homogéneo aunque difirió el registro utilizado. De nuevo, la posición que ocupaban en la diada profesional-paciente fue el factor que sostiene esa diferencia. Las pacientes se expresaron en primera persona y consideraron la agresión como un problema que afectaba a su salud por las repercusiones que sentían a nivel psicológico, por el malestar global y por tener que hacer tratamiento para la prevención de transmisión de enfermedades por vía sexual. En cambio, las profesionales utilizaron la tercera persona y recurrieron a términos científicos, como “trastorno mental” o “bio-psico-social”, aunque también coloquiales, como “pérdida de salud”. Más concretamente, las profesionales sostuvieron que una agresión sexual es un hecho social negativo y traumático que incide en un organismo y que produce una pérdida de salud, específicamente de salud psíquica. La psiquiatra añadió que es un problema de salud para la persona que la ha sufrido, pero también un problema de salud pública por el número de agresiones sexuales que se producen cada año:

⁶⁴ Utilizo el término “naturaleza” de la agresión sexual con un significado equivalente a lo que es en esencia dicho término para las implicadas. No hace referencia al binomio naturaleza/cultura ni a que se naturalice la agresión sexual.

Psiquiatra: Per molt que li vulguis donar un model, o sigui, qui ha danyat allò és un fet social o un esdeveniment de la vida, vull dir que no ha estat una malaltia que ha ocasionat una pèrdua de salut, sinó que ha estat un fet social.

(...)

Psiquiatra: Si. És un problema de salut per la persona i un problema social per la societat. Per la pacient és un problema de salut i és un problema de salut pública. O sigui, tenim un problema de salut i social, però per la pacient és bàsicament de salut.

Psicòloga: Una agressió sexual no és una malaltia mental però pot ocasionar un trastorn mental. (...) És un problema social també, si, perquè és un tipus de violència de gènere que es dona a nivell comunitari. Per tant és un problema social.

Investigadora: Pel fet de ser comunitari, és a dir, de la comunitat, de la societat?

Psicòloga: Si. És problema social.

Treballadora social: És que no és ni problema ni de salut ni social. És un problema concomitant de tot: de salut i social i de totes les vessants. És bio-psico-social, de totes les àrees de la persona.

Temis: El hecho en sí, lo que a mí me sucede, es un problema de salud, incluida la psicología dentro de la salud, y además conlleva otros tipos de problemas que vas viendo a partir de ahí, que es una enfermedad social o un problema que no se trata como debería desde las instituciones políticamente.

La idea de enfermedad es introducida en estos fragmentos desde dos visiones. Por una parte, la psicóloga señaló que una agresión sexual no es una enfermedad mental, pero puede ocasionar trastornos mentales posteriores a sufrirla, por lo menos de forma transitoria hasta su recuperación, remitiendo a la dimensión biológica de la enfermedad. Por otra, Temis calificó este tipo de acciones de “enfermedad social”, introduciendo así la idea de mal funcionamiento de la organización social. La homogeneidad plasmada en las narrativas recién mostradas sobre la doble esencia de la agresión sexual quedó ampliada por dos pacientes. Afrodita y Diana explicitaron que la correlación entre la noción de problema social y de salud recae en la experiencia de la víctima, expresando sus pensamientos desde diferentes núcleos de reflexión. La primera crítica que la sociedad normalice conductas agresivas como la agresión sexual y otras formas de violencia de género, siendo la normalización un modo de aprobación social de dicha práctica; la segunda se centró en que la sociedad las esconde, lo que conlleva la censura social, aunque “no haga nada para solucionarlas”. A pesar de esta aparente diferencia, puesto que “normalizar” o “esconder” son dos formas de expresar una misma idea, para ambas la ayuda hacia sus personas debía venir de un equipo médico y la solución del

problema social, como dijo Afrodita, recaería en cambiar y erradicar la díada dominación–sumisión del pensamiento machista:

Afrodita: Es un problema social. Bueno, es un problema de salud en el momento que yo sufro una agresión porque es un problema psicológico y toda la implicación que tiene, que tienes que vacunarte, tienes que hacerte pruebas, eso sí. Pero también considero que una agresión es un problema social porque, parece mentira, pero después que me ha pasado esto, me doy cuenta de que hay agresiones a todas horas del día y en todos lados y pasan desapercibidas porque hay agresiones que la sociedad las considera algo normal.

(...) El tema de la agresión sexual es como lo de la violencia de género, ¿sabes? La sociedad no está concienciada de que existe (...).

Investigadora: ¿Crees que el tratamiento, el seguimiento o la ayuda podría venir del sector social?

Afrodita: No, es que no. Tiene que ser un equipo médico. Lo social, tiene que cambiar la sociedad. Y, a lo mejor, la recuperación social sería decir: “Necesito recuperar esto y necesito que la sociedad cambie y no la puedo cambiar toda”. Y me puedo ir a un colegio a dar charlas y decir: “Chicas, cuidado que puede pasar esto”. Decir ¡esto es la sociedad y ojo! Yo ahora tengo un radar y yo veo relaciones y veo comportamientos, y ya en niños pequeños, que no me gustan. Son comportamientos machistas, de dominación, de sumisión.

Investigadora: ¿Crees que una agresión sexual es un problema de salud, uno social, de otro tipo...?

Diana: Se convierte en un poco de todo. Porque si yo estaba bien antes de que me pasase eso, que no tomé ninguna clase de medicación ni fui a un psicólogo, psiquiatra, que vale que para venir a un psiquiatra, psicólogo, no hace falta que sea por una violación, porque también te pueden pasar otros problemas. Que yo he tenido otros problemas, mi enfermedad, la separación, lo pasé mal, pero tampoco fue como para decir, para necesitar, a lo mejor sí, cuando me pasó en ese momento, pero con esto, lo que a mí me ha *pasao*, me ha hecho y me he sentido tan mal, tan mal, que, si no llego a estar con psiquiatra, con psicólogo, yo no sé lo que me hubiese sido ahora, porque se me pasaban tantas cosas por la cabeza...

Investigadora: ¿Cosas de qué tipo?

Diana: Uff! de *too*, de *too* [*Su expresión facial es muy dolida*]

Investigadora: ¿De matarte?

Diana: Sí, sí. [*Voz baja*]

(...)

Diana: Creo que también [es un problema social] porque es que tampoco se está haciendo lo que hay que hacer. Esto está a la orden del día ahora en la sociedad y lo malo es que lo tienen escondido esto. Porque es que no lo hablan, no lo dicen. (...)

Respecto a la consideración de la agresión sexual como un problema social, la mayoría de las implicadas asumían que lo es. Solo una de las pacientes manifestó abiertamente tener dificultades para considerar conceptualmente la agresión como un asunto que concerniera al resto de la sociedad, es decir, que la falta de respeto ejercida contra una mujer agredida fuera extrapolable al resto del colectivo de mujeres y, por tanto, sea un problema social. La edad de esta señora, en su sesentena, aparece como elemento diferenciador del resto de sus compañeras. Con ello no queremos afirmar que ese factor sea una limitación para la comprensión del hecho, sino, más bien, que la

mujer consideró no tener suficiente conocimiento al respecto para establecer esa conclusión.

El motivo para considerar las agresiones sexuales como problema social está vinculado a la causa de su existencia, el segundo punto que se va a tratar. Tanto las profesionales como las pacientes señalaron el machismo como causa primera de la agresión, sin establecerse grandes diferencias en sus discursos. Si bien las profesionales acudieron directamente a la terminología teórica, la ideología patriarcal, cada una de ellas seleccionó un término diferente: la psicóloga utilizó “violencia de género”; la psiquiatra, “machismo”; la trabajadora social, “demostración de poder masculino”. Las profesionales consideraron la ideología del patriarcado –el machismo– como un elemento estructural de la sociedad, basada en una organización marcada por la desigualdad de género, de manera que la violencia se constituye como una forma de control patriarcal y, por tanto, de poder. Así, las profesionales definieron las agresiones sexuales como una forma de violencia de género. La forma en que articularon los conceptos de poder y desigualdad entre mujeres y hombres se traduce en que el poder reside, precisamente, en considerar a las mujeres inferiores, hecho que calificaron de violento, y, además, en que los hombres utilizan esa violencia para mantener el poder. Además, la psiquiatra estableció dos tipos de violencia: la extrema y la microviolencia. La primera hace referencia a las agresiones sexuales producidas en contexto de guerra, donde, además del machismo, se encontraría la destrucción y aniquilación de personas por una ideología (u otro motivo). No definió microviolencia, pero, por el contexto, se entiende que se ejerce la violencia de forma poco observable, por lo que pasa más desapercibida. La significación que atribuyó a dicho término está en relación directa al de «micromachismos»⁶⁵, que son actitudes de dominación “suave o de bajísima intensidad, formas y modos larvados y negados de abuso e imposición en la vida cotidiana” (Bonino, 2004:1)⁶⁶.

Por otra parte, hemos observado como diferencia significativa que las pacientes, además de señalar la ideología machista directa o indirectamente, consideraron la

⁶⁵ El psicólogo Luis Bonino acuñó el neologismo micromachismos (mM) tomando el prefijo micro de Foucault, cuando este se refiere al poder y cómo este se infiltra por los intersticios de la sociedad en su conjunto sin distinción de personas. Se refiere al orden de lo capilar y casi no perceptible. Describe cuatro categorías de mM: los utilitarios, que fuerzan la disponibilidad femenina aprovechándose de aspectos domésticos y cuidadores del comportamiento tradicional femenino; los mM encubiertos, que abusan de la confianza y credibilidad femenina; los mM de crisis, que fuerzan la permanencia del *statu quo* desigualitario cuando este se desequilibra; los mM coercitivos, que sirven para retener poder a través de utilizar la fuerza psicológica o moral masculina.

⁶⁶Bonino (2004) establece esta definición de micromachismo en el contexto de la relación de pareja.

educación como un factor causal de las agresiones sexuales. En cambio, las profesionales no hicieron mención a este factor en el contexto de la entrevista, lo cual no significa que no estuvieran de acuerdo, como se pudo observar durante el trabajo de campo. Con esta afirmación pretendemos recalcar que las profesionales recurrieron en primera instancia a nociones teóricas vinculadas al conocimiento del modelo social de masculinidad hegemónica mientras que las pacientes lo hicieron a través de su reflexión personal. Así, todas las pacientes entrevistadas apuntaron como causas más específicas de las agresiones la “mala educación” transmitida acerca de la falta de respeto a la mujer, quien es considerada como un objeto. Tres de ellas señalaron directamente a la sociedad machista como causa de las agresiones sexuales. Las siete restantes no se sirvieron de dicho concepto, pero sí lo hicieron de forma indirecta a través de expresiones que señalan el deseo y/o el dominio ejercido por el agresor sobre la mujer, cuya voluntad y derechos no son considerados. Dada esa pequeña diferencia, presentaremos sus percepciones por separado.

Respecto a las tres mujeres que apuntaron abiertamente a la sociedad machista, es interesante reflexionar sobre sus discursos. Ellas indicaron el machismo causa de las agresiones sexuales. Al utilizar ese término, sea como sustantivo (machismo) o como adjetivo (sociedad machista), destacaron la sumisión como elemento clave en su definición y etiquetaron la educación como sistema a través del cual se naturaliza esa sumisión. Por otra parte, llegaron a esa conclusión por caminos explicativos diferentes. Dos de ellas apuntaron al mundo de las emociones como motivo primario aunque señalaron dos sensaciones diferentes. Temis consideró que la violencia y la rabia son innatas en el mundo y encuentran una “válvula de escape” a través de la praxis de la agresión sexual. En cambio, Isis hizo referencia a otra inquietud: el miedo. No se refirió a un miedo individual de un agresor en concreto, que también, sino al que siente la sociedad respecto al poder que tiene la mujer. La tercera mujer, Afrodita, ofreció una explicación procedente del mundo de las cogniciones y, por tanto, de la ideología. Consideró que el hombre se siente de antemano superior a la mujer y por ello “la tiene que dominar”. En definitiva, las tres mujeres consideraron agresor al hombre que comparte el pensamiento machista y pretende la sumisión de la mujer.

Afrodita: La causa es el hombre. Está mal y tiene problemas yyyy problemas suyos. Hay de todo. Es que cojo a una mujer porque me siento superior a ella y la tengo que dominar, someterla y hago lo que quiera. O sea, el menosprecio que tiene la sociedad a la mujer. La mujer en las agresiones no tiene la culpa para nada, simplemente es una víctima. El problema es la sociedad, en este caso la sociedad masculina.

Isis: Es tanto la educación, como las religiones, etcétera. Todo lo que hace que quiera someter a la mujer y es porque tienen miedo porque somos muy poderosas. Y, entonces, la única manera es hacerte creer, al revés, que eres débil, que estás sometida y que, si no, te someto a la fuerza, ¿no?

(...)

Investigadora: Y, si en lugar de poner la palabra *lactar*, yo te pidiera otra, profundizando un poco más, como dándole significado a la agresión sexual. Si te pongo: agresión sexual igual a...

Isis: Sometimiento. Esto es destruir al otro. Estar por encima, no porque seas mejor o hayas estudiado más o hayas conseguido más por tu esfuerzo, sino sometimiento al otro. Hay violación de todo, de derechos...

Investigadora: ¿Qué causas crees que tiene el hecho de que haya agresiones sexuales?

Temis: Principalmente, cómo se tratan las emociones o no se tratan, la educación en general, no solamente al hombre, al ser humano, porque también a veces tenemos actitudes las mujeres que también contribuimos a ese especie de machismo, no lo sé. Por otro lado, porque simplemente por callarlo, se sigue permitiendo. Eso.

Investigadora: ¿Y el significado? ¿Le podemos dar algún tipo de significado a que haya agresiones sexuales?

Temis: Sumisión, ¿no? Es un acto de sumisión. (...)

Investigadora: ¿Qué crees que significa una agresión sexual a nivel social, socialmente?

Temis: Mantengo el tema de la sumisión, la mujer por debajo del hombre, y no sé..., es como un, un..., no sé, la rabia que hay contenida, la violencia que existe en el mundo, en la vida. Es como innato, luego lo reprimimos, no sé, somos seres sociales (...).

Respecto a las mujeres que no utilizaron la expresión “sociedad machista”, no hemos encontrado diferencias significativas en sus discursos. A pesar de ello, destacaremos el discurso de Némesis puesto que ofreció una información relevante. Ella apuntó hacia la educación deficiente en materia de igualdad y en el respeto al prójimo como única causa de las agresiones sexuales. Sin embargo, no pretendía señalar a las madres como malas educadoras, puesto que, según su experiencia, sabía que su exsuegra se había esmerado en ese tipo de educación y el hijo, que no fue quien la agredió sexualmente, tuvo comportamientos que para ella apuntaban claramente a la falta de respeto a la mujer:

Némesis: Una educació deficient. No ho sé. Jo no sóc una professional del tema i no puc especular. (...) Clar, és que si eduques al teu fill en la igualtat, en el respecte al *pròxim*, en la dona, em fa pensar que...mentre ho pensava he pensat que potser no perquè al meu exmarit, la seva mare era educadora. I sempre ha educat en que les dones tatata...

(...)

Némesis: Ell era addicte als telèfons porno, es deixava els diners. Molts diners en telèfons porno, addicte a prostitució, a masturbar-se a la webcam, enviar-li fotos del seu penis a les meves amigues, quan elles no ho volien. O sigui, *era un si o si, o te lo envio*, saps?

En suma, la agresión sexual fue considerada por las pacientes y las profesionales como un problema de salud por el malestar que genera en la víctima y un problema social por considerar que la causa de las agresiones sexuales recae en la ideología machista. Definieron esta como una forma de violencia en el contexto de la relación de género basada en el poder masculino. La posición ocupada en el rol complementario ha supuesto una diferencia significativa por dos motivos. En primer lugar, la homogeneidad del discurso mostrado fue interrumpido por el registro al que recurrieron para expresar sus pensamientos: las profesionales utilizaron términos conceptuales que condensan la ideología machista mientras que las pacientes construyeron su explicación a través de su vivencia personal. Además, las pacientes fueron discretamente más heterogéneas: tres de ellas señalaron de forma directa el machismo como causa primera de las agresiones (dos de ellas, desde el mundo de las emociones, y una, desde el ideológico) y el resto de sus compañeras lo hicieron indirectamente. En segundo lugar, las pacientes consideraron la educación transmitida como un factor causal adicional de las agresiones sexuales.

Para continuar contestando a la pregunta sobre si medicaliza o no la agresión sexual, consideraremos que la decisión de acudir a las urgencias del hospital y posteriormente al Programa AGRESX-TEPT la toma la mujer. Realmente es ella la que decide aceptar la ayuda ofertada y, por tanto, si la quiere o no. Si bien es cierto que desde la institución hospitalaria hay un ofrecimiento de visita en dicho programa, no hay obligatoriedad alguna de tomarla y, según la opinión expresada por las pacientes, para ellas esta ayuda dada fue efectiva. Por otra parte, hubo pacientes que declinaron el ofrecimiento por no percibirse como candidatas a recibir ayuda, hecho relacionado con considerar “normal” que se sintieran mal después de sufrir una agresión y confiar en que se pondrían bien o por pensar que estaban bien. Además, algunas pacientes dejaron de acudir al Programa AGRESX-TEPT tras haber iniciado la primera visita. Según información facilitada por las profesionales, los motivos para ello fueron preferir utilizar sus propios recursos personales ante las situaciones adversas, presentar una mejoría en su funcionamiento global y no tener necesidad de continuar con las visitas y/o por un amplio abanico de motivos personales, como la incompatibilidad con sus horarios laborales, con el cuidado de sus hijos en edad no escolarizada o tener dificultad para hacer el desplazamiento hasta el centro. La imposibilidad de acceder a este colectivo no ha hecho posible poder contrastar las razones por las que interrumpieron la atención sanitaria. Sin embargo, hubiera sido muy interesante ya que hubiera aportado

conocimiento sobre los modos no medicalizados utilizados por esas mujeres para tratar, reducir o evitar los efectos de sufrir una agresión sexual.

Para concluir, y considerando todo lo expuesto, se produce un proceso de medicalización de la agresión sexual en el sentido de la inscripción de un problema de la vida en el ámbito médico, el cual ha creado un modelo de atención a personas que han sufrido ese tipo de violencia de género. El concepto de medicalización resulta «diabólico» para algunos (Foucault, 1996: 77); para otros, no es visto de forma neutral que a determinados asuntos que conciernen a los «acontecimientos ciudadanos» se les dé una respuesta desde la biomedicina (Menéndez, 2005 a). La literatura comentada muestra la medicalización como categoría o estado, así como un valor continuo que permite concretar más detalladamente el grado en que un fenómeno está medicalizado/desmedicalizado (Halfmann, 2011). En el contexto etnográfico estudiado existe una organización institucional a nivel macrosocial basada en decisiones políticas, legislativas y sanitarias que proporcionan los medios para la atención de problemas que son percibidos y definidos por dichas instituciones como problemas de salud. Estas decisiones repercuten a nivel meso por la dotación de esos recursos económicos para la atención sanitaria desde los servicios de salud, en este caso el hospital, donde todo su orden funcional y estructural gira en torno a la resolución de un problema en términos sanitarios. De este modo, a nivel macro y meso, la agresión sexual está fuertemente medicalizada ya que se generan discursos, prácticas e identidades al respecto en una alta prevalencia. Redactar leyes que buscan la igualdad entre hombre y mujeres y que permiten tipificar la agresión sexual como delito, penalizar (o no) al agresor tras un proceso judicial, establecer el “Protocolo de las Agresiones Sexuales” en Barcelona en el que están implicadas las instituciones judiciales, sanitarias, policiales y sociales de la ciudad, crear el Circuito Barcelona contra la Violencia hacia las Mujeres, elaborar un protocolo interno de actuación en el Servei d’Urgències y la creación de la CVIG así como del Programa AGRESX-TEPT son claros ejemplos del modo en que la agresión sexual es medicalizada. En cambio, a nivel micro, en la relación cara a cara, observamos un proceso muy particular. Probablemente, se produce el proceso de medicalización respecto a tener el control de la población general, como propuso Illich (1975), pero no en el sentido de la tendencia a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo. Aquí, la mujer pide ayuda tras ser ofertada la atención sanitaria en el Servei d’Urgències y, según manifestaron las informantes, lo hicieron cuando consideraron que por sus

propios medios no eran capaces de recuperarse. Las pacientes de este contexto etnográfico utilizaron los recursos sanitarios dispuestos para el tratamiento de sus malestares y ellas buscaban para sus sufrimientos un espacio donde amortiguarlos. Otra cosa es que los consideraran como una enfermedad, como veremos en el siguiente apartado. Utilizando las palabras de Hebes, “si es un servicio público, utilízalo”. Paralelamente, las profesionales no parecen buscar el control, sino todo lo contrario, trabajan en la idea del empoderamiento. A pesar de que el «empowerment» puede suponer una mayor medicalización por ser una “capilarización de la mirada médica” (Márquez y Meneu, 2007: 69), las profesionales tenían en cuenta dicha noción. Consideraban el empoderamiento como un proceso en el que hay que compartir con las pacientes la mayor información posible (conocimientos teóricos sobre violencia de género y la sintomatología de los trastornos psiquiátricos) con la finalidad de que estas la incorporaran en su haber, pudieran resignificar lo que les pasó e incrementaran su poder, esto es, la gestión de la adversidad, la resolución de problemas y la recuperación de las secuelas psíquicas de la agresión sexual sufrida. Las pacientes manifestaron, a su vez, que adquirir dichos conocimientos les sirvió, por ejemplo, para reubicar la culpa en el agresor, no en ellas.

Por otra parte, el significado que las profesionales le otorgaron a la agresión sexual, un hecho social que tiene repercusiones en la salud, y el marco teórico que orienta sus visitas, la perspectiva de género y el funcionamiento social de la persona, hacen que la medicalización adquiera en este contexto un matiz específico. En sus discursos coexiste la noción de medicalización de la agresión sexual, por entenderla como un problema social, con la idea de no-medicalizarla, por considerar que están tratando malestares que catalogan como enfermedad. Esta disociación conceptual conlleva la utilización de los medios institucionales por los que la biomedicina se expandió y resignificarlos como medio para contrarrestar el conflicto social que supone la violencia sexual. En la práctica, el modo en que las profesionales trataron de dar respuesta al problema de la agresión sexual consistió en tener presente su causa (la violencia de género) y la esfera social de la persona que ha sido objeto de ese tipo de violencia. Así, el problema médico es resignificado de nuevo como problema social a través de los dispositivos de atención (la visita individual y la terapia grupal), que resultan socializantes. Paralelamente, resulta paradójico que un hecho que es considerado de naturaleza social sea tratado a nivel individual en la consulta, situación

que está en consonancia con el efecto descrito sobre la medicalización: descontextualiza los problemas sociales para convertirlos en individuales (Conrad, 1992). De este modo, la atención de la agresión sexual sigue un proceso de individualización en la atención (sanitaria), pero también de socialización a través de los dispositivos de atención ofrecidos, y, en mayor grado, en la terapia grupal.

En definitiva, los canales abiertos para la expansión de la biomedicina fueron reformulados para la resolución de un problema (de salud) generado tras un conflicto social (la agresión sexual) cuando, paralelamente, la sociedad no ha encontrado, todavía, una forma de solucionar ese conflicto.

3.2 La categorización: un camino hacia la comprensión

Acudir a la consulta médica no implica obligatoriamente que la persona en cuestión considere que tenga una enfermedad. Por ese motivo, en este capítulo analizamos la relación entre la agresión sexual y la enfermedad mental. Para ello, consideramos cómo las pacientes definieron la noción de enfermedad y si se asumieron como enfermas tras haber sufrido una agresión sexual. Asimismo, abordamos si categorizaron al agresor como enfermo mental, lo cual constituyó el motivo por el que realizó dicho acto de violencia. En el segundo apartado profundizamos en lo que define un acto como agresión sexual según las mujeres y en el significado que las profesionales y las pacientes atribuyeron a la agresión sexual. Además, planteamos la concepción de las mujeres sobre su sexualidad antes y después de la agresión sexual y la vivencia que tuvieron del proceso legal tras haber denunciado la agresión sexual.

3.2.1 La agresión sexual y la enfermedad mental

3.2.1.1 La enfermedad mental como construcción social

La enfermedad y su atención constituyen factores estructurales en toda sociedad. Más allá de producir malestares, padecimientos y fenómenos de tipo clínico, expresan las condiciones sociales, culturales y económicas que toda sociedad desarrolla a través de sus formas de enfermar y, también, de sanar o morir (Menéndez, 2005 a). La

preocupación por determinar cómo se define la enfermedad es planteada desde perspectivas sociológicas (Parsons, 1966; Goffman, 1979), filosóficas (Canguilhem, 1971; Illich, 1975; Foucault, 1991) y antropológicas (Kleinman, 1988; Martínez-Hernández, 1998; Arrizabalaga, 2000; Good, 2003; Menéndez, 2005a). A pesar de la diversidad epistemológica, hay un cierto consenso entre los científicos sociales respecto a que la práctica biomédica es hegemónica y asume el control de la enfermedad en la sociedad occidental. La enfermedad es comprendida a través de sus vertientes biológicas y culturales, asumida como una construcción social y como un fenómeno no deseable por generar desorden social. El grado de la crítica que estos autores plantean hacia la biomedicina por la forma en la que establece sus premisas de acción, las vías por las que acceden a la comprensión de la enfermedad y los términos específicos en los que se basan son algunas discrepancias presentes en sus aportaciones. Las críticas al sistema médico hegemónico recaen, como hemos presentado al principio del texto, en el biologicismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el aculturalismo, el individualismo, el mercantilismo y la relación médico/paciente asimétrica y subordinada, entre las más relevantes (Menéndez, 2005 a).

El modelo médico asume las enfermedades como entidades biológicas o psicofisiológicas universales que son consecuencia de unas disfunciones o lesiones somáticas y producen unos signos o anormalidades fisiológicas que pueden ser medidos. El profesional de la medicina interpreta los síntomas, que son expresados culturalmente por el paciente a través de lenguaje somático, como una fisiología desordenada para la emisión de un diagnóstico médico y un tratamiento racional que procura intervenir en los mecanismos de la enfermedad (Good, 2003). Así, según este paradigma, las enfermedades son biológicas, universales y se desvinculan de los contextos sociales y culturales. Por fortuna, estos elementos racionales son abarcados por la medicina junto a los irracionales, “puesto que combina la atención del cuerpo con la preocupación por las dimensiones morales de la enfermedad y del sufrimiento” (Good, 2003: 60). La clave reside en que una función básica de la acción de la cultura es transformar el dolor en sufrimiento.

La noción de enfermedad es una cuestión que ha suscitado interrogantes en cuanto a su definición. Entre los años sesenta y ochenta del pasado siglo, las corrientes constructivistas, relativistas y las deterministas aportaron sus puntos de vista respecto a

la naturaleza de la enfermedad⁶⁷. Mientras que las primeras señalaban una dualidad basada en un cierto equilibrio entre los aspectos biológicos y culturales, las segundas enfatizaban el aspecto cultural y, finalmente, la tesis determinista subrayó que la biología explicaba por sí sola la enfermedad (Arrizabalaza, 2000). Los factores culturales, también llamados socioculturales o sociales, son todos aquellos que no son estrictamente biológicos, según la visión constructivista. En los últimos años, la OMS considera que los determinantes sociales de la salud, como las condiciones sociales y económicas y el acceso universal a la atención médica, son las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general (Wilkinson y Marmot, 2006).

Contextualizado el paradigma constructivista, la enfermedad es una entidad elaborada socialmente a partir de la percepción de un fenómeno (o más) que es clasificado como anómalo desde una idea de salud concreta, en un marco sociocultural específico. Es un proceso en el que intervienen unos agentes sociales, principalmente los prácticos sanitarios, pero también agentes sociales ajenos a la práctica sanitaria⁶⁸, y, con menor frecuencia, los individuos afectados por la enfermedad y sus seres próximos. Los conflictos entre los diferentes agentes sociales intervienen también en el proceso mencionado:

una enfermedad se construye socialmente a partir de las variadas percepciones y reacciones que un fenómeno o conjunto de fenómenos juzgados anómalos desde una determinada idea de salud, suscitan en uno o más grupos sociales en el marco de un contexto sociocultural específico. Se trata de un proceso determinado por distintos agentes sociales así como por los conflictos potenciales entre ellos (Arrizabalaza, 2000: 78).

Las nociones “disfunción” y “desviación” son utilizadas desde la sociología para determinar qué es la enfermedad. En el primer caso, el término es vinculado al funcionamiento del sistema social y la enfermedad es considerada como una disfunción ya que incapacita al individuo para desempeñar efectivamente los roles sociales, siendo la práctica médica el mecanismo para enfrentarse a las enfermedades de sus miembros y cuya organización se basa en una serie de roles institucionalizados (Parsons, 1966). Así,

⁶⁷ La sociología médica, la antropología de la medicina, la historia social y los estudios sociales sobre la ciencia son las disciplinas englobadas en la corriente constructivista. A pesar de que todas ellas defienden la dualidad de la enfermedad, las tres primeras reconocen los procesos biológicos sin cuestionar los sociales mientras que la cuarta disciplina considera los fenómenos biológicos como construcciones sociales. Por otra parte, el florecimiento de las corrientes relativista y determinista estuvieron alentadas por la línea política del momento en el Occidente desarrollado, esto es, la liberal-conservadora y el neoliberalismo, respectivamente (Arrizabalaza, 2000).

⁶⁸ Los agentes sociales que no realizan actividades sanitarias son los poderes políticos y los grupos de presión de índole económica, mediática, científica, religiosa y cultural (Arrizabalaza, 2000).

no se asume la enfermedad como un fenómeno natural, sino que es definida como una forma de conducta desviada donde los elementos de la motivación hacia la desviación se expresan en el rol del enfermo. La definición en términos sistémicos es la siguiente:

(...) podemos decir que la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento «normal» del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente (Parsons, 1966: 401).

Así, el autor hace hincapié en dos aspectos. El primero, la moderna práctica médica está organizada en torno a la aplicación del conocimiento científico para controlar la enfermedad, asumiendo la ciencia como un fenómeno cultural con un nivel de desarrollo alto. El segundo, para la persona «normal», la enfermedad supone una frustración de las expectativas de su pauta de vida normal, quedando separada de sus “esferas normales de actividad, y de muchas de sus satisfacciones personales” (Parsons, 1966: 412). La noción normal conlleva una dimensión normativa, y, por tanto, moral, que analizaremos más adelante (Canguilhem, 1971).

En cambio, el término “desviación” se refiere a la norma que ubica al individuo en la escena social (Goffman, 1979). Las desviaciones de las normas biológicas y sociales tienen sus repercusiones. La primera vez que un individuo realiza un acto que más tarde se percibirá como síntoma mental, dicho acto no se toma como síntoma de una enfermedad, sino más bien como una desviación de las normas sociales y de las expectativas sociales. Después, si se repite, se le considerará como paciente mental. La enfermedad mental es “un marco social de referencia y un marco conceptual donde aplicar las infracciones sociales como medio para comprenderlas” (Goffman, 1979: 347). Esas infracciones tienen un carácter específico y los medios oficiales de control social acostumbran a no ser aplicables ya que ni ofendido ni infractor pueden resolver la situación por sus medios. El autor sostiene que

los síntomas mentales son incorrecciones situacionales voluntarias, y estas, a su vez, constituyen pruebas de que el individuo no está dispuesto a mantenerse en su lugar (Goffman, 1979: 347).

Con esta afirmación está haciendo referencia a que los actos que suponen un problema son asumidos inicialmente como una desviación voluntaria, pero, además, es preciso considerar las relaciones del infractor, el ofendido y de las organizaciones de las que son miembros. Los síntomas mentales suponen actos de un individuo que la

organización social no puede permitirle, pero tampoco puede hacer demasiado por evitarlos⁶⁹.

Foucault (1991) critica que la enfermedad mental sea definida con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica. Ambas redistribuyen los síntomas que señalan la enfermedad en los grupos patológicos utilizando dos postulados: el de esencia y el naturista. En el primero la enfermedad se considera una esencia que es anterior a los síntomas; en el segundo, la enfermedad es erigida como una especie natural. Sin embargo, el autor considera que no hay una unidad real entre la enfermedad mental y la orgánica, “solo un paralelismo abstracto logrado por intermedio de esos postulados”⁷⁰ (Foucault, 1991: 15- 16). Es necesario centrarse en el ser humano pues es quien sustenta su unidad, analizar la especificidad de la enfermedad mental, localizar las formas concretas que puede tomar a nivel psicológico, determinar las condiciones que han hecho posibles esos diversos aspectos para finalmente restituir el conjunto del sistema causal que las ha generado. Foucault plantea una interesante paradoja: la sociedad no se reconoce en la enfermedad, la persona enferma se siente a sí misma como una extraña y, en cambio, no se percibe la experiencia patológica sin hacer referencia a las estructuras sociales como tampoco se pueden explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad sin observar la condición real del enfermo en su medio humano. De este modo, plantea la relación entre el individuo, la sociedad, la definición de enfermedad mental y la tendencia a su rechazo. La alienación mental, la privación de los derechos a la que fue sometido el enfermo mental en el siglo XIX, son la verdadera condición de la enfermedad mental: en la medida en que se está alienado, se está enfermo. En definitiva, la enfermedad mental es la consecuencia de las contradicciones sociales procedentes de la distancia entre libertad e igualdad teóricas que definen la humanidad del hombre y la demostración de que el enfermo mental está al margen de esa libertad e igualdad (Foucault, 1991). Lewis-Fernández y Kleinman (1995) destacan la maduración de la psiquiatría cultural en los últimos años, donde el énfasis en la cultura como proceso permite un análisis más profundo de las complejidades

⁶⁹Goffman (1979) propone un acertado ejemplo respecto a las manías de grandeza de un soldado, que pueden constituir derechos cuando se trata de un general.

⁷⁰Foucault (1991) considera que la noción de totalidad psicológica y fisiológica del individuo da soporte a la patología, pero, a través de estas formas de análisis médicos, se reconoce que, cuanto más central es la idea de unidad del ser humano, menos clara es la noción de enfermedad como unidad específica. Así, Foucault sostiene que la patología mental precisa de métodos de análisis diferentes de las patologías orgánicas.

sociosomáticas, esto es, la traducción de los significados y las relaciones sociales en la experiencia corporal, y, por lo tanto, de la repercusión social de la enfermedad. Asimismo, lamentan sus limitaciones sobre la creación de conocimiento y su aplicación clínica en psiquiatría (como el fracaso de la validación cultural del DSM-IV o el diagnóstico erróneo persistente de los pacientes de minorías). De este modo, Lewis-Fernández y Kleinman abogan por la importancia de la cultura de la psiquiatría y la cultura de los pacientes.

Desde un objetivo más pragmático, aunque no por ello menos conceptual, la clasificación de la enfermedad en sus diversas dimensiones y la aplicación de la noción de «experiencia de enfermedad» en lugar de «enfermedad» contribuyen a la recuperación de la persona enferma, y de su proceso, como parte principal en la cuestión que nos ocupa. Dichas nociones parten del supuesto epistemológico según el cual, si se considera la enfermedad como un fenómeno estructural de toda sociedad, el término en sí mismo es también susceptible de ser analizado desde el punto de vista cultural. Desde el planteamiento antropológico se aboga por la multidimensionalidad como propuesta analítica, que discrepa del modelo unidimensional biomédico, y defiende que la enfermedad debe comprenderse como un fenómeno que abarca varias dimensiones (Martínez-Hernández, 2008). Con esta intención, la distinción entre la dimensión orgánica de la enfermedad («*disease*»), la cultural («*illness*») y la social («*sickness*») ofrece la posibilidad de contemplar los diferentes aspectos relacionados con el proceso de enfermar.

La diferenciación entre la *disease*, como una entidad biológica⁷¹, y la *illness*, como los aspectos personales de sufrimiento, fue realizada por primera vez por Fabrega (1972) sobre una base semántica. Esta distinción entre la *disease* como *etic* y *illness* como *emic*, que fue recogida y más elaborada por autores interpretativos como Eisenberg (1977) y Kleinman (1988), generó un dualismo entre las perspectivas de los profesionales de la medicina y las personas enfermas no exenta de limitaciones. Por una parte, la mencionada equiparación supone que la *disease* equivaldría a la representación médica sobre la *illness*. Por otra parte, la asociación *disease/etic* e *illness/emic* encorseta el lenguaje utilizado por cada agente en una rígida estructura que dificulta la

⁷¹ En la perspectiva biologicista, el término «*disease*» designa un concepto médico cuyo significado implica una anormalidad en la función y/o la estructura de cualquier parte, proceso o sistema del cuerpo, representando una discontinuidad física o biológica (Fabrega, 1972).

comunicación y que asume una relación jerárquica entre ambas partes. La *disease* es el problema visto desde la perspectiva médica. En los estrechos términos biológicos del modelo biomédico, esto significa que la enfermedad es configurada solo como una alteración en una estructura biológica o en su funcionamiento:

Disease es aquello que el médico crea para la recuperación de la enfermedad en términos de teorías de los trastornos. (...) El médico reconfigura los problemas de la *illness* del paciente y su familia como cuestiones técnicas, en problemas orgánicos (Kleinman, 1988:4-5). [La traducción es propia].

Esta definición perspectivista obedece a la asociación entre *disease/etic* e *illness/emic* antes mencionada. En el caso que nos ocupa, supondría que el lenguaje, los significados y las experiencias de las mujeres que han sido agredidas y las profesionales que las asisten coexisten separadamente. Siendo conscientes de las limitaciones de esta separación, en este trabajo distinguiremos entre las narrativas de las mujeres y las de las profesionales. Esta segregación obedece a razones metodológicas y analíticas, entendiendo que ambas narrativas no son entidades totalmente independientes, sino que en muchos aspectos parten de una experiencia –y a menudo de un lenguaje– común. La distinción entre *disease* e *illness* es, por tanto, un punto de partida o un instrumento para facilitar la interpretación.

En los estudios de las dimensiones culturales de la enfermedad, los paradigmas dominantes han sido el interpretativismo, la hermenéutica y la fenomenología (Martínez-Hernández, 2008). La dimensión cultural se refiere a la experiencia humana en relación a los síntomas y el sufrimiento y a la forma en que responden la persona enferma y su red social ante ellos. Se trata de la experiencia vivida sobre los procesos corporales y de su evaluación como esperables, serios, o que requieran tratamiento. Incluye el juicio de los pacientes sobre la mejor manera de hacer frente a la angustia causada por el proceso fisiopatológico y a los problemas prácticos que crea en la vida diaria, así como a la categorización y la explicación que las personas establecen sobre el sufrimiento (Kleinman, 1988). La *illness*, desde la dimensión cultural, se aproxima a la noción de experiencia de enfermedad», la cual se centra en la vivencia de la persona enferma, el significado e interpretación que tiene el sufrimiento, la relevancia de las estrategias narrativas y la historicidad. Se trata de considerar el cuerpo no solo como una representación objetiva –como establece la medicina–, sino también como sujeto, “un desordenado agente de experiencia” (Good, 2003: 216). Los relatos tienden a describir los orígenes del sufrimiento, a imaginar su ubicación, el motivo por el que

aparece y la forma de solucionarlo. Si el resultado imaginado de la historia no logra materializarse, y, por tanto, el sufrimiento no se alivia, el relato no adquiere autoridad y “el yo se ve amenazado de disolución” (Good, 2003: 223). De este modo, dos prácticas interpretativas quedan vinculadas: la «simbolización»⁷² y la estrategia narrativa o «narrativización»⁷³. La enfermedad no solo se produce en el cuerpo, sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia y en el contexto de la experiencia vivida y del mundo social. Afecta al cuerpo en el mundo. Por este motivo, las estrategias narrativas son básicas para entender la experiencia de la enfermedad, situando el dolor en relación con otros acontecimientos de la vida de la persona enferma. Allí donde las estructuras y prácticas sociales canalizan la deconstrucción del mundo vital, la estrategia narrativa es uno “de los procesos recíprocos primordiales de los esfuerzos personales y sociales para contrarrestar esta disolución y reconstruir el mundo” (Good, 2003:219).

La tercera categoría, la *sickness*, se añade con posterioridad a la distinción *disease/illness* con la finalidad de tener en cuenta los aspectos sociales de la enfermedad (Young, 1982; Frankenberg⁷⁴1986). Young presenta su definición del siguiente modo:

“*Sickness* ya no es un término general que se refiere a *disease* y/o *illness*. *Sickness* se redefine como el proceso a través del cual se da un significado socialmente reconocido a preocupantes signos conductuales y biológicos, en particular los provenientes de *disease*”. (Young, 1982: 270). [La traducción es propia].

Así, Young define *sickness* como un proceso para socializar las dimensiones biológica y cultural de la enfermedad. Pretende la ruptura de la dicotomía *disease/illness*, que ubica en la conciencia individual, para finalmente señalar los comportamientos, las relaciones y estructuras sociales que intervienen en la enfermedad. Más específicamente, el término *sickness* implica la comprensión de un desorden en la población desde un

⁷²Good (2003) se basa en la perspectiva fenomenológica de Husserl, quien entiende que el «mundo vital» es el mundo de nuestras experiencias vividas, comunes e inmediatas, y en la simbología de Víctor Turner. En ese contexto epistemológico, Good considera que la enfermedad grave, la aflicción y otras experiencias límite aportan una modificación en la experiencia corporal del mundo real, conduciendo a la «deconstrucción del mundo», concepto que toma de la teórica literaria de Elaine Scarry.

⁷³ Good se basa, por un lado, en la literatura sobre estudios sociolingüísticos de la representación narrativa, concretamente de la noción de «tiempo narrativo» de Paul Ricoeur, en que el factor temporal es un componente esencial de la narrativa y la interacción de los personajes contribuye al desenlace de la narración. Por otro lado, utiliza también el concepto de estructura narrativa –o protonarrativa– de Victor Turner, el cual subraya la relevancia de los relatos y también de los procesos sociales, que se mueven desde una determinada desviación a su reencauzamiento. Así, las narraciones, y los rituales, son procesos intersubjetivos que requieren actores y público y tienen su efecto “en cuanto acontecimientos en el marco de la experiencia temporalmente vivida” (Good, 2003: 261).

⁷⁴Frankenberg analiza dicha perspectiva desde el campo de la Antropología Médica Crítica.

sentido genérico en relación a fuerzas macrosociales (económicas, políticas e institucionales) que contribuyen al proceso de enfermar. Dichos fenómenos han sido tenidos en cuenta en este trabajo.

La definición que hemos presentado previamente sobre la noción de enfermedad mental en términos goffmanianos, el marco social y conceptual donde aplicar las infracciones sociales, se basa en dos nociones que adquirieron protagonismo en nuestro contexto etnográfico. Goffman (1979) parte de la definición «virtual» de un individuo para ubicarlo en la escena social. Afirma que “el trato que un individuo da a otros y recibe de ellos expresa o asume una definición de él, al igual que la escena social inmediata en la que se produce el trato” (Goffman, 1979: 333). Esta afirmación queda condensada a través de los tipos de definiciones virtuales de un individuo, que pueden ser «atribuidas» y «actuadas». Las primeras son percibidas a través de la conducta de los otros y constituyen la «persona» del individuo; las segundas, corresponden a la propia conducta, el «yo» del individuo. Así, las «personas» y el «yo» pertenecen a un mismo individuo y se muestran, respectivamente, en los actos de otros y en los del propio sujeto. A partir de estos términos sociológicos se define otro aspecto del individuo, su «personalidad» o «carácter», el cual hace referencia a que las personas y el yo se convierten en algo estructurado y habitual. Simultáneamente, la relación entre la persona de un individuo y su yo está regulada normativamente. Existe una relación entre la norma y las definiciones virtuales porque la norma define y obliga a actuar de cierta manera. Por tanto, la persona espera que se la trate de cierta manera por la existencia de una regla y, a la vez, la persona está obligada a actuar de un modo determinado por esa norma. Además, la comunidad apoya la legitimidad de esas expectativas y obligaciones y, por ende, los diferentes tipos de control social⁷⁵ procuran inhibir o corregir las desviaciones y asegurar el cumplimiento de la norma. Es sugestivo como algunas pacientes recurrieron a estos razonamientos para definir lo que entendían por enfermedad mental, para considerar si ellas estuvieron enfermas y para expresar cómo quedó alterada la percepción que tenían de sí mismas tras la agresión sexual.

⁷⁵Los tipos de control social son: a) el «control personal», el individuo se controla a sí mismo y no comete actos incorrectos y, en caso de hacerlo, los corrige; b) «control social oficioso», las personas perjudicadas advierten al infractor de la infracción, de su desaprobación y de la sanción; c) la «sanción oficial», que es administrada por los agentes designados específicamente para ello. Para Goffman estos tres tipos de control dan una visión limitada de la relación entre las normas sociales y las desviaciones sociales ya que no contemplan la posibilidad de que el infractor no se mueva por preocupaciones morales, sino por su comodidad o por evitar unas complicaciones no deseadas (Goffman, 1979: 338).

El mencionado concepto, la norma, se aproxima a términos que las pacientes utilizaron para definir la enfermedad mental, concretamente “normalidad” y “no normal”. Las nociones «lo normal–lo patológico» son presentadas por la literatura filosófica desde posiciones diversas. Para unos, dichos términos hacen referencia a los sistemas de exclusión justificados (Foucault, 1991), otros problematizan el estatuto epistemológico de esa noción junto al de la historia de las ciencias biomédicas (Canguilhem, 1971). Para Foucault, lo normal y lo patológico expresan un conjunto conceptual que incluye tanto la dimensión psicológica de la enfermedad (el aspecto estructural de esta y la historia de cada individuo) como las condiciones históricas en las que aparece. El autor trasciende la primera dimensión para detenerse en las verdaderas raíces del hecho patológico y es que la enfermedad “no tiene realidad y valor de enfermedad más que en la cultura que la reconoce como tal” (Foucault, 1991: 83). La secuencia que admite la patología clásica es, por este orden, que el primer hecho está en el anormal en estado puro; que el anormal configura en torno a sí las conductas patológicas cuyo conjunto forma la enfermedad y la alteración de la personalidad que resulta de ello constituye la alienación. El autor propone invertir el orden de los términos de patología clásica (anormal-enfermedad-alienación) para, a partir de la alienación como situación originaria, descubrir luego la enfermedad y definir en último término al anormal.

El par analógico que suponen los conceptos de normalidad y patología queda resumido en el término «polaridad», desde la perspectiva canguilhemiana, por la relación indisoluble que representa. Lo normal tiene un doble carácter: el tipo y el valor. Es un tipo específico en tanto que está considerado como medida estadística, semánticamente definido como regla o regular y remite al promedio. Es un valor, sea vital o social, por ser un objetivo que se ha de lograr y remitir al «deber ser». Este doble significado le otorga la capacidad de ser normativo, de ser la expresión de exigencias colectivas. La lógica descrita se aproxima a la noción de «regulación normativa» de las definiciones virtuales del individuo expresadas en Goffmann (1979), aunque no supone que sean sinónimos. En el primer caso, la noción queda contextualizada alrededor de la enfermedad y, en el segundo, se extiende también a la socialización en la vida en grupo. En la oposición normal-patológico, si es considerado como valor, lo contrario es un disvalor. De esta manera, la patología supone un desvío que precisa de lo normal para afirmarse, así como lo normal requiere de un disvalor para poder ser logrado. Así, la confusión alrededor del término proviene de calificar con el mismo vocablo al hecho (la

regularidad) y a la valoración del hecho (la norma). Esta concepción ontológica y localizacionista da un giro hacia una dinámica y totalizante que propone Canguilhem⁷⁶. Normal equivale para él a normatividad biológica, por la cual no es la ciencia médica quien determina la norma, sino la propia vida, es decir, las condiciones en que esta se puede desarrollar:

Pensamos que la medicina existe como arte de la vida porque el mismo ser vivo humano califica como patológicos (...) a ciertos estados o comportamientos aprehendidos, con respecto a la polaridad dinámica de la vida, en forma de valor negativos. (...) Pensamos, en cambio, (...) que la vida no es indiferente a las condiciones en las cuales ella es posible, que la vida es polaridad y por ello mismo posición inconsciente de valor, en resumen: que la vida es de hecho una actividad normativa. Por normativo se entiende en filosofía todo juicio que aprecia o califica un hecho con relación a una norma, pero esta modalidad de juicio se encuentra subordinada en el fondo a aquella que instituye normas. En pleno sentido de la palabra, normativo es aquello que instituye normas. Y en este sentido nos proponemos precisamente hablar de una normalidad biológica (Canguilhem, 1971:92).

Bajo esta percepción, la salud y la enfermedad no son entendidas como nociones estáticas u opuestas, sino que entre ellas se establece una relación móvil, que está apoyada en la normatividad biológica. Lo patológico ya no es asumido como lo anormal o falta de norma, sino que continúa siendo una norma de vida. La recuperación de salud supone la posibilidad de instaurar nuevas formas de vida. De este modo, lo anormal aplicado a la enfermedad es, para Canguilhem, una distinción moral puesto que a los valores se les aplica las nociones del bien y del mal como atributos esenciales para ser constituidos como valores éticos.

La enfermedad ha sido mostrada hasta el momento como una entidad construida en el marco del grupo social, que forma parte de la estructura social definida en términos que se aproximan a la falta de normalidad y vinculada culturalmente al sufrimiento. Tratar de definir la enfermedad mental resulta un reto para cualquier persona que pretenda clasificar un área intangible como es aquello relacionado con la mente, máxime cuando la dicotomía cuerpo/mente se halla enraizada como paradigma epistemológico en Occidente. Esta reflexión obedece a que casi la mitad de las mujeres entrevistadas afirmaron en primera instancia que no sabían cómo definir la enfermedad mental, aunque, después de una breve meditación, expusieron sus puntos de vista. Dentro de este pequeño grupo no se observaron diferencias culturales significativas.

⁷⁶Canguilhem (1971) toma la salud como objeto de problematización filosófica, alejándose del mecanismo cartesiano propuesto por Descartes en el que el cuerpo es definido como una sustancia orgánica cuyos procesos son de naturaleza física y bioquímica. El objetivo que persigue es proponer un paradigma que permita comprender la noción de enfermedad alejada de las concepciones dualistas.

Para referirse a la enfermedad mental, utilizaron las expresiones “trastorno mental”, “enfermedad mental”, “patología mental”, “psicosis”, “problema”, “no está bien y “estar enferma”. Dos de ellas se sirvieron del término “locura” y una de ellas la rechazó frontalmente. Es interesante observar cómo estas palabras condensan de forma sinóptica la definición que establecieron y es que sus discursos ofrecieron una homogeneidad conceptual que remite a la idea de “no-normal”, de diferente. A pesar de la homogeneidad mencionada, la forma en que presentaron sus explicaciones supuso una diferencia significativa. En primer lugar, establecieron dos tipos de definiciones: amplias y generalistas, por las que no atribuían una causa concreta a la enfermedad; específicas y parceladas, por las que sí se señalaba un motivo. La edad de las pacientes resultó ser un factor discretamente significativo en dicha clasificación puesto que dos de las mujeres de mayor edad (por encima de la cincuentena) ofrecieron definiciones amplias mientras que el resto lo hicieron de forma específica. Esta afirmación no debe ser considerada como una premisa concluyente ya que otra de las mujeres en la sesentena mostró una definición específica. En segundo lugar, y derivado del primer punto, las diferencias detectadas obedecen al contenido de sus definiciones, siendo doble su categorización. Hestia y Diana, las dos mujeres recién referidas, señalaron respectivamente que tener “olvidos” o “problemas que sobrepasan a la persona” son elementos indicadores de la enfermedad mental. El resto de ellas señalaron el comportamiento de las personas enfermas y los problemas personales. Paralelamente, tres de ellas hicieron referencia explícita a estar fuera de la “normalidad” y/o de la realidad. Así, las pacientes establecieron parámetros en la comprensión de la enfermedad mental en consonancia con el razonamiento goffmaniano sobre la regulación normativa del comportamiento y el concepto de “normal”, por el que el alejamiento de la norma supone una desviación. En cambio, no hicieron referencia a la enfermedad en relación al funcionamiento social en términos parsonianos ni tampoco se centraron en la dimensión orgánica de la enfermedad, alejándose de este modo de la perspectiva médica. Sin embargo, algunas de ellas sí trataron del localizar la forma concreta que puede tomar la enfermedad mental a nivel psicológico, como señaló Foucault (1991), pero sin hacer referencia a las condiciones que hacen posible ese aspecto. La penetración de la dialéctica sociológica en el discurso de las pacientes recuerda al proceso por el que el saber médico influye en los conocimientos y prácticas del saber lego. En última instancia, remite a la comprensión cultural de la enfermedad, que es construida en el contexto de un grupo social, y a la noción misma de cultura, que

es definida como aprendida, compartida y transmitida (Parsons, 1966). Paralelamente, el hecho de que las pacientes no recurrieran a términos específicos del terreno de la medicina sugiere un distanciamiento conceptual hacia ellos y la escasa resonancia de dicho conocimiento fuera del contexto de la práctica médica o el proceso de autocuidado de una enfermedad. Con ello queremos destacar que el uso del concepto de lo normal y lo patológico no es exclusivo de la medicina, sino que también es objeto de reflexión conceptual desde otras disciplinas, como la sociología. Así mismo, señalamos que la naturaleza de la enfermedad mental no es definida exclusivamente por los agentes sociales específicos, los prácticos médicos, sino también por los agentes no sanitarios (Arrizabalaga, 2000), puesto que las mujeres entrevistadas aportaron también sus definiciones, más o menos concretas, de lo que consideraron enfermedad mental.

Retomando el discurso de las pacientes, observamos una diferencia entre las que relacionaron la enfermedad mental con la conducta. Minerva, Némesis e Isis utilizaron expresiones similares a un comportamiento que “no encaja en la sociedad”. Además, Minerva estableció una oposición entre la “gente normal” y la “locura”, clasificando el comportamiento esperado como normal, y catalogando el no esperado de enfermedad mental:

Investigadora: Què entens per malaltia mental?

Minerva: Nos em sabia explicar.

Investigadora: Per referir-te a la malaltia mental, quina paraula utilitzes?

Minerva: Depèn de la malaltia. Quan torno del cole hi ha un home que té un problema, sembla boig perquè no coneix a la gent, intenta que vagin cap a ell o toca la cara a la gent. La gent normal no ho fa. A una amiga li va tocar el cul. A la disco ho fan...però és diferent.

Investigadora: Què entens per malaltia mental?

Némesis: *[Silenci]*.

Investigadora: Quan fas referència a la malaltia mental, si has tingut experiències a la teva vida o per la percepció que tu tens, quina paraula utilitzes?

Némesis: *[Silenci]*. Jo he treballat a un psiquiàtric.

(...)

Investigadora: I del record que tens d'aquella època, la percepció que tens tu de malaltia mental, no definició tècnica sinó de la vida quotidiana?

Némesis: *[Silenci]*. Són persones iguals. El meu tracte no canviava. El que havia de vigilar els ganivets del dinar, els cordons de les sabates, aquestes coses, res més. Però eren gent igual. Per exemple, vaig tenir un pacient, que allà on veia aigua, s'hi llançava.

Investigadora: Com?

Némesis: Es llançava a l'aigua allà on veia. Tenia obsessió per l'aigua. Llavors sé que aquest tipus de conductes a la societat no encaixen.

En otra línea, Eos presentó una descripción de enfermedad mental que está en relación con la falta de conciencia que tiene una persona respecto a sí misma, del espacio y del tiempo y también de su comportamiento, estando fuera del “mundo real”:

Investigadora: ¿Qué entiendes por enfermedad mental?

Eos: Cuando se pierde, no sabe lo que se hace, se lían, no se acuerdan de las cosas, pierden la noción del tiempo, de esas cosas..., ¡pero yo no tengo todavía!

[Sonríe]

Investigadora: Cuando te refieres a enfermedad mental, ¿qué palabra utilizas?

Eos: Locura.

Investigadora: Vale. ¿Crees que los enfermos mentales están en un “mundo aparte”⁷⁷?

Eos: Sí, porque no están conscientes, no están en el mundo real.

De esta manera, el significado que le atribuyeron a “lo normal” hizo referencia al valor social que remite al «deber ser», pero no mencionaron el tipo específico de medida estadística. A pesar de no incluir los dos aspectos, el valor y el tipo que describía Canguilhem (1971), se refieren igualmente a la conducta normativa, la deseable, como un estado que cumple las exigencias colectivas. Por otra parte, la alusión a la oposición entre lo normal y lo no-normal procede del silogismo siguiente: si lo normal es el valor, lo no-normal es un disvalor. Y en los discursos mostrados ese disvalor equivale a locura, a “gente no normal” y, por tanto, a lo patológico. Ninguna de las tres mujeres señaló relación alguna entre lo no-normal y la exclusión social ni la privación de derechos de los enfermos mentales (Foucault, 1991). En cambio, sí relacionaron la enfermedad mental con el estigma, como mostraremos más adelante.

Respecto a las tres pacientes que definieron la enfermedad mental en relación a tener problemas personales, hemos percibido contrastes en sus razonamientos. Afrodita y Hebes especificaron que la enfermedad mental estaba motivada por un problema psicológico. La diferencia entre ellas es que la primera añadió que hay algo que “incapacita a la persona para relacionarse con los demás y hacer su día a día” y, por tanto, no puede llevar a cabo su actividad. Pero no definió ese “algo”. Sin embargo, Hebes estableció el problema psicológico hacia uno mismo, no en relación a los demás, expresándolo como “una persona que no está psicológicamente bien consigo misma”. Ninguna de ellas definió psicología. Por último, Hera definió la enfermedad mental como concepto a través de su propio proceso, concretándola como un desequilibrio

⁷⁷ El entrecomillado corresponde a que “un mundo aparte” fue una expresión utilizada por una paciente y la tomé prestada como noción *emic* para las posteriores entrevistas.

emocional personal por dejar de ser lo que era y por no saber cómo actuar, dirigiendo así la mirada hacia su identidad y a la idea de ruptura:

Investigadora: ¿Qué entiendes por enfermedad mental?

Hera: Una enfermedad que llega, que no sabes cómo actuar, te desequilibras. No eres lo que eras. Te desmoronas. La agresión, ser pasiva. (...) Hay desfases emocionales, la gente te ve diferente.

Afrodita: Una persona que tiene un problema psicológico, que tiene una incapacidad o algo que le incapacita para relacionarse con los demás o que tiene una enfermedad o algo que le incapacita para hacer su día a día.

Investigadora: Y cuando hablas de enfermedad mental, ¿qué palabra utilizas?

Afrodita: ...A veces, depende de cómo sea, decir que esa persona no está bien o tiene un problema, una discapacidad.

De las mujeres que hicieron referencia explícita a estar fuera de la normalidad y/o de la realidad, solo Temis definió la enfermedad mental como aquello que hace que una se salga de la normalidad y, más concretamente, como la condición de tergiversar la “percepción real” y captar cosas que los demás no pueden captar. En cambio, Minerva e Isis relacionaron la normalidad con la conducta. Temis lo expresó así:

Investigadora: ¿Qué entiendes por enfermedad mental?

Temis: Pues, a ver..., hum, ¿cómo podemos explicarlo? Algo que hace que me salga de la normalidad, que a mí me permite..., cómo lo explico. Es difícil. Por un lado, me sale que tergiversa un poco la percepción real, pero, por otro lado, hay algunas cosas que le permiten un punto más de sensibilidad o de captar cosas que nosotros no podemos captar. No sé.

Investigadora: Cuando te refieres a la enfermedad mental, ¿qué palabra utilizas?

Paciente: Pues... trastorno mental o patología mental.

Se observa un factor común en las aseveraciones de las mujeres y es que, para categorizar a una persona como enferma mental, compararon a esa persona consigo mismas y/o con la sociedad, entendiendo por sociedad “el resto de la gente”. El parámetro “fuera de la normalidad” se opone a “ser normal”; y no estar en la norma equivale a que la persona esté enferma (mental). De este modo, y de forma genérica, establecieron una relación dicotómica entre normalidad y enfermedad mental, siguiendo los parámetros de la patología clásica, y no otro tipo de relación entre ambos conceptos, como, por ejemplo, un ir y venir de uno a otro. La alternativa dinamista entre salud y enfermedad, basada en la normativa biológica propuesta por Canguilhem (1971), tampoco fue mencionada en ningún momento. El arraigo del pensamiento dicotómico

occidental podría estar relacionado con la falta de contemplación de una noción que se aleje de los términos rígidos en su definición.

Por último, la mayoría de las pacientes correlacionaron tener una enfermedad mental y que las personas que la padecen estén marginadas socialmente. Consideraron que la gente las aparta por falta de conocimiento o comprensión y que las personas enfermas mentales se aíslan del resto de la sociedad como consecuencia de la propia enfermedad. Más específicamente, sus razonamientos se agruparon en tres: asumir como razón uno de los dos motivos expuestos, los dos o entender que no viven “en otro mundo”, sino que lo hacen en el que todos estamos. De este modo, apuntaron a la estigmatización de la enfermedad mental por la falta de comprensión. Isis señaló la educación y el aspecto cultural como factores que intervienen en dicho proceso:

Investigadora: ¿Condiciona las relaciones sociales de la persona que está enferma?

Isis: Mucho. Por esto de los prejuicios de los demás. Cuando no lo sabes, si tienes un comportamiento extraño a lo que es la norma, ya te suelen apartar. Y cuando estás diagnosticado es mucho más violento. (...) Que si tienes daño en el estómago, no pasa nada y si tienes daño en el cerebro o en el alma no lo ven igual. Es falta de educación creo yo. (...). O de tema cultural. Hay otras civilizaciones en que los locos eran superprotegidos y venerados. Los apaches, los sioux, que hacían de orate y son como personas muy especiales. Los protege todo el mundo, o sea que es un tema cultural y de educación, pero nos asusta lo que desconocemos.

Investigadora: ¿Crees que los enfermos mentales viven en un “mundo aparte”?

Afrodita: No. Pero quizá la sociedad no los entiende. ¿La pregunta es si ellos están aislados o si la gente los aísla?

Investigadora: Todo. La pregunta es en general.

Afrodita: Bueno, yo creo que hay un poco de todo. Yo creo que las enfermedades psiquiátricas son las peores, yo creo que la gente no las entiende porque, a ver, quien tiene un problema de rodilla, se ve. Quien tiene una enfermedad grave, no sé, un cáncer, se nota. Pero una psíquica o psicológica, tú puedes ver a la persona bien, pero no sabes lo que hay dentro. O lo que le puede afectar.

Las mujeres hicieron referencia a la estigmatización en tanto categoría negativa. En este sentido, aludieron al estigma⁷⁸ definido como la identificación que un grupo social realiza de una persona a partir de un rasgo físico, comportamental o social que se percibe como desviado del grupo y de la descalificación que ello comporta en relación

⁷⁸Según Goffman (1963), los griegos crearon el término estigma para referirse a los signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba. De este modo, la clave de la comprensión reside en la idea de moralidad que está implícita desde esa época. En la actualidad, la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa “preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales” (Goffman, 1963: 11).

con la pertenencia al grupo (Goffman, 1963). Así, la identidad social es un término que permite localizar a qué categoría pertenece una persona y qué atributos tiene siendo el propio medio social el que establece las categorías. Si son negativos, se utiliza el término estigma.

En suma, la homogeneidad en los discursos de las pacientes respecto a la definición de enfermedad mental radica en que establecieron una correlación entre dicho término y la noción «normal/patológico». Ha sido notoria la comprensión de la enfermedad mental como una entidad que es definida en relación a una colectividad: que a una persona en concreto se le asigne el atributo de enferma mental está directamente relacionado a la desviación del comportamiento colectivo, en términos goffmanianos, el cual es definido por la sociedad del mismo modo que define el normal. Así, el aparente carácter individual de la enfermedad mental no es tal, sino el resultado de lo que ha sido categorizado por la sociedad como enfermedad mental, de forma más específica por el colectivo médico, pero sin ser los únicos agentes sociales que intervienen. Respecto a las mujeres que se refirieron abiertamente a la noción de normalidad, observamos una diferencia significativa: dos de ellas aludieron al comportamiento de la persona enferma y una a la percepción tergiversada que tienen de la realidad. A pesar de esta diferencia cualitativa, la concepción de lo normal/lo patológico recae en el paradigma de la patología clásica. Por otra parte, las diferencias observadas en sus discursos remiten a la causalidad de la enfermedad mental, que se condensan en la dificultad que tiene la persona para relacionarse consigo misma, con otras personas o el entorno y la forma que tiene de comportarse. Como resultado directo de estas dificultades, es significativo que la mayoría de las pacientes consideró que las personas enfermas mentales quedan marginadas del resto de la sociedad, sea porque se aíslan ellas producto de la enfermedad o porque la sociedad las rechaza por falta de conocimientos o de comprensión, aludiendo así a la noción de estigma.

Por último, la edad de las pacientes resultó ser un factor discretamente significativo para establecer definiciones generales o específicas, de manera que, a mayor edad, se observó una tendencia a ofrecer una definición general.

3.2.1.2 Tener o no una enfermedad mental

Una vez concretada la definición que las pacientes establecieron de la enfermedad mental, el siguiente paso es presentar si consideraron que tenían o no una enfermedad mental tras sufrir la agresión sexual. Ha resultado significativo que el primer paso lo hicieron prácticamente en términos sociológicos, el segundo lo llevaron a cabo a través de la noción de experiencia de enfermedad propuesta por Good (2003) y, por tanto, de la dimensión cultural de la enfermedad, la *illness*, pero también mediante la definición virtual de individuo y la de personalidad de Goffman (1979). Por otra parte, ofrecieron una diversidad de pensamiento: dos de las mujeres consideraron que sí tenían enfermedad, tres se mostraron ambivalentes, pero tras profundizar en sus propios pensamientos concluyeron que sí, cuatro pacientes afirmaron no estar enfermas y una no se decantó por ninguno de los dos estados. Un factor que se ha de tener presente es que ocho de ellas tomaron medicación, de manera que analizaremos si sus razonamientos están en relación con la toma de fármacos.

Hera y Hestia consideraron que tenían una enfermedad mental aunque establecieron diferentes vías para concretar el porqué. La primera hizo referencia a un cambio en su forma de actuar y de sentirse a sí misma (“no valgo”) y en su ubicación en el mundo (“tener ganas de desaparecer de este planeta”); Hestia, en cambio, lo atribuyó a la falta de libertad y/o capacidad para llevar a cabo una actividad, así como a olvidar si había hecho una acción o no:

Investigadora: ¿Crees que tienes una enfermedad mental?

Hera: Sí, porque he tenido ganas de desaparecer de este planeta y también que me ha provocado que no valgo. Gracias a estar aquí siento otra cosa: seguir adelante, luchar. No de vivir, pero sí seguir adelante.

Investigadora: ¿Crees que tienes una enfermedad mental?

Hestia: ¿Ahora? ¿Actualmente? Creo que sí. A ver. Todo se me ha cambiado. Todo. Lo que antes hacía con libertad, ahora lo hago pensándolo. Pensándolo si lo puedo hacer, si estoy bien para hacerlo. (...). Y de verdad que quiero estar bien, esto me está fastidiando bastante y mi hija: "¡Ahh que ya me lo has dicho!, ¡ahh, que no te acuerdas!". Este ha sido el tema últimamente, que cada vez que lo oigo me duele más, porque espero, espero que no sea nada grave, pero esto se me ha acentuado muchísimo.

A pesar de las diferentes explicaciones que ofrecieron, ambas establecieron como parámetro de referencia su definición virtual, centrando la atención en el aspecto

definición actuada, la que corresponde a la propia conducta (el «yo» del individuo). Además, Hestia relacionó su autodefinición como enferma mental con su definición «atribuida», la que una percibe a través de la actuación de los otros. No es irrelevante que las dos mujeres que consideraron en primera instancia que tenían una enfermedad mental son las que en el apartado anterior afirmaron tener dificultad para definir qué es enfermedad mental. Dicho de otra manera, no definir claramente dicho concepto, pero incluirse en él, lleva a pensar en la indefinición social que reina respecto a la enfermedad mental. También sugiere que lo que escapa de la comprensión del sentir y del comportamiento humano se engloba dentro de la categoría de enfermedad mental. Por otra parte, ambas siguieron tratamiento farmacológico.

Afrodita, Hebes e Isis son las tres mujeres que afirmaron no tener una enfermedad mental, pero tras continuar con sus discursos acabaron concluyendo que sí tenían una dificultad mental, aportando diferentes razonamientos. Las dos primeras asumían la enfermedad mental como tener un problema a nivel psicológico, sin embargo, lo categorizaron de diferente manera. Afrodita estableció una distinción entre enfermedad mental y enfermedad psicológica y, a la vez, superpuso sus significados. Ello es posible porque definió la enfermedad mental como un problema psicológico, pensaba que no tenía una enfermedad mental, pero afirmó tener una enfermedad psicológica. Por tanto, si definió la enfermedad mental como el tener un problema psicológico, y ella consideraba que lo tenía, concluyó que tenía una enfermedad mental. Consideramos que esta oscilación terminológica obedece más a un paralelismo abstracto de significado que a una firme creencia. A pesar de ello, es relevante que en su relato trató de buscar una explicación a su sufrimiento y lo hizo en términos de enfermedad. Ella es una de las mujeres que no tomó medicación. Por otra parte, Hebes consideró que una agresión sexual sí que afecta la salud de la víctima, expresándolo como “te deja supermal”, precisando un tratamiento para su recuperación. Al preguntarle sobre las consecuencias que tuvo para ella la agresión, respondió que miedo, un trastorno mental y un cambio en sus costumbres. De este modo, rechazó la palabra “enfermedad mental”, pero aceptó “trastorno mental” para referirse a su estado tras la agresión sexual, siguiendo un proceso conceptual semejante al de su compañera:

Investigadora: ¿Crees que tienes una enfermedad mental?

Afrodita: No.

(...)

Afrodita: (...) En mi caso, estás tratando temas muy personales y muy delicados, si no tienes confianza en esa persona, si no te abres, no te puede ayudar. Depende mucho de ti, de

la mentalidad con la que voyas y las ganas que tengas de superar el..., tu trauma o tu enfermedad. Yo sí que he considerado que he estado psicológicamente enferma por un tiempo. O sea, que es una enfermedad.

Investigadora: Creus que tens una malaltia mental?

Hebes: No.

(...)

Investigadora: I de salut per la dona agredida?

Pacient: Si, perquè després et deixa súper malament.

(...)

Investigadora: Què ha suposat per tu tenir una agressió?

Hebes: Una por impressionant, un altre cop, deixar de fer coses que abans feia i un trastorn mental impressionant.

El desarrollo de Isis siguió otro camino. Sostuvo que no tenía una enfermedad mental, pero posteriormente amplió la información afirmando que la agresión sexual y el maltrato psicológico recibido fueron un trauma que tuvo lugar en su vida. Asimiló trauma a diagnóstico médico y, por el mismo proceso, identificó sus molestias como síntomas por los que iniciar un tratamiento, en el que incluyó unas “pautas o recomendaciones” que ella podía seguir. Insistió en la necesidad de recibir ayuda para superarlo porque sola no fue capaz de hacerlo y expuso abiertamente que, tras las visitas con la psicóloga, dejó de “negar la evidencia”. Así, transformó su concepción sobre la agresión de ser un evento traumático en su vida a ser un trauma que supuso una enfermedad, y, como tal, precisó de ayuda terapéutica, de diagnóstico y tratamiento. Se refirió a su estado como “un tema de salud mental”:

Investigadora: ¿Crees que hubieras podido hacer esto sin tu familia? ¿Superar la situación y encontrarte como te encuentras ahora?

Isis: No. Categóricamente no. Porque fue un palo grandísimo y, además, que en principio no te crees que puedas tener alguna enfermedad. Dices es un trauma de algo que me ha pasado, pero luego te das cuenta de que no, que si no tienes ayuda de los especialistas y te lo diagnostican, te ayudan y te dan pautas, no te recuperas.

(...)

Isis: Y entonces, la siguiente que me visitó fue la psicóloga [*dice su nombre*], y recuerdo que empecé como a intentar tomar las riendas de cómo me sentía, porque también me hizo unos tests larguísimos en los que yo todavía seguía negándome que eso me había pasado a mí, que era una equivocación, que no podía ser, que... Intentaba excusar lo que era una evidencia como la copa de un pino.

(...)

Isis: (...) pero en este tema de salud mental yo no tenía ni idea de que tenía una depresión, y por lo visto la tenía como de veinte mulas y un caballo, y bueno, había unos síntomas que ellas veían clarísimamente. Claro, yo creía que no dormía porque estaba trajinando (...).

Cabe destacar dos elementos en el pensamiento de Isis. El primero, interpretó como excusas las razones por las que negaba que la agresión sexual y el maltrato psicológico hubieran tenido lugar. El segundo, reconoció dichos actos tras su relación con la profesional, redefinió el trauma como enfermedad y, específicamente, como problema

de salud mental. Así, su experiencia de enfermedad incluyó la reelaboración de su malestar pasando de una situación traumática a un fenómeno definido en términos médicos.

Minerva, Temis, Diana y Eos sostuvieron no tener una enfermedad mental, pero sí un problema. Solo Minerva explicitó que la causa de su estado no era mental, sino un suceso ocurrido en su vida. Entendió que era una limitación por el “bloqueo” general que sintió tras la agresión, hecho que materializó dejando de hacer las actividades que antes llevaba a cabo, de modo que relacionó estos cambios con salirse de su normalidad. Así, estableció los parámetros de normalidad comparándose consigo misma, en relación a su propia conducta. En cambio, Eos entendió su malestar como “ponerse mala” y “ser traumático”, categorías que no equiparó a enfermedad. Seleccionó la palabra “locura” para referirse a esta. Por último, Temis y Diana no ofrecieron excesiva explicación al respecto. La primera se remitió a la definición que había aportado sobre ella: tergiversar la percepción real. Ella es la otra mujer que no tomó medicación:

Investigadora: Creus que tens una malaltia mental?

Minerva: No una malaltia mental, però sí una limitació perquè quan et passa, et quedes bloquejada i t'enfones. Límits les teves activitats que abans feies normalment. No surts i menys de nit. Al Nadal el dia és curt. Havia d'anar sempre acompanyada. Ni siquiera treia al gos. També és un problema perquè no puc seguir amb la meua vida normal. No és una malaltia mental perquè no és *algo* mental, és *algo* que m'ha passat, de la vida, però no li passa a tothom. Però s'ha de seguir.

Investigadora: ¿Crees que tienes una enfermedad mental?

Diana: No.

Investigadora: ¿Qué entiendes por enfermedad mental?

Diana: Por enfermedad mental, no sé, muchos problemas. Comedura de coco, situaciones de las que crees que no vas a salir o problemas que te pasen. No lo sé.

Némesis, quien no supo concretar si tenía o no enfermedad mental, afirmó que estaba familiarizada con la enfermedad mental por motivos laborales y personales: trabajó en un hospital psiquiátrico y, además, ella fue tratada con fármacos que se utilizan para las personas diagnosticadas de trastorno bipolar, una de las enfermedades que aparecen en el DSM, aunque ella no tuviera ese trastorno⁷⁹. Según su experiencia personal, se atribuye a la persona enferma la culpa de que las cosas vayan mal. Explicó que su madre la culpaba de las discusiones que tenía con su hermano y con su exmarido,

⁷⁹ Némesis refirió que tomó esa medicación puesto que, según la explicación recibida de su psiquiatra, también estaban indicadas para la mejoría de su estado anímico.

afirmando que la madre veía la enfermedad mental como una “lacra y que está mal vista”. Así, señaló el estigma que recae en la enfermedad mental:

Némesis: Fa anys, em van tractar per bipolaritat, sense ser bipolar, però aquells medicaments a mi n’anaven bé personalment. Llavors la meva mare va mirar el prospecte i posava que era per la bipolaritat i se li va clavar al cervell. I cada cop que teníem un problema, si ens discutíem el meu germà i jo, *claro*, la culpa és meva perquè la [*diu el seu nom*] és bipolar. Era com, allà on falla *algo*, la culpa és del malalt, del malalt sempre. Jo vaig estar casada, el meu marit la va fer de molt grossa i lo primer que va fer la meva mare és trucar al meu marit i dir-li: “*Ten paciència, es que claro, la [diu el seu nom] es bipolar.*” Quan em vaig enterar, però diu la meva mare! Si no sóc bipolar! Ja com que directament com que t’adjudiquen la culpa. Jo crec que a nivell familiar, a nivell social, un cop saben que tens una lacra, està mal vist. Sempre seràs tu el culpable, de qualsevol incident. Al menys en el meu cas.

De este modo, las pacientes que no consideraban tener una enfermedad mental apelaron a la noción patológico propuesta por Canguilhem (1971), es decir, la norma de vida. Para ellas, lo patológico no era sinónimo de enfermedad. Era, más bien, una respuesta, una nueva forma de vida puesto que la vida no es indiferente a las condiciones en las que se da. Esta noción, junto a la narrativa de sus relatos, en los que asumían sus procesos corporales como esperables, es decir, asumían que era “normal” que no se sintieran bien tras sufrir una agresión sexual, contribuyó a no definir su proceso como una enfermedad, entendida en términos biomédicos.

En suma, las mujeres que percibían un cambio en su forma de hacer, sentir o relacionarse consigo mismas en general consideraron tener una enfermedad mental. Por otra parte, tratar de aglutinar lo expresado por las mujeres que consideraron no tenerla es algo aventurado puesto que dos de ellas no dieron un motivo de forma explícita. A pesar de esta limitación, establecieron su opinión en relación a dos factores. El primero, no le otorgaron la categoría de enfermedad a su malestar, etiquetándolo de “limitación y trauma”, y se centraron en la causa de este: la agresión sexual. El segundo, no cumplían con los requisitos que habían utilizado para definir la enfermedad mental, por tanto, no tenían enfermedad mental.

No hemos establecido una relación significativa entre considerar tener o no una enfermedad mental tras sufrir una agresión sexual y seguir tratamiento farmacológico ya que solo dos mujeres no tomaron medicación: una de ellas consideró que no tenía enfermedad mental y la otra mujer sí lo hizo. El discurso de las mujeres que tomaron fármacos fue bastante heterogéneo: cuatro opinaron que tenían una enfermedad mental,

tres no y una no sabía qué pensar. Esta última mujer fue la que también tuvo dificultades para definir la enfermedad mental y había estado en contacto con personas diagnosticadas de enfermedad mental. Este hecho sugiere la dificultad que entraña categorizar sobre el tema.

Como conclusión global de lo expuesto en este apartado y en el anterior, las mujeres definieron la enfermedad mental en función de su experiencia personal, esto es, mostrando una tendencia a establecer una relación entre lo que entendían por enfermedad mental (respecto a otras personas) y la autoatribución de dicha noción. Las que consideraron tener una enfermedad mental definieron dicho concepto con el mismo criterio por el que creían tener ellas una enfermedad mental. Las que no lo consideraron así, no cumplían el criterio por el que habían definido la enfermedad mental. De este modo, se establece una correlación entre tener una definición de enfermedad mental, sea amplia o específica, y autoatribuirse tener una enfermedad mental.

Por otra parte, la persona que utilizó los conceptos de enfermedad mental y trastorno mental estableció la temporalidad como el elemento que permitía establecer la diferencia entre uno y otro: vinculó la enfermedad mental a un estado permanente y el trastorno mental a uno temporal, es decir, a un período limitado de la vida.

3.2.1.3 Uso de los términos enfermedad, salud y víctima

Las mujeres recurrieron para su atención a las dependencias hospitalarias, donde la atención procedió de la especialidad de la psiquiatría, que sigue un enfoque biológico o neokrapaelino. Dicha disciplina basa su trabajo en la observación del síntoma entendido como una realidad fisiopatológica, y también psicológica, cuyo objetivo es aliviar las diferentes formas en que se manifiesta la disfunción mental. La psiquiatría contempla el síntoma como una entidad que es perceptible para los sentidos, una manifestación positiva que es traducida como una disfuncionalidad de tipo orgánico. Los síntomas son asumidos como “si fueran signos físicos que hablan de una realidad natural, universal y también abiográfica” (Martínez-Hernández, 1998:648) y son contextualizados en un entorno clínico donde una mecánica de causalidad los vincula a unos procesos

psicofisiológicos asumidos como leyes científico-naturales⁸⁰. Esta comprensión del síntoma resulta tangencial respecto a la elaborada desde la antropología, que considera el síntoma como una “elaboración cultural, como una metáfora altamente sugestiva, incluso como un símbolo condensador de contradicciones sociales y político-económicas” (Martínez-Hernández, 1998: 645). Desde la concepción interpretativa de la enfermedad, los síntomas son asumidos como manifestaciones de un sentido ubicado en un contexto local, una serie de significados a partir de asociaciones entre realidades culturales donde la aflicción y el sufrimiento son el objeto de interés. Así, el síntoma es estudiado por la psiquiatría neokraepeliniana y por la antropología interpretativa aunque desde diferentes perspectivas epistemológicas: mientras la primera disciplina establece una relación entre manifestaciones y procesos fisiopatológicos, la segunda lo hace entre significados y contextos culturales. La consecuencia de esta divergencia es que la psiquiatría considera los síntomas como significantes naturales y la antropología como significados. De este modo, la crítica a la psiquiatría neokraepeliniana recae en tratar los síntomas como si fueran signos.

El hecho de que las mujeres acudieran al centro de salud mental y refirieran unos síntomas clasificados en enfermedades no las exime de su condición de víctimas de un delito. El término víctima es utilizado en el contexto de la antropología del género (Esteban, 2004) y como fundamento para un renovado discurso de los derechos humanos (Arias, 2013). En ambos casos, la palabra no es considerada adecuada por las connotaciones que conlleva y se establecen nuevas nociones conceptuales. Esteban (2004) descarta la palabra «víctima» como noción atribuida de un carácter pasivo en el contexto de un determinado sistema de género en Occidente y está asociado a una cultura corporal hegemónica “que hace del cuerpo un terreno privilegiado para la subordinación social” (Esteban, 2004: 11). La autora propone tomar a las personas como «agentes», y no como víctimas, para visibilizar que

se tienen en cuenta las exigencias y sufrimientos a los que son sometidos cotidianamente los sujetos por ser parte de una cultura que es interiorizada y asumida, de una sociedad que provoca desigualdades sociales de diferente tipo que van inscritas en el cuerpo (Esteban, 2004: 11).

⁸⁰ Ángel Martínez-Hernández (1998) ejemplifica el síntoma, entendido bajo el prisma de la psiquiatría, con las alucinaciones auditivas, que son relacionadas y explicadas por una alteración neuroquímica, concretamente una alteración en las vías dopaminérgicas.

Se refiere a las desigualdades de género, entre otras. El motivo de esta propuesta analítica recae en pretender finalizar las lecturas victimizadoras de la experiencia de las mujeres. Eso significa atender a la experiencia concreta de cada mujer, lo cual no representa que las normativizaciones de género no tengan consecuencias negativas para las mujeres. En cambio, Arias (2013) critica la constelación teórica del pensamiento clásico de los derechos humanos, víctima-violencia-dignidad. Según este paradigma, la víctima media en la relación entre la violencia y la dignidad y tiene una doble dimensión. La primera, víctima como sujeto afectado por la violencia y, por lo tanto, supone una violación de su dignidad humana; la segunda, en el ámbito del derecho, como sujeto pasivo de la realización de algún delito y, por tanto, de una violación del derecho. La crítica al concepto dominante de víctima recae en sus dos determinaciones hegemónicas, el juridicismo y la sacrificialidad, ya que imponen limitaciones restrictivas en la noción por su vinculación con el delito tipificado. El autor pretende la construcción de un concepto crítico de víctima que satisfaga los requerimientos de la condición contemporánea de los derechos humanos, que giran en torno a la visibilidad y relevancia que la víctima ha adquirido en el discurso de los derechos humanos en las últimas décadas. Para ello, propone transitar de ese término hacia una situación, que califica de «real» y «multidimensional», de sujetos complejos afectados por la violencia (no solo víctimas de delitos) y la “deconstrucción de los elementos de orden político, autorreferenciales y vinculados a la limitada idea derivada del espectáculo del cuerpo sufriente inmolado” (Arias, 2013: 34); es decir, insta a desprenderse de la connotación sacrificial que el concepto de víctima mantiene. En definitiva, reclama un concepto deconstruido que trascienda el cuerpo sufriente de la víctima mediante un proyecto teórico y práctico (cuerpo-idea) de resistencia y emancipación.

Reflexionar sobre la enfermedad mental asociada a mujeres que han sufrido una agresión sexual es una cuestión que está relacionada directamente con haber sido atendidas en la consulta psiquiátrica y psicológica. Una forma de abordar la cuestión es analizar si los conceptos de enfermedad, salud y víctima surgieron en las conversaciones mantenidas en las sesiones individuales y/o grupales y la frecuencia con que lo hicieron. De las veintiséis visitas individuales presenciadas, el estado de las pacientes y sus síntomas emergió en más de la mitad de las sesiones, de las cuales cinco fueron con la psicóloga y trece entre las dos psiquiatras. A pesar de la frecuencia con que se trató el tema, el término enfermedad no apareció en ninguna de ellas y las

palabras salud y víctima lo hicieron respectivamente en tres ocasiones. Contrariamente, durante las sesiones grupales dichos términos aparecieron con una asiduidad discretamente mayor: las pacientes se aproximaron con poca frecuencia a la noción de enfermedad mientras que las profesionales lo utilizaron de forma directa (“enfermedad”) e indirecta (a través del “síntoma”). En cambio, ambos subgrupos recurrieron a la palabra víctima al menos cinco veces cada uno. Observamos una diferencia moderadamente significativa en la forma en que las pacientes y las profesionales abordan las nociones: las primeras centraron sus discursos en sus malestares sin mostrar grandes diferencias en cuanto al contenido, y las segundas estuvieron más atentas a la localización de esas molestias y su traducción en un idioma somático.

Partiendo del paradigma de la antropología médica, Lina Masana (2013) utiliza el término «escucha atenta» en el contexto de la experiencia narrada de la enfermedad crónica, que, al ser aplicada en la relación entre un paciente y un profesional, adquiere un compromiso ético y moral, siempre y cuando la comunicación sea a través de una actitud empática. El «compromiso ético», que toma de Lévinas, se produce entre dos interlocutores en relación de iguales, siendo el reconocimiento el primer deber ético y “donde el otro no debe ser objetivado” (Masana, 2013: 226-227); el «compromiso moral», que toma de Kleinman y Benson, está basado en la relación interpersonal y la responsabilidad para poder dar respuesta al sufrimiento del otro. El motivo que alega para ello es que

la esencia de la experiencia de la enfermedad es un proceso interpersonal que opera en un contexto moral donde afloran sentimientos, miedos, sensación de amenaza y pérdida, sobre los que «nadie habla», «privando de moralidad» la experiencia de los que sufren (Masana, 2013: 226-227).

La experiencia narrativa de las mujeres se centró mayormente en el dolor emocional y el sufrimiento, y, en menor frecuencia, en las molestias físicas. El dolor, sea emocional o físico, es intangible e inaprensible para los otros puesto que no tiene lugar fuera de la persona que lo padece. Kleinman *et al.* (1997) propone la noción de «sufrimiento social» como categoría que desestabiliza otras previamente establecidas, como por ejemplo el dolor o el trauma. Define el sufrimiento social⁸¹ como el resultado del efecto que el

⁸¹Kleinman *et al.* (1997) incluyen en la categoría de sufrimiento social las condiciones que implican simultáneamente cuestiones de salud, de bienestar, legales, morales y religiosas.

poder político, económico e institucional ejerce en las personas y cómo estas formas de poder influyen en las respuestas a los problemas sociales. De esta manera, los problemas individuales están vinculados a los problemas sociales. El sufrimiento es entendido como una experiencia social, que es aprendida, compartida, e implica también contradicciones. La representación social del sufrimiento (a través de imágenes, metáforas y modelos) moldea esa experiencia. Otegui (2000), siguiendo a Kleinman *et al.* (1997), propone también resituar las situaciones dolorosas, y desde luego las agresiones sexuales lo son, a través de su conexión con unidades de significación más amplias que las expresadas por el concepto dolor, como son el sufrimiento y/o el padecimiento al necesitar ser remitidas a la construcción individual y/o sociosomática de los sentimientos y las percepciones. El motivo es que adquiere pleno sentido en conexión con una experiencia individual que

se desarrolla en un proceso de constitución, históricamente determinado y contextualmente edificado, de relaciones sociales que proporcionan a las personas que sufren el marco cognitivo, explicativo y operacional para encarnar, afrontar y solucionar los problemas derivados del padecimiento (Otegui, 2000:228).

La cuestión central es que el dolor reasignado como sufrimiento se transforma en un operador simbólico que remite a formas sociohistóricas y culturales que plasman relaciones sociales más amplias. Los diferentes grupos sociales establecen distintas estrategias que imponen diversas percepciones de lo que debe ser o no considerado como padecimiento y dolor.

En lo que a las pacientes respecta, fue más frecuente que hablaran de sus emociones y de las sensaciones físicas en vez de que recurrieran a la palabra enfermedad. Utilizaron la expresión “estar mal” o “tener menos energía” para referirse a su estado físico. Mostraron su malestar a través del miedo, del intento de evitar aquellas situaciones que les recordaran a la agresión, de la rabia que manifestaron a través del llanto, la vergüenza y las pesadillas. Pero también hicieron referencia a la pérdida de confianza en sí mismas y de su autoestima, además de a una considerable dificultad para organizar sus tareas y su vida en general. Las emociones referidas no deben entenderse como emociones que los sujetos individuales experimentan de modo aislado, sino que han de interpretarse como una red de significados por los que una cultura expresa sus creencias y valores. Es preciso tener en cuenta la trama simbólica en la que está

contextualizada. No en vano, las mujeres coincidieron en expresar sus sensaciones en términos relativamente similares cuya interpretación gira en torno a lo que representa en esta cultura el acto del sexo tomado por la fuerza. El contexto cultural permite poner nombre a lo que sentimos:

“...la realización de una vida emocional claramente articulada, bien ordenada, efectiva, no es en el hombre una cuestión de ingenioso control (...); es cuestión de imponer a los continuos desplazamientos de la sensibilidad a que estamos inherentemente sujetos un orden reconocible y significativo, de suerte que podamos, no solo sentir, sino saber lo que sentimos y obrar en consecuencia” (Geertz, 2003: 80).

En algunas ocasiones, además de referirse a las emociones, algunas de ellas recurrieron a términos científicos, como “hipervigilante”, para expresar cómo se encontraban:

Cibeles: Me subió la autoestima porque me dijo que me veía que tenía ganas de trabajar, energía vital. Ellos buscaban gente con experiencia, y yo no la tengo. Pero me cogieron porque me veían ganas de trabajar.

(...)

Maat: Es que irradian energía.

Psiquiatra: Eso es que te vas organizando mejor. Eso se desajusta. Al principio cuesta muchísimo organizarse. No se sabe qué se tiene que hacer.

Maat: Yo también lo noté. Yo me quedaba en blanco. Estaba en una reunión hablando y me quedaba así [*pone cara embobada mirando al vacío*]. Se daban cuenta, como de ¿qué ha pasado aquí? Yo les miraba y luego trataba de recordar qué estaba diciendo. Tenía ansiedad. Era una época en la que tenía más responsabilidad en el trabajo y lo hacía. La gente me decía “eres buena”. Pero como yo no tenía autoestima, les decía “ah, ¿sí?”

(...)

Psicóloga: ¿Y la autoestima?

Maat: No tenía.

Psicóloga: Tendrías poca, pero no nada.

Maat: Ahora tengo más confianza en mí. Necesito que me digan que lo hago bien.

Minerva: Yo tuve pesadillas. Pocas. Ahora no.

Psicóloga: Las pesadillas pueden reaparecer.

Afrodita: A mí me reaparecieron con lo del metro [*hace referencia a un intento de robo que presenció en el metro y que explicó en otra sesión*]. Además coincide con que mi compañera de piso ha estado viajando. Tengo más estrés. Estoy más hipervigilante. Por eso renuevo.

Así, Cibeles vio reflejada la percepción que tenía de sí misma en la expresión “irradiar energía”, que simboliza la superación de su malestar y la recuperación de su capacidad de trabajo; Maat utilizó “quedarse en blanco” para expresar que se quedaba bloqueada, sin poder llevar a cabo sus obligaciones o realizándolas con dificultad. Es interesante como opuso la falta de autoestima –que para ella significó no valorar sus capacidades y conocimientos a la confianza, que la asimiló a saber que lo hecho estaba bien ejecutado.

La psiquiatra relacionó lo descrito con la forma de organizarse, que se “desajusta” en el contexto tras haber vivido una agresión sexual. Por último, Afrodita expresó que estaba más alerta en general, con más miedo y pesadillas, que le reaparecieron al revivir la agresión tras presenciar un robo en el metro.

El conjunto de emociones descrito es, sin lugar a dudas, transformable en la noción de sufrimiento social propuesta por Kleinman *et al.* (1997). El desasosiego que expresan no es sino una extensión simbólica (y corporal) del conflicto que supone la desigualdad de género materializada en el acto de la agresión. Su relato, a través de una constante resignificación de su sufrimiento, permite no solo la interacción con las profesionales y entre las mujeres, sino también la reelaboración individual del sufrimiento. Es en el contexto de la relación social establecida donde resulta posible redimensionar el malestar, afrontarlo y solucionarlo, hecho que no sería posible sin la escucha atenta y el compromiso ético que todas las pacientes y las profesionales muestran, y demuestran, en las conversaciones aquí transcritas. En este contexto, la significación de las víctimas como agentes adquiere su máxima expresión. No son sujetos pasivos a merced del despotismo de la desigualdad, sino personas que establecen estrategias para dejar de sufrir. Una forma muy gráfica de expresar los malestares fue a través de la idea de un antes y un después de la agresión. Para ello, las pacientes hicieron referencia a su funcionamiento en general y a su sentir. Antes dormían, después de la agresión, no. Antes no tenían miedos, después, sí. Antes confiaban en las personas, después, menos; y en los hombres, nada o poco. Antes no olvidaban cosas, después, sí. La definición que tenían de sí mismas, la actuada, forma parte del antes y a través de su relato establecen un nuevo yo con el que no se identifican. Hera lo expresó transmitiendo no reconocerse a sí misma: ni cuando se miraba en el espejo, ni por lo poco que se cuidaba, ni por la sensación de temor que la invadía:

Hera: Me miro en el espejo y no me reconozco. Sonríe en la calle. En casa me aplasto. Me doy atracones impresionantes. ¡Yo, que me cuidaba tanto!

Mar: Mi consejo es aceptar, permitir, que te sientes mal, que no soy de hierro.

(...)

Isis: No, yo... Dejamos la salud. (...)

(...)

Hera: Este temor. Yo antes era más lanzada. ¿Es normal? [*Su expresión es triste, preocupada*]

(...)

Hera: Mis hijos me dicen “salga”. Me llamaron mis amigas: “¡Vamos!”. Ellas no saben lo que me está pasando. Ya lo diré. Me lancé. Si no te apoyan, te hundes. Me dicen “ponte bella”. Soy peleona latina, bronquista. Busqué los tacones. Mi hija: “¡Ma, qué linda que estás!”. Fui temerosa. Pero me arreglé, salí con ellas. Pero allí... miré mal a los hombres.

Uno me preguntó cómo me llamo. Le dije: “Y a ti qué te importa”. Le mandé al *carajo*. Mis amigas me dijeron que estaba a la defensiva.
(...)

El verbo utilizado fue “ser”, en tiempo pasado y en presente, entendiendo el miedo como una nueva característica de su personalidad: antes era lanzada, después, temerosa. De esta manera, expresó un cambio en su forma de ser, de aquello con lo que ella se identificaba a sí misma. Paralelamente, manifestó que el apoyo de su familia y sus amigas fue importante para seguir a flote, de lo contrario se hubiera “hundido”. La sesión grupal continuó y más tarde ella añadió una conversación que mantuvo con su hijo:

Hera: Mi hijo me dijo:

–Ma, va atacando a los hombres. Pare un poco.

–Hijo, recuerda lo que le pasó a tu madre.

–Sí, pero pare un poco. No todos los hombres somos iguales.

Psicóloga: Te pasó eso [*señala la pizarra donde la psiquiatra ha escrito “asertiva, agresiva y pasiva”*].

Psiquiatra: Queda dañada la valoración con los hombres en general.

Hera: Confío en mi esposo, pero no en el resto.

Psiquiatra: Eso cuesta repararlo. (...)

Hera: Ya lo analicé.

La psiquiatra expresó la idea de cambio en la valoración que generalmente hacen las mujeres víctimas de agresión sexual sobre los hombres; sin embargo, el hijo de Hera ya le había manifestado que no todos los hombres son iguales, idea que es compartida por algunas pacientes y por las profesionales.

La palabra enfermedad apareció ocasionalmente en los discursos de las pacientes y, cuando lo hizo, fue en relación a la posibilidad de ser infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tras el contacto sexual durante la agresión y al tratamiento antirretroviral (TARV) que tomaron profilácticamente para no contraer la enfermedad. Afirmaron que les resultó muy duro tomar las pastillas por la cantidad que era y por los efectos secundarios que les generaba. Además, vincularon su uso con la culpa, pero no de ellas, sino del agresor. En las siguientes conversaciones plasmaron su sentir:

Hestia: Yo tenía un plato lleno de pastillas. No tenían de los miligramos [que le recomendaron] y me dieron cuatro pequeñas para completar mi dosis.

Maat: [*Llora*]. Recuerdo ese momento.

Hestia: Yo no sabía por dónde entré ni salí del Clínico.

Maat: Yo tampoco. Yo he bajado bastante de peso.

Afrodita: Y yo. No me entraba la comida. Me ponía alarma y cuando me sonaba era horrible: “¡No, por favor!”.

Maat: Me daba rabia. Esa química. ¿Por qué yo me la tengo que tomar? Es prevenir, pero no tienes la culpa.

Flora: Estoy sensible. Ha sido una mala semana [*Llora*]. Quizá tenga la enfermedad de transmisión sexual [*Por contexto se entiende que se refiere al virus de la inmunodeficiencia humana, VIH*] Tengo que aprender a convivir con ello. Si hay accidentes, pues cargas con ello. Me alegra saber que puedo hablar con personas que me entienden. Los demás, es difícil que entiendan por lo que pasas.

[*Minerva llora. Todas tienen en sus caras expresión angustiada*]. Me ha cambiado toda la vida. Agradezco que me estén escuchando. Nada más.

Todas las pacientes refieren tener un recuerdo negativo del mes en el que siguieron el TARV por el malestar físico que les reportaba y por el significado que le atribuían: el recuerdo directo de la agresión y tener que cargar ellas con esa molestia, y ese miedo añadido, por culpa de agresor.

Si las pacientes no hicieron de la enfermedad una entidad, las profesionales sí, refiriéndose a ella de forma directa e indirecta. Respecto a la primera, utilizaron el mencionado término a colación de los comentarios de las pacientes:

Cibeles: Yo, la semana mal. He estado en casa. No he salido ni he hecho nada. En cama. Hoy estoy mejor. Por eso no vine.

(...)

Psiquiatra: Te desconectas. Tienes un peso que te está enfermando. Te recuperas. Es como si un camión te pasara por encima. Paras. Es como decir: no puedo seguir con la actividad porque estoy enferma. Notas cansancio, pero no sabes lo que te pasa. Eso es lo que pasa en general.

Cibeles: No usé el móvil, no fui de fiesta, apenas comí.

Psiquiatra: Que te lo permitas. El cuerpo dice no puedo seguir... y luego vuelve a hacer el caminito.

Cibeles explicó que estuvo mal y sin salir de casa. Fue por cansancio, algo indefinido pero suficiente como no poder seguir con su actividad. La psiquiatra dio su opinión de lo que le ocurrió: se desconectó de sus obligaciones, no por voluntad, sino por causa de la enfermedad. Lo expresó coloquialmente como “un peso que la enferma”, equiparando la agresión sexual al motivo por el que se enferma. Dicha interpretación dista de la traducción del síntoma en signo, por lo menos en su vertiente abiográfica, ya que queda relacionado con el evento (social) que lo generó. Al reflexionar sobre la mecánica intrínseca de las conversaciones, hemos observado que las pacientes expusieron sus molestias, preocupaciones y sensaciones y las profesionales acostumbraban a exponer una interpretación más o menos técnica al respecto, además de señalar alguna forma de disminuir los malestares. Por otra parte, la idea de excepción

de las responsabilidades normales respecto al rol social, uno de los cuatro aspectos del sistema de expectativas respecto al rol del enfermo, en el que la profesional ejercía su papel de agente de legitimación (Parsons 1966), quedó manifiesto.

La segunda forma de expresar la idea de enfermedad, la indirecta, fue a través del término síntoma o de vincular el malestar a la idea de síntoma. En la siguiente conversación se evidencia cómo las pacientes evitan el contacto físico:

Psiquiatra: Eso también pasa con el contacto físico. Algunas no soportan un abrazo y dan un empujón cuando alguien se les acerca.

Cibeles: Yo me he apartado. Voy a clase, pero estoy más sensible, nerviosa.

Afrodita: Pero al hablar de lo que hablamos, generas emociones que te han subido.

Diana: Pero yo me siento mejor.

Psicóloga: Porque lo has dicho, lo has compartido...

Psiquiatra: Si conocemos los síntomas, no disminuyen, pero los entendemos y no pensamos que estamos locas.

En esa ocasión, las emociones de las pacientes fueron interpretadas por la psiquiatra como síntomas, aplicando su concepción de realidad fisiopatológica, natural y universal, contextualizándolas en el entorno clínico. El hecho de integrarlas en la biografía de cada mujer, y contextualizarlas en la desigualdad de género, permite paralelamente su traducción en sufrimiento.

Respecto a la noción de salud, ya hemos introducido que surgió muy ocasionalmente. Fueron las dos psiquiatras y una paciente quienes citaron el término en la consulta individual y el significado que le atribuyeron fue similar, puesto que las tres se refirieron a la persona en su globalidad, aunque con diferentes matices en función del contexto: una psiquiatra se refirió a la afectación del estado general tras la agresión sexual, la otra psiquiatra la relacionó con el efecto que las drogas tienen en la persona y la paciente la utilizó respecto a los beneficios de practicar ejercicio físico:

Psiquiatra 1: Tu trabajo tiene que estar basado en ti, en entender que en este momento de la vida has tenido mala suerte, mala suerte, no hay más, mala suerte. No has hecho nada que provocara, no has hecho nada extraño, estabas trabajando en un sitio normal. No hay nada raro ahí, excepto que estabas en contacto con un agresor al que desconocías porque, claro, no lo llevan escrito. Ahora bien, a partir de aquí hemos de estar un poquito atentas a tu salud, a tu ánimo, a tus miedos, a tu inseguridad, a tu sueño, que duermas bien, que comas bien, que te relaciones con la gente. ¿Por qué? Porque sabemos que esto se altera.

Psiquiatra 1: Entonces, ¿no sales de casa por la mañana?

Paciente: Sí. Salgo a caminar una o dos horas. Siempre. A veces salgo obligada aunque tenga migraña. No lo hago por estética, lo hago por salud.

Psiquiatra 2: Y porque no lo necesitas, tú ya estás activada. Y da problemas de salud, de enganche. Además, tú la tomarías más pura y el riesgo de infarto es mayor.

Así, para las psiquiatras la salud incluye un buen estado de ánimo, de calidad del sueño, una buena alimentación, la relación con otras personas, no tener miedos o no usar drogas.

En cuanto a la tercera noción, víctima, cinco pacientes hicieron referencia explícita a ella. Sin embargo, lo manifestaron a través de vías diferentes: pensando en el momento de la agresión o a través de algún elemento que les recuerda a la agresión y por los cambios emocionales y de comportamiento que notaron en sus personas. Una de ellas refirió sentirse víctima a través de un suceso que reavivó la ira que sintió después de la agresión sexual:

Diana: Pues yo vi al hermano *[del agresor]*. Yo iba por la calle con mi amiga. Íbamos caminando y pisé una mierda. Y dije: “Pisé una mierda”. Y el chico me oyó y supongo que interpretó que me refería a él, que él sería la mierda. *[Cada vez habla más acalorada]*. Saqué mi agresividad. Me llamó puta. De aquella *[la agresión sexual]* no me pude defender, estaba mi hija. Pero ahora no voy a consentir que haga lo que quiera.

Psicóloga: Te agredió e insultó por un malentendido. Es lo que expliqué de agresiva, asertiva y pasiva.

Diana: ¡Y por pisar una mierda!

Psicóloga: Sí. Para las que no estuvisteis, asertiva es defender tus derechos. Agresividad es defenderlos con pérdida del respeto. Ante esta situación, nada, pero vamos a analizarlo.

[La psiquiatra se levanta y escribe en la pizarra un esquema con las palabras asertividad, agresividad y pasividad].

Psiquiatra: Sale decorticado, no pasa por el córtex. Sale la ira. No pasa por la razón, sino por la emoción. Dices “de esa no me pude defender”. Entra la educación, civilización, la cultura.

Diana: Me revolvió. Volví a sentirme víctima.

Psiquiatra: Sale disparada la ira. Te rebotas porque sale desde la emoción. Está desajustada y hay que ajustarlo.

Diana expuso la agresividad que sintió de nuevo y su voluntad de defenderse de esta agresión (la verbal); las profesionales interpretaron la agresividad como una forma de comunicación y como una reacción corporal en la que el córtex cerebral⁸² no interviene, por tanto, la razón tampoco. Así, lo entendieron como un síntoma y como una reacción emocional. Lo que Diana sabía fue que se sintió víctima de nuevo. No enferma, sino víctima. En cambio, Aurora se sintió víctima desde la agresión a través de su identidad personal:

Aurora: Me rompió la confianza. No sé ni lo que era. Si era persona o no. No fui capaz de protegerme. La confianza se recupera haciendo cosas, trabajando...

⁸² El córtex, en neurociencias, es el manto de tejido nervioso que cubre la superficie de los hemisferios cerebrales.

Psiquiatra: Es importante ponerte metas.
Aurora: Me sentía víctima. Solo eso.

Tanto Aurora como Diana, cuando tropezaron con el hermano de su agresor, se sintieron víctimas. No enfermas. La diferencia entre ambas es que lo expresaron en diferentes momentos: la primera lo expuso asociándolo directamente a la agresión sexual y la segunda, de forma indirecta, a través de una situación que la transportó a dicho acto. Ambas mujeres utilizaron el término víctima con el sentido propio del pensamiento clásico, el que vincula a la víctima con la violencia y la dignidad, pero no exclusivamente en el contexto de los derechos humanos (Arias, 2013), sino también en el de la desigualdad de género. El uso del término agente, propuesto por Esteban (2004), facilitaría la visualización del sufrimiento, no de forma pasiva, sino de resistencia, como también propone Arias (2013).

La mención de la palabra víctima también se produjo en el contexto de la primera visita de Venus con la psiquiatra. Ambas definieron víctima como la persona que ha sido objeto de agresión sexual. Este significado se modificó en función del verbo que la acompañaba. La psiquiatra utilizó “sentirse víctima” para referirse a que la paciente experimentó una sensación similar cuando se ratificó ante el juez y cuando la estaban agrediendo; en cambio, la paciente utilizó tres registros:

Venus: Sí. El juez preguntó: ¿Tu madre confía en ti? Yo le contesté: Si no, no estaría aquí. Parece que creen más al agresor.
Psiquiatra: Por eso estás peor.
Venus: Como una mierda.
Psiquiatra: Esto tiene una palabra: revictimizar. Te ha pasado esto y el juez te hacer volver a sentir víctima.
(...)
Psiquiatra: Bueno, es que este juez no tiene ni idea de lo que es el postraumático ni cómo funciona el cerebro.
Venus: Es exactamente lo que me dijo la abogada. “Un misógino no se pone en el lugar de la mujer, se pone siempre del lado del hombre”. Y a mí también lo que me sorprendió es que no se me veía tan afectada. Yo, sinceramente, que no sé si tiene que ver, yo me considero fuerte⁸³ y sé que yo ahora me tengo que hacer la víctima.
Psiquiatra: Esto [*levanta el papel de las preguntas del juez*], esto es la prueba, parece una chorrada, pero no lo es. Esa es la prueba de que tu cerebro sigue manteniendo el orden. Está hecho polvo, pero sigue la brújula.
Venus: Sigo firme. Yo ahora sé que me puedo hacer la víctima porque soy la víctima yo, ¿sabes?, pero sé que en un año yo no puedo estar como estoy ahora.

Así, para la psiquiatra “revictimización” significaba volver a “sentirse víctima” durante la ratificación cuando el juez puso en duda a la paciente. Venus estableció una relación

⁸³ El subrayado en la palabra fuerte corresponde a una intensificación en el tono de la voz de la paciente.

entre los términos “ser fuerte”, “tener que hacerse la víctima” y “ser la víctima”. Ella fue la persona agredida, de momento se mantuvo “fuerte” o capaz de afrontar su malestar y, a la vez, concluyó que se tenía que “hacer la víctima” ya que el juez no la creyó al no verla afectada por la situación. El triple valor de la noción hace referencia al pensamiento clásico, donde el sujeto es visto como afectado por la violencia y como sujeto pasivo de un delito, y al de resistencia, ya que Venus no se comportaba de forma pasiva, sino que luchaba y se mantenía “fuerte”.

Las profesionales utilizaron los términos salud y víctima de forma explícita, relacionándolos de la siguiente manera: asumían a las personas que han sido objeto de agresión sexual como víctimas y además diagnosticaban en ellas una pérdida de salud por efecto de las secuelas psíquicas producidas por la agresión. Por otra parte, vincularon dichas nociones con la culpa que aparecía en la víctima:

Hera: Porque si no habéis tenido una agresión, ¿cómo podéis entenderlo, con todo el respeto?

Psiquiatra: Aquí se tratan secuelas psíquicas, que son signos de salud. Es como tener un infarto, que no hace falta tenerlo para tratarlo. Tu pregunta me parece bien, pero no es necesario vivirlo para ayudar o para entender. Puedes empatizar. Vivirlo tampoco te ayuda a ayudar. Aproximarse desde otra situación emocional y tener conocimiento te da la posibilidad de poder ayudar.

Minerva: Yo pensé que, si no hubiera ido por allí, no me hubiera pasado. O sí..., no sé. Después, cuando me escapé, llamé a mi amigo, pero no me contestó, estaba durmiendo y se siente muy mal por no haberme oído.

Psiquiatra: Las mujeres hacemos esto, qué pensar para ser culpables. Es coger la culpa y atribuirmela [*las chicas se ríen, el tono de voz de la psiquiatra es irónico*]. Puedes tener una conducta de riesgo, PERO el delincuente es el otro. Tú eres una víctima de un delito...

Psicóloga: Puede pasar que no puedan entender. Hay conocimiento teórico sin el que no podrías ir, y otra cosa es el carácter. Empatizar es necesario para tratar a las víctimas. También el conocimiento. Para tratar un cáncer no hace falta tener uno.

En suma, la forma en que las implicadas se aproximaron a los términos enfermedad, salud y víctima ha supuesto una diferencia significativa, siendo la posición que ocupaban en los roles complementarios el factor divergente. Las pacientes hicieron referencia a su estado (los cambios que percibían y su malestar) y a la noción de víctima, mencionando ocasionalmente la palabra enfermedad. Las mujeres que verbalizaron sentirse víctimas lo hicieron mediante dos mecanismos: asociándolo directamente a la agresión sexual o de forma indirecta, a través de una situación que las

transporta a la agresión. En cualquier caso, las pacientes utilizaron con más frecuencia la palabra víctima para referirse a su malestar que el término enfermedad, vinculando su actual estado a haber sido objetos de agresión sexual y no a una dolencia corporal. En cambio, las profesionales abordaron directamente la categoría de enfermedad o la emularon a través de la noción de síntoma y visibilizaron la noción de víctima, asociando la enfermedad a la agresión sexual.

Por otra parte, y recuperando lo ya presentado en apartados anteriores, la relación entre las nociones de agresión sexual y enfermedad fue construida por las pacientes sobre dos ideas. En la primera, destacaron tres aspectos: primero, la agresión sexual es un problema de salud y social; segundo, la enfermedad mental resulta de la comparación de sí mismas antes y después de la agresión y en relación con la sociedad; tercero, hay una relación dicotómica entre normalidad y enfermedad mental. Respecto a la segunda idea, y considerando la nula referencia al término de enfermedad mental y la alta incidencia en torno a su estado de salud después de la agresión, cabe pensar que concebían la enfermedad mental como una cuestión teórica ajena a su propia experiencia y a la que atendieron cuando fue planteada de forma explícita por la investigadora. Además, establecieron una relación jerárquica entre los pares salud/pérdida de salud y normalidad/enfermedad mental, prevaleciendo la primera díada sobre la segunda por dos motivos: saber que la causa de su malestar es un hecho social y tener como objetivo la recuperación de su bienestar mental. En este punto es interesante observar que, a pesar de existir una importante demanda de atención sanitaria tras haber sufrido una agresión sexual, la cual obedece a un proceso de institucionalización, no todas las mujeres vincularon la vivencia de su malestar a una enfermedad. Aunque algunas de ellas lo relacionaron con un trastorno mental o psicológico, todas ellas se centraron en la experiencia de sufrimiento.

3.2.1.4 Sobre la clasificación del agresor y la enfermedad mental

El estado mental de la persona que cometió la agresión sexual fue también objeto de reflexión en la terapia grupal. Los términos que utilizaron las mujeres para referirse al hombre que las agredió sexualmente fueron “agresor”, “maltratador”, “depredador”,

“vampiro”, “violador” y “el hijo de puta ese”. En cambio, las profesionales se sirvieron exclusivamente de las dos primeras categorías.

Como ya hemos apuntado, las pacientes destacaron la falta de respeto a la mujer y la dominación del hombre sobre la mujer como la primera causa por la que las agresiones sexuales tienen lugar. En cambio, al pensar más detenidamente sobre sus agresores en concreto, recurrieron a tres características: la enfermedad, la maldad y la voluntad de dominar. Por extensión, esos hombres eran catalogados como enfermos, malas personas y agresores. Las mujeres presentaron estos atributos compatibles entre sí y ninguna de ellas sostuvo que fueran exclusivamente enfermos. Al referirse a la díada enfermedad-agresor, utilizaron los términos “estar loco”, “enfermo mental”, “desequilibrado” o “tener un problema mental”. En cambio, para hacer referencia a la díada dominación-agresor, eligieron expresiones como “hacen lo que quieren”, “que domina”, “agresor” y “gente cabrona”.

Todas las pacientes estuvieron de acuerdo en que esos hombres eran agresores, vinculando dicha noción con la ideología de la dominación masculina y, concretamente, con que ellos debían pensar que tenían derecho a realizar ese acto. Además, la mitad de las mujeres consideraron que simultáneamente debían tener algún tipo de enfermedad mental, de “locura”. A pesar de esta diferencia en la atribución de causa otorgada al agresor, el factor común en sus discursos fue haber recurrido a la noción goffmaniana de norma o regla social, que regula normativamente la relación entre el individuo y su yo y también con el resto de la sociedad. La norma es “cualquier guía de acción que se recomienda porque se considera adecuada, apropiada, oportuna o moralmente correcta” (Goffman, 1979: 335). La agresión sexual no es considerada adecuada bajo ninguno de estos parámetros en la sociedad occidental, así que corresponde a una conducta desviada. Esta se relaciona con la falta de aplicación de los tipos de control social, específicamente el «personal», puesto que el «social oficioso», el que corresponde a la parte perjudicada, resultó ineficaz. La cuestión es que no todas las formas de desviación social son desórdenes mentales, sino que obedecen a otras cuestiones.

Haber sido agredidas sexualmente por un hombre conocido o desconocido no está directamente relacionado con su clasificación como enfermo mental. En cambio, si se tiene en consideración el tipo de relación que tenían con ese agresor, sí observamos una diferencia significativa. Las dos mujeres que fueron agredidas por su marido y

expareja respectivamente barajaron más factores explicativos del porqué de la agresión.

Lo refirieron de este modo:

Isis: Yo creo que es un tema que tiene muchos componentes, sobre todo la brutalidad del otro, la falta de respeto. Entonces, como siempre es violento, pues evidentemente es de salud para el que recibe la agresión. Para el otro es, pues porque es un tipo que está mal informado o está maleducado o tiene una enfermedad que no se le ha detectado. Es malo o tiene una perversión o, sobre todo, no tiene respeto por las demás personas.

Eos: Yo creo que enfermedad, pero que los chicos, los hombres están enfermos. Estos sí que creo que son enfermos mentales. [*Ríe*]. Creo que son enfermos mentales porque con lo bien que se pasa. Y vuelvo a repetirte, en mi caso, cuando vi que pasaba esto cuando tenía relaciones con este chico, que por qué tuvo que ser a la fuerza. Por qué si lo pasábamos muy bien... Yo creo que ese día estaba loco, estaba enfermo, estaba loco. Que hizo lo que le dio la gana sin importarle que yo no quisiera, que yo quisiera irme. (...)Yo creo que estaba drogado, que estaba algo. Porque se portó como si fuera otra persona, no como él es.

Ambas mujeres mostraron la falta de respeto, el sometimiento y la enfermedad como aspectos comunes en sus razonamientos. Como divergencias, Isis señaló la brutalidad, la falta de información o la mala educación, la maldad y la perversión. Además, calificó de “depredador”, “demonio”, “monstruo” y “ese” a su exmarido. En cambio, Eos se centró en que su expareja se comportaba como si fuera otra persona, atribuyendo a la enfermedad –específicamente la locura– y a que había tomado drogas ese comportamiento. De este modo, recurrieron a la personalidad de esos hombres, a aquellas relaciones esperables de un individuo en la escena social. Al no encontrar en la personalidad de sus agresores elementos que explicaran el motivo por el que las agredieron, las mujeres localizaron en la enfermedad mental la razón para hacerlo.

No observamos grandes diferencias en los discursos de las cinco mujeres que atribuyeron al agresor algún tipo de enfermedad mental y que, además, ejercía un acto de dominación⁸⁴, ni tampoco en las cuatro mujeres que calificaron a esos hombres como agresores, sin entrar en otras consideraciones. Dentro de este segundo grupo, Némesis estableció una relación encadenada entre la dominación, el deseo y la falta de respeto: el agresor desea una mujer, impone su deseo y no respeta la opinión de la mujer. En cambio, Diana, que no concluyó si lo catalogaba de enfermo o no, tenía claro que era un violador porque “no acepta un no por respuesta”:

⁸⁴ Las pacientes utilizaron el término “dominación” en el sentido de la noción de dominación masculina presentado en el primer capítulo (Bourdieu, 2000).

Némesis: En el meu cas, era de dominació. No sé. Perquè ja havia parlat amb el cosí del amic i ja m'havia explicat històries de: "yo cuando me quiero tirar a una tía, hasta que no tal, la invito a cenar, la emborracho" Vull dir..."hasta que lo consigo". O sigui, és un faig el que jo vull i m'importa una merda l'altre. Ho va explicar en un sopar que vam fer un parell de dies abans i tots rèiem perquè dèiem: "Joder, quin *person*,no?" Però...és de les persones que vol aconseguir un objectiu i l'importa una merda l'altra persona. És molt lleig, molt lleig.

Diana: Es que se están volviendo enfermos, no lo sé. Enfermos o que hay que darme lo que yo quiera, cuando yo quiera o cuando me dé la gana o no aceptan un no por respuesta. (...). ¡Que es un violador! Que yo lo viví, que a mí me violó, me puso un cuchillo en el cuello, quería violar a mi hija, y que yo tenga que sentir compasión⁸⁵, no yo, pero gente que sepa mi situación, que tenga que sentir compasión, que hizo lo que le salió de los huevos porque a él le dio la gana y sabiendo lo que él hacía. Este tío no está enfermo, el chico que me lo hizo a mí no está enfermo. Ni iba drogado como él dijo porque no eyaculó dentro de mí porque no quiso. Para que yo sea loca y a mí no me encuentren restos de semen y ¡se lo hizo aquí encima! [*Señala la barriga*].

Finalmente, cabe destacar el discurso de Hera, que, como Isis, hizo referencia a la maldad. Ella aclaró que antes de hablar con las profesionales consideraba que los agresores eran personas con algún tipo de enfermedad. En cambio, tras mantener las visitas con las profesionales y reflexionar sobre el tema, cambió de opinión:

Hera: A que hay personas buenas y personas malas. Antes pensaba que todos eran enfermos, gracias a las profesionales, creo que no. Son muy explícitas, muy claras en explicarnos. Siempre tuve esa mentalidad desde pequeña, que eran enfermos. Hoy entiendo que no. Así como hay enfermos, también hay personas malas. También hay personas buenas. Entonces, yo pienso que esta persona es mala.

Así, la creencia de que los agresores eran enfermos procedía de su infancia. La maldad, en este caso, fue definida como una forma de expresar la ideología de la dominación masculina que justifica la acción de violar, con la implicación moral que ello comporta.

La cuestión que nos ocupa apareció también en las sesiones grupales, donde las pacientes preguntaron en varias ocasiones si sus agresores tenían algún tipo de enfermedad que explicara haber llevado a cabo la agresión sexual, a lo que las profesionales respondieron repetidamente con la palabra maltratador:

Isis: Encontré una libretita hace 6-7 meses en la que él escribía mis entradas y salidas, si me depilo el pubis...

Afrodita: ¿Es un psicópata?

Psiquiatra: Es un maltratador.

(...)

Isis: Llevo un año gravándole. No ha servido para nada, pero le gravé (...) Está loco.

Psiquiatra: Es un maltratador.

⁸⁵ En este fragmento se está refiriendo a una entrevista que se realizó en Catalunya Ràdio el 29/3/2014 sobre los recursos que se destinan desde el Programa Cercles para dar apoyo a los penados por delito de agresión sexual y que están en régimen abierto y libertad condicional.

Afrodita preguntó si era un psicópata e Isis lo catalogó de loco o malo. Para la psiquiatra no hubo duda. Era un “maltratador”, sin más. A diferencia de Hera, ni Afrodita ni Isis cambiaron su percepción al respecto después del comentario de la psiquiatra y se mantuvieron firmes en sus ideas: que esos hombres eran agresores y, además, estaban enfermos.

En suma, las pacientes presentaron discrepancias sobre si los hombres que las agredieron estaban enfermos. Todas consideraron la agresión sexual como un acto de dominación y de falta de respeto. Sin embargo, al apuntar exclusivamente al individuo que las había agredido, aparecieron divergencias entre ellas. Por un lado, todas asumían que esos hombres eran agresores y, en cambio, la mitad de ellas consideraron que además debían de tener una enfermedad mental para hacer “esa salvajada”. El hecho de que el agresor fuera su pareja o expareja ha constituido una diferencia significativa en los discursos de las pacientes, de manera que las dos mujeres que habían mantenido una relación sentimental aportaban más razones por las que el agresor actuó de ese modo.

Por último, de las mujeres que consideraban a los hombres que las han agredido como enfermos solo una de ellas reasignó dicha clasificación a la maldad de su agresor tras la interacción con las profesionales.

3.2.2 La agresión sexual y sus dimensiones

3.2.2.1 El no-consentimiento

En este apartado analizamos cómo las mujeres conceptualizaron la agresión sexual, si la definición era modificada por el hecho de estar conscientes o no durante el acto o porque el agresor fuera conocido o desconocido. Así mismo, exploramos socialmente el consentimiento del acto sexual en el marco del matrimonio.

La categorización de un acto está vinculada al grupo social y al contexto histórico en el que se halla inmerso. La violación, como fenómeno social y como concepto susceptible de reflexión, ha estado presente a lo largo de la historia y su comprensión ha ido adquiriendo connotaciones diferentes. Pasa de ser un delito moral excluido de la noción de violencia y vinculado al pecado, la vergüenza y la indignidad

de la víctima en el Antiguo Régimen⁸⁶ a ser considerada una forma de violencia sexual⁸⁷ en el contexto de una ideología de dominación masculina a mediados del siglo XX, siendo la culpabilización de la víctima un hecho concurrente en dicho proceso (Vigarello, 1998). La trasgresión, entendida en su dimensión moral y delictiva, está asociada a las dinámicas colectivas responsables de la regulación normativa de la conducta y de la penalización de las infracciones sociales (Goffman, 1979). El no-consentimiento del acto sexual es considerado como el hecho por el que se define la violación o cualquier otra forma de agresión sexual (Foucault, 2006; Vigarello, 1998). En el Antiguo Régimen, los jueces y los testigos del derecho clásico proclamaban el consentimiento siempre supuesto de una mujer cuando la violación la cometía un hombre solo. Además, las denuncias eran escasas porque se consideraban acciones desprovistas de violencia (Vigarello, 1998). En cambio, plantear la problematización del dominio de la violación permite reflexionar sobre el alcance del término y ampliar su definición. Foucault (2006)⁸⁸, en su afán por cuestionar la validez de algunos tópicos, sopesa si la violación se tiene que diferenciar de otras formas de violencia física en lo que a legislación se refiere, esto es, penalizarla o considerarla un hecho de responsabilidad civil. Para dar respuesta sostiene que la sexualidad tiene en el cuerpo un lugar preponderante: “No es lo mismo que el resto del cuerpo, hay que protegerlo y conferirle una legislación específica” (Foucault, 2006: 129). Por otra parte, afirma que “la violación, a pesar de todo, puede delimitarse bastante fácilmente no solo como no-consentimiento, sino como rechazo físico al acceso” (Foucault, 2006: 131). Así, define la violación como el acceso a la sexualidad de otra persona sin su consentimiento y/o con su oposición física. Un aspecto que destaca su contertuliano J. P. Faye es la distinción en la lesión resultante de una violación: un aspecto corporal, y este, a la vez,

⁸⁶Vigarello (1998) sigue el recorrido de la violación en Francia desde el Antiguo Régimen hasta la actualidad. En el primer período mencionado la violación era considerada una trasgresión plenamente moral en el derecho clásico asociada a los delitos contra las buenas costumbres y a la sexualidad, concretamente a la fornicación, el adulterio, la sodomía y la bestialidad, pero no a los delitos de sangre. A pesar de que la obra de Vigarello está centrada en Francia, sus aportaciones serían aplicables a otros países de Europa por compartir factores socioculturales como la concepción del pecado y la culpa vinculada a la religión judeocristiana.

⁸⁷Según Vigarello (1998), en el Código Penal de 1791 se refleja una voluntad de concentrarse más en el daño que sufre la víctima, cuando se sustituye la palabra «raptó» por «violación». Posteriormente se produce una lenta diferenciación de las formas de violencia en la jurisprudencia del siglo XIX, por ejemplo con el reconocimiento progresivo de la violencia moral o una reflexión jurídica sobre la gradación de las violencias sexuales. Pero no es hasta la actualidad, en que se da una nueva ideología sobre la igualdad entre el hombre y la mujer, cuando la violación es considerada como acto de violencia sexual.

⁸⁸Este volumen recoge siete conversaciones seleccionadas y prologadas por Miguel Morey, en las que Foucault desempeña el papel de protagonista. Los diálogos se mantienen entre David Cooper, Marie-Odile Faye, Jean Pierre Faye, Michel Foucault y Marine Zecca.

anticipa una lesión psíquica que es muy difícil de medir. De esta manera, la violación es concebida conceptualmente como una forma de violencia, está penalizada por la ley, es definida por el no-consentimiento (y el rechazo físico al acceso), produce una lesión física y otra moral y está vinculada definitivamente a la noción de sexualidad. En este sentido, la noción de «insulto moral» refleja que todo acto de violencia física conlleva una agresión moral y se destaca su carácter simbólico (Cardoso, 2008).

El consentimiento es presentado en forma dicotómica frente al de coerción en una realidad tangencialmente diferente. Gimeno (2012) critica el dualismo víctima/agente y coerción/consentimiento en el ámbito de la prostitución⁸⁹ por considerar que, abandonándolos, se podría ver la desigualdad en toda su dimensión ya que dejaría al descubierto la forma en que se estructuran las opciones sociales o económicas para las mujeres y la manera en que operan las estructuras simbólicas. Para ello, propone reconocer el papel en la «agencia», el valor político o moral de determinadas formas de consentimiento. Considera que la discusión víctima/agente es falsa por simplista y porque ambas nociones están realmente interrelacionadas⁹⁰, y por tanto, no funcionan un valor y su disvalor. A pesar de que formalmente no sería equiparable el término consentimiento aplicado a las mujeres que ejercen la prostitución y a las agredidas sexualmente⁹¹, puesto que se trata de dos situaciones diferentes, tienen en común algunos factores socioculturales. El motivo para establecer la asimilación es que la violación y la prostitución tienen en común la ideología que las sustenta, el sistema patriarcal, la desigualdad sexual, la construcción de la sexualidad masculina como diferente de la femenina, por la naturalización de esa diferencia y por la plusvalía simbólica y de género que fortalece la masculinidad. Gimeno (2012) plantea que el consentimiento en el contexto de la prostitución podría considerarse una cuestión

⁸⁹La prostitución se basa en una ideología justificativa de la desigualdad que sitúa a hombres y mujeres en lados opuestos del mundo. Se basa en factores estructurales y sociales, en el significado simbólico que tiene en la construcción de la cultura y en las subjetividades. Las dinámicas de género, clase y edad construyen y estructuran todo el mercado y la dominación simbólica posibilita que la estructura que da soporte a este sistema sea vista como natural e inevitable. Estas estructuras y las dinámicas que lo sustentan no son reducibles a la elección individual, pero no la invalidan totalmente. La elección de ejercer la prostitución no es libre⁸⁹, como defiende el modelo liberal, sino que está vinculada a las estructuras, las dinámicas y la simbología mencionadas. En definitiva, son mujeres que “no solo son fuertemente oprimidas por el patriarcado, sino también por el capitalismo” (Gimeno, 2012:156).

⁹⁰ La oposición víctima/agente casi nunca se presenta pura ya que las víctimas son “en muchos casos también agentes de su propia victimización y esta puede ser, en algunas ocasiones, consecuencia de la agencia” (Gimeno, 2012:156-157).

⁹¹ No planteamos como dos grupos excluyentes el de las mujeres agredidas sexualmente y las prostitutas, puesto que estas son también violadas. Durante el trabajo de campo tuve la ocasión de entrevistar a una mujer que fue agredida sexualmente por un cliente. Ella se autodefinía como *escort*, cuyos servicios incluían el sexo. Definió la agresión sexual a través del no-consentimiento.

filosófica que esclareciera la relación entre los factores estructurales y las dinámicas de género, clase y edad y el rol de la agencia de las mujeres. En cambio, en el acto de la violación no hay opción a la agencia, a la búsqueda de otras posibilidades. La falta de operatividad de la dicotomía coerción/consentimiento para el análisis de la prostitución tiene como aspecto pragmático que pone en relación una acción coercitiva con la noción del consentimiento. En cambio, en la violación dichos términos se establecen inversamente relacionados: la elección del agresor de llevar a cabo el acto violento es a través de la coerción, sin el consentimiento de la víctima. De esta manera, el no-consentimiento, además de definir la violación en términos foucaultianos, permite acceder a la experiencia vital de las mujeres que se ven en esa tesitura y alejarse del fenómeno como discusión conceptual.

En este contexto etnográfico las mujeres construyeron la categoría de agresión sexual alrededor del significado de no-consentimiento. Consideraron haber sido agredidas sexualmente por no haber deseado mantener una actividad sexual con el agresor y verse obligadas a llevarla a cabo en contra de su voluntad. A pesar de la contundencia con la que se refirieron hacia la agresión, con cierta frecuencia las mujeres dudaron de que su no-consentimiento no hubiera sido suficientemente bien expresado ante el agresor. Deméter recordó el día en que fue agredida a lo largo de la visita individual. Utilizó las palabras “por la fuerza” y “obligar” para referirse a ello. Expuso que, aunque le dijo repetidamente a su agresor que “no quería” y lo echó de su casa, se sintió culpable por pensar que no había dejado claro que no quería relaciones sexuales y por no gritar el “no”. La psiquiatra trató, sin conseguirlo, de desculpabilizarla de la acción realizada por el agresor:

Deméter: ¡Por eso me hizo recordar la agresión! Pero allí fue de uno a uno. No tenía una amiga que me defendiera.

Psiquiatra: ¡No cuestionas a la amiga ni a la agresión! ¡Te cuestionas a ti misma!

Deméter: *[Silencio]*.

Psiquiatra: ¡Eres tú la víctima! Estabas en una situación mala. Es igual lo que has hecho, has conseguido salir y salir viva.

Deméter: Me hizo recordar la agresión. Él me dio un beso por la fuerza y yo le aparté, le saqué de casa. Pero el tío entró saltando por la verja. Me pilló por sorpresa y me obligó. Yo le decía que no, pero él seguía. Y entonces tengo culpa por no gritarle.

Psiquiatra: Le estabas diciendo que no.

Deméter: ¡Pero no le grité!

Psiquiatra: No importa eso. ¡Tú te defendiste, no importa cómo!

De este modo, introduce el sentimiento de culpa como un valor cultural asociado a la agresión sexual. El efecto que genera en ella la culpa es confundirla respecto a que dejara clara su negativa a mantener relaciones sexuales.

No hemos observado diferencias significativas en cuanto a la definición de la agresión sexual considerando el estado de conciencia de las mujeres. Hebes y Hades, en su visita individual con la psiquiatra, expresaron muy claramente la idea del no-consentimiento. La primera fue consciente en todo momento de lo que ocurría y, en cambio, la segunda no:

Hebes: Sí, perquè després et deixa súper malament, vull dir ...sort que ens ha passat en aquesta època perquè ens arriba a passar fa trenta anys i sobre estem que tenim nosaltres la culpa i tothom ens culpa i s'hagués quedat en el retiro. (...) De la mateixa manera que l'home té dret a dir *no quiero, o si quiero*, pues que la dona tingui dret a decidir. I si li passa, que ella no se la jutgi perquè ella no té culpa.

Hades: Él hace unos años intentó besarme, pero yo estaba con mis cinco sentidos y le dije no y lo aparté. Me dio asco. Esta vez yo estaba confusa. Vale que había bebido, pero eso no le da derecho. Él sabía que yo no quería porque ya le dije en su momento que no, ¡es mi primo! Pero creo que pensó que, como lo había conseguido con otra prima, pues que conmigo también sería. Yo estaba confundida. A ratos pensaba que era Pedro, el chico del que yo estaba enamorada, y entonces yo quería. Pero luego veía que era mi primo el que tenía encima y lo apartaba. Yo no quería. Mi hermana me culpabiliza porque yo había bebido, pero yo pienso que eso no le daba derecho a hacer lo que él quisiera. Yo sé que no tengo culpa, pero me siento culpable por haber bebido.

En sus discursos aparecieron como factores comunes utilizar el verbo querer (“quiero” “no quiero”) para expresar el consentimiento. Es relevante que, independientemente de sus estados de conciencia y del modo en el que se consumara la agresión (ausencia o presencia del uso de la fuerza física del agresor), ambas mujeres establecieron una relación entre la agresión y la culpa. Temis y Hera no estaban conscientes en el momento de la agresión y opinaron en esta misma línea:

Temis: (...) Solo se tiene en cuenta que yo no puedo decir si fueron relaciones voluntarias o no porque yo estaba inconsciente. Pero yo les digo que evidentemente no fueron voluntarias porque yo estaba inconsciente. (...) Cuando alguien está haciendo un juicio de valor es que está poniendo parte de responsabilidad en ti, parte de culpa, y yo misma lo puedo hacer conmigo misma. Y lo he hecho en más de un momento, sobre todo en la parte de, si sabes que al beber te puede suceder una situación como ésta, ¿por qué has bebido? Entonces ahí yo lo pasaba muy mal.

Hera: (...) A mí, mi abogado decía “¿cree o fue abusada?”. Yo le dije “no estaba consciente”. Yo recuerdo que un médico me ponía una medicación y luego no recuerdo nada. Pero yo sé que pasó algo. Entiendo que un médico tenga que preguntar, pero el abogado...

Psiquiatra: La pregunta es ¿qué le pasó? Y ahí te explicas, pero que te pregunten “¿cree usted que fue abusada o fue abusada?”. Eso es victimizador.

Hera: Me decía “¿pero soñó? ¿Usó drogas? Pero yo tenía seguridad en mí. Mi abogado decía “¿pero no sería que se masturbó y se hizo daño?”. Me descolocó varios días. Me he visto siempre fuerte. Él no entendía. Para mí fue una frustración. Yo le decía: “Yo estoy convencida de que mi cuerpo, mi mente sabe que fui violada”. (...)

Psicóloga: El tema de la culpa le ha pasado a todas. Hay que ir con anticuerpos de la culpa para mí y anticuerpos de la culpa para lo que dicen los demás.

Hera expuso las circunstancias en las que tuvo lugar la agresión en el transcurso de una sesión grupal, motivo por el que también intervinieron las dos profesionales. Estas apuntaron a la victimización y a la culpa, ya presentadas, como elementos generadores de sufrimiento, centrando su discurso en la desculpabilización. Además, la psicóloga distinguió entre la culpa que se atribuyó la mujer a sí misma y la culpa que los demás (el abogado) le adjudicaron. Hera, en la entrevista en profundidad, afirmó que realizar el acto sexual cuando una no está consciente es violación. Pero eso no la eximió, tampoco, de sentirse culpable por “no haber sido más inteligente” de adivinar el peligro:

Hera: Porque ese era uno de los problemas que yo tenía al principio, que era mi culpa. Que yo percibí ese algo malo y pude haberlo evitado, pero yo no sabía que eso era lo que me iba a pasar, pero yo percibía ese algo malo. Sentí que no lo provoqué, pero que percibí algo malo. Y me culpaba por esto, por no haber sido muy inteligente para no haberme dado cuenta.

Respecto al segundo aspecto por el que considerar el consentimiento, haber tenido un agresor conocido o desconocido, ha supuesto una diferencia significativa que la categoría “agresor conocido” fuera desglosada en ser “amigo/recién conocido” o “pareja/expareja” para percibir el acto como una agresión de contenido sexual. Puntualizamos que esa apreciación estuvo presente de forma temporal en la narración de Eos sin que la categorización del suceso afectara a su definición a través del no-consentimiento. Ella no clasificaba la acción en función de la parte corporal específica de la cual fue objeto de violencia, sino que asumía su cuerpo como una totalidad y, por ello, lo llamó “maltrato físico”. Esta perspectiva más amplia de Eos se corresponde con la reflexión de Foucault (2006) sobre si era preciso diferenciar la violación de otras formas de violencia física a nivel legislativo. Eos consideró que la sexualidad ocupa en el cuerpo un lugar preponderante a través del discurso del Mosso d’Esquadra que la atendió cuando interpuso la denuncia a su expareja. Lo que ella entendía en primera instancia como agresión física (daños en su cuerpo) el agente lo clasificó de agresión sexual por incluir relaciones sexuales no consentidas. Aunque ella se resistía a “creer que fuera agresión sexual”, finalmente definió “no querer sexo” como agresión sexual:

Eos: (...) Entonces yo fui a la comisaría a hacer la denuncia por maltrato físico y, cuando el Mosso d'Esquadra me empezó a tomar declaración, entonces yo le dije lo que había pasado y él me dijo que no. Que no había sido simplemente una agresión, un maltrato físico, sino una agresión sexual por cuanto era sexo aun yo diciéndole que no quería nada. Y entonces me dijo que tenía que hacer la denuncia y yo, aun así, renunciaba a creer que era una agresión sexual. Estaba tan bloqueada que no pensaba o no podía pensar que era agresión sexual.

En cambio, Némesis y Diana, cuyos agresores eran conocidos, pero no parejas, mostraron otros puntos de vista. La primera refirió que no pudo hacer nada para evitar ser agredida y la segunda, que calculó mal la confianza que había depositado en su amigo. Ambas manifestaron sentirse culpables por haber confiado en alguien que no lo merecía y Némesis, además, por denunciar al agresor al ser un primo de su amigo:

Némesis: En aquell moment vaig sentir una impotència enorme. No vaig poder fer res. És com si hagués estat un objecte que es fa servir i després dius "*bueno*, ja, adéu"...Fàstic, molt fàstic. Després molta ràbia.

(...)

Investigadora: Els hi vas dir des del principi?

Némesis: Si. El meu pare em va culpabilitzar a mi de l'agressió sexual.

Investigadora: I ta mare?

Némesis: No, ma mare no. [*Baixa molt la veu*]

Investigadora: Recordes alguna frase que et digués ton pare?

Némesis: Si. "És culpa teva perquè que fas un diumenge per la nit quan hauries d'estar estudiant". Vaig denunciar l'agressió ...em vaig sentir culpable perquè és el cosí del meu amic.

Diana: Porque por eso que te digan que eres muy de confianza. Yo no me sentí culpable, eso no. Al principio sí que yo estaba mal por decir ¡mierda!, ¿no?, pero he *confiao* en una persona que yo pensaba que ni por la cabeza porque yo lo trataba como mi familia y me sentí culpable un poco por eso de... le abrí la puerta a una persona que no. Pero, claro, que yo no lo sabía. Pero no me sentí culpable de decir que me violó porque yo lo busqué, yo lo provoqué. No. Porque ni me gustaba, ni me aportaba nada ni yo quería y además que no.

Ambas mencionaron la culpa atendiendo a dos aspectos de esta: Diana señaló la "provocación" y Némesis la atribución de culpa a través de terceras personas. Así, la culpa aparece de una forma u otra en los discursos de las pacientes. En este sentido, localizamos en dicha noción una versión fusionada entre el antiguo concepto de delito moral, vinculado al pecado, la vergüenza y la indignidad de la víctima, propio del Antiguo Régimen, y la moderna culpabilización de la víctima como un término específico de la violencia sexual arraigado en la ideología de dominación masculina (Vigarello, 1998). La frecuencia en la que es visibilizada la culpa en esta etnografía sugiere un nexo entre dicho sentimiento y la condición de ser mujer y la vivencia de la violencia sexual.

Por último, exploramos la percepción del consentimiento del acto sexual en el contexto del matrimonio. A modo de contextualización, exponemos que el canon 1057 del Derecho Canónico hace referencia a que el matrimonio lo produce el consentimiento de las partes y el canon 1061 dispone que se reconoce el matrimonio entre bautizados cuando los cónyuges han realizado el acto conyugal apto de por sí para engendrar la prole. La consecuencia a tal canon es que, si no se realiza dicho acto, el matrimonio es clasificado como «rato». Pero no trata el consentimiento para realizar el acto. En este sentido, la Iglesia Católica, junto a los médicos y educadores, inculcaban una moralidad de la sexualidad en el contexto del matrimonio en la que el coito tenía una significación social dentro de este. El sexo tenía que ser visto como un regalo de Dios, debía ser practicado cumpliendo con la correcta educación sexual y solo en el contexto del matrimonio (Medina-Domenech, 2016).

Cinco mujeres estaban o habían estado casadas por el rito católico. Observamos dos diferencias medianamente significativas en sus narrativas en relación al tema del consentimiento y la virginidad. Respecto al primer aspecto, tres de las mujeres solo concebían las relaciones sexuales como un acto voluntario mientras que las otras dos expresaron ideas ambiguas por no expresar con claridad su opinión. La edad de las mujeres, entre la cincuentena y la sesentena, ha resultado moderadamente significativa en relación al consentimiento de las relaciones sexuales en la pareja estable. Mostraremos los discursos de las mujeres separándolos analíticamente en función de que fuera o no el marido quien las agrediera.

Las dos mujeres que fueron violadas por sus maridos, Isis y Eos⁹², muestran aspectos comunes y divergentes en los discursos. Los elementos comunes fueron haber sido agredidas mientras dormían, sentirse culpables, no poder creer que habían sido violadas y que la agresión sexual fuera el motivo del final de sus matrimonios. Las discrepancias se condensaron en tres: la primera giraba en torno al hecho de estar conscientes. Isis despertó al sentirse manipulada por su esposo y, en cambio, Eos se mantuvo dormida bajo los efectos de un medicamento para la migraña y no fue consciente de lo que ocurría. La segunda diferencia hacía referencia al cumplimiento de los preceptos del matrimonio, esto es, acceder a tener relaciones sexuales, independientemente de que fueran deseadas, por estar sujetas a la obligación contractual

⁹²Eos sufrió tres períodos de agresiones sexuales en su vida: en la infancia, por su marido y recientemente por una expareja que tuvo tras su divorcio.

del matrimonio. Isis afirmó que uno de los factores que “más la desmontó” fue el hecho de que fuera su compañero el que la agrediera; en cambio, Eos sostuvo que de alguna manera su entonces marido “tenía derecho” al sexo, aun cuando ella dormía, por tenerlo en el marco de una relación conyugal. A pesar de referirse a esta creencia, la agresión fue el hecho que la llevó a tomar la decisión de divorciarse. De esta forma, se observaba como una convicción basada en la idea tradicional sobre el valor moral del consentimiento del sexo en el matrimonio se contraponía con el pensamiento actual, que define un acto sexual no consentido como violación. La noción de «amor sexual» estaría relacionada con la convicción de que el marido tenía derecho al sexo, ya que forma parte de la subordinación social de las mujeres tanto por su contenido conceptual como por las prácticas que genera, sean educacionales o experiencias amorosas (Esteban y Tábor, 2008). En este sentido, la familia es descrita como un espacio de sentimientos, donde la domesticación de la sexualidad y el papel del amor tienen un papel fundamental⁹³. La tercera diferencia entre Isis y Eos radica en tomar la decisión de callar *versus* exponer lo ocurrido a su entorno personal:

Isis: (...) Y, personalmente, para mí fue una sorpresa porque nunca pensé que me pudiera pasar y menos de mi compañero de tantos años, que es lo que me desmontó más, pero veo la respuesta de la gente que no lo sabe evidentemente. Pero de los tres o cuatro cercanos que lo saben, porque al final opté por no callarme, porque por educación no lo dices, no a los que he dicho: "No, ha habido algo más en nuestro divorcio, ha habido una mala respuesta económica, un maltrato psicológico, ha habido una violación". Y entonces no te lo podrás creer, pero yo me veo en la obligación de decirlo, ellos no han podido hablar conmigo y con él siguen teniendo relación.

(...)

Yo, como mujer, lo he hecho fatal porque he dejado que a mi lado crezca un monstruo, un monstruo que es capaz de llegar a esto y por eso me negaba a mí misma que hubiera habido una agresión sexual. (...) Yo todavía seguía negándome que eso me había pasado a mí, que era una equivocación, que no podía ser, que... Intentaba excusar lo que era una evidencia como la copa de un pino.

Eos: Por vergüenza. A ver, yo me callé todo el tiempo. Es que nunca les dije a mis padres. Y era por esto, por vergüenza. Que sepan que un hermano mío, o dos, no sé, pero que hacían esto. Y era por respeto a mi madre. Porque claro. Éramos tantos hijos que, si yo le decía a mi madre esto, le da un ataque. Entonces yo preferí callarme. Ni a mi esposo..., a nadie, nadie, nadie, lo que me había pasado cuando niña. Y con mi marido, tampoco iba a denunciar porque, claro, me decía que era mi marido y tenía derecho. Era vergüenza. ¡Cómo iba a decir que me había violado si es mi marido!

⁹³ El grueso del peso de la organización de la familia recae en el amor por dos motivos: por intervenir en la configuración del individuo moderno a través de la toma de conciencia individual y por proporcionar la cohesión social y el sentido de pertenencia (Esteban y Tábor, 2008)

Así, la consecuencia de comunicar a sus allegados los motivos por los que se divorció implicó para Isis dejar de contar con ellos. En cambio, Eos expuso que desde pequeña silenció las agresiones por vergüenza, por pretender no alterar el funcionamiento de su numerosa familia y, además, por proteger a su madre del dolor que sentía; una vez adulta, continuó callando tanto las agresiones de la infancia como las infligidas por su marido. El detonante para denunciar el episodio con su expareja fue considerar haber sido agredida físicamente y no sexualmente. Omitió los actos sexuales (las violaciones) y denunció el maltrato físico. De este modo, para ella el sexo tomado por la fuerza representa un fenómeno que se ha de ocultar y que conlleva la dimensión moral expresada a través del término vergüenza.

En cambio, Hestia expresó una experiencia vital tangencialmente diferente. Describió las relaciones sexuales como “no placenteras”. Asoció ese no-placer a tener una pareja “poco hábil”, interesado en su propio placer, y/o en que ella tenía que “aprender más”. A pesar de ello, no asumió esas relaciones como una obligación ni mencionó que fueran contra su voluntad:

Hestia: Yo creo que sí. Yo creo que la sexualidad es importante para compartirla con la persona con la que tú decides hacerlo. Después la calidad cambia mucho, ¿no? No es que yo haya tenido muchas relaciones, porque yo nunca he tenido más relaciones que las de mi marido, pero que ahora que se habla tanto de sexo y todo esto. Yo he tenido un sexo no bueno, no placentero. No me apetecía, no me gustaba.

(...)

Investigadora: ¿Era como una obligación?

Hestia: Como una situación, pero a mí, cuando yo tuve sexo la primera vez pensé: "Tienes que aprender. Supongo que aquí habrá algo más que tienes que aprender". Y, en vez de aprender, o satisfacción, pues era muy light, ¡ah!, estoy mejor sin [sexo].

Así, Hestia describió una experiencia de las relaciones sexuales algo ambigua. Por una parte, afirmó que no eran una obligación y que “compartía la sexualidad con quien había decidido”, pero, por la otra, dijo que no fueron placenteras y “no le apetecían”. Además, describió una concepción del matrimonio tradicional donde los elementos morales vinculados a la religión católica estaban presentes: mantener la virginidad hasta el matrimonio y establecer una relación monogámica. Se podría erróneamente presuponer que “tener la obligación de consumar el matrimonio⁹⁴” entraría en los

⁹⁴ Tuve la oportunidad hace unos años de escuchar el relato de una mujer de la misma edad que Hestia, que consideraba la relación sexual con su marido como una obligación más entre las tareas que llevaba a cabo en su hogar. Ella relató que: “mientras él hacía, yo pensaba mientras en la cena que prepararía”. La diferencia en los relatos entre esta mujer y Hestia es que la primera lo considera obligación y Hestia no.

cánones de los matrimonios de su juventud y que la aceptación de dicho canon la haría no percibir la obligación, pero no aportó más información al respecto. Su silencio sobre el tema de la sexualidad y el hecho de calificar de “libertinaje” las prácticas sexuales que tienen lugar en la actualidad evocaban el tabú de la sexualidad.

Respecto al segundo aspecto, la virginidad, Hestia y otras dos mujeres, Eos e Hisis, estaban por encima de la cincuentena. Destacaron haber recibido una educación religiosa católica que promulgaba la virginidad antes del matrimonio. Eos hizo referencia a los valores culturales de la virginidad como costumbre de su país de origen, como creencia o mito de “guardarse hasta el matrimonio” y como asociación entre no ser virgen y sentirse sucia. Tener relaciones antes del matrimonio “ensucia” a la mujer por lo que no está “limpia” para el marido. Eos tuvo problemas al respecto. El primero, que no tuvo opción a “guardarse” para su futuro marido puesto que sus hermanos la forzaron a tener relaciones sexuales contra su voluntad desde su infancia. El segundo, que mantuvo relaciones voluntarias con un chico de su elección, pero que al mismo tiempo se “sentía sucia” porque ella no era virgen:

Eos: Sí. Era jovencita... y tenías un chico, y claro,... era nuestra costumbre, en mi país, todavía hay el mito de que tienes que guardarte hasta que te cases, ¿no? Y yo me sentía sucia, porque cómo voy a tener novio si yo no soy virgen como se dice. Y cómo converso, cómo digo que yo ya he hecho eso. Sí que me sentía sucia.

En cambio, Isis declaró lo contrario con respecto a la iniciación al sexo y lo contextualiza en el marco de su juventud:

Isis: (...) Tuve más amigos chico que chica, que en aquel momento no era muy habitual, pero yo no tenía necesidad de probar el sexo. Sí que me podía gustar un abrazo o darme un beso con alguien o ir de la mano con un chico porque me sentía a gusto y no me parecía..., y estaba prohibido entonces. Pero no me parecía ni fuera de lugar ni un escándalo ni nada de eso.

(...)

Hasta que llegó el momento en que, bueno, cuando quiera tener relaciones sexuales, no hace falta que sea mi novio, ni que nos vayamos a casar ni que me haya casado, como se hacía entonces. Yo tenía claro que era yo quien decidía los pasos que tenía que dar. No forzar nada, ni que... no sé.

A diferencia de sus compañeras, Isis no consideraba la virginidad hasta el matrimonio como un factor relevante. En cambio, destacó la prohibición social que vivió en su juventud a la hora de mantener determinadas conductas en público, como ir cogida de la mano de un chico, y en privado, como tener relaciones sexuales antes del matrimonio.

Señaló su interés por las lecturas sobre las relaciones sexuales desde su juventud. En cualquier caso, dejó claro que el sexo tiene que ser querido y buscado.

En suma, para las mujeres, la categoría de agresión sexual queda definida a través de la falta de consentimiento para mantener una actividad sexual y de su derecho a decidir. Tener un agresor conocido, específicamente que haya sido pareja, ha supuesto una diferencia significativa en cuanto a categorizar el acto como una agresión sexual. En este sentido, destacan los discursos opuestos de las mujeres que fueron agredidas por sus maridos. El primer aspecto está directamente relacionado con el hecho de considerar que el marido tenga derecho a mantener relaciones sexuales independientemente de lo opine la mujer por producirse en el contexto del matrimonio. A pesar de que Isis pensaba que no tenía derecho y Eos sí en primera instancia, ambas mujeres consideraron el acto como agresión. El segundo aspecto está vinculado con decidir silenciar o no la agresión, que, a su vez, se relaciona con la vergüenza como valor moral.

No hemos determinado diferencias entre el no-consentimiento y el nivel de conciencia que tenía la víctima en el momento de la agresión. Sin embargo, el no-consentimiento queda circunscrito a un estado liminal cuando no recuerdan haberlo dado o no lo han podido dar (por estar dormidas o por los efectos de alguna sustancia tóxica o medicamentosa), o cuando consideran que no han dado un “no” lo suficientemente claro. Este último hecho lo vinculan directamente a la culpa.

Por último, la edad superior a cincuenta años ha sido un factor medianamente significativo en cuanto a plantear la virginidad como valor moral de comportamiento y un elemento que condiciona el momento de inicio de las relaciones sexuales, así como un factor vinculado a plantear la posibilidad de mantener relaciones sexuales como precepto del matrimonio. La discrepancia en los discursos de las mujeres en ese intervalo de edad reside en compartir o no los valores morales descritos y, en consecuencia, en haberlos llevado a la práctica.

3.2.2.2 La atribución de significado de la agresión sexual

La agresión sexual no debe ser entendida solamente como un fenómeno privado que sufren algunas personas, la mayoría mujeres, sino como un hecho social. Por este motivo, es necesaria su comprensión como un acto violento cuya lógica se inserta en la

estructura social (Galtung, 1969), que conlleva una simbología basada en la dominación masculina (Bourdieu, 2000), y está vinculado a la estigmatización de aquellas personas que lo sufren.

La violencia es un fenómeno que está presente a nivel nacional e internacional en el ámbito social inmediato, en los crímenes violentos, en la violencia políticamente motivada, en los actos de brutalidad y sadismo, entre otros (Imbrush, 2003). La ambigüedad y complejidad del concepto de violencia está vinculada a su asociación con el término poder, estando ambos superpuestos como expresiones científicas y como términos instrumentales que han cubierto un amplio espectro semántico⁹⁵, por lo menos hasta mediados del siglo XX. Esta ambigüedad dificultó alcanzar una apropiada comprensión de la violencia, por lo que Galtung (1969), tras un intento de aglutinar las diferentes formas de violencia, concreta la definición de violencia en torno a dos palabras clave: «real» y «potencial». Define violencia como la causa de la diferencia entre lo potencial, lo que podría haber sido, y lo real, lo que realmente es. “Violencia es que esa distancia se incremente y lo que impide que decrezca” [La traducción es propia] (Galtung, 1969: 168). La mencionada definición señala al menos seis dimensiones de violencia, que el autor comprende en términos de influencia, y lo hace atendiendo a la acción concreta del acto de violencia. En este contexto etnográfico, lo potencial (no sufrir una agresión sexual) y lo real (ser agredidas sexualmente) ha quedado materializado en el no-consentimiento del acto sexual y su comprensión como una acción de dominación. A partir de estas premisas, las informantes⁹⁶ hicieron referencia a tres características de la definición galtungniana que destacaremos a continuación. Galtung (1969) establece la primera distinción entre la violencia física, donde las

⁹⁵Imbrush (2013) compara el uso de los términos «violencia» y «poder» fuera de los países de habla germana. Sostiene que el poder es un término neutro que denota la capacidad de hacer algo, para lograr un efecto; en cambio, la violencia se considera el ejercicio problemático de la fuerza física con el objetivo de dañar a una persona o cosa. Por otra parte, los conceptos de «fuerza», «coerción» y «agresión» están en la misma línea semántica aunque suscitan diferentes asociaciones respecto a la violencia. El término fuerza sugiere principalmente potencia y energía. Si interviene la coacción, entonces sugiere poder y violencia. La coacción significa la compulsión y represión y denota el poder para hacer que alguien se someta a los deseos de uno; es entonces cuando aparece el significado de la violencia. En cambio, el término agresión coincide en gran medida en las lenguas alemana, inglesa y las románicas, en las cuales significa un comportamiento agresivo y feroz o de una disposición latente.

⁹⁶Las otras formas de violencia a las que se refiere Galtung (1969) son las siguientes. La segunda distinción se da entre el enfoque negativo y positivo de influencia, esto es, que el influenciador elija entre el castigo o la recompensa para conseguir sus propósitos. La tercera se establece sobre si el objeto es o no herido considerando la intención, es decir, la amenaza de violencia física debe ser considerada una forma de violencia psicológica. “La doctrina del poder está basada en los esfuerzos por conseguir su efecto” (Galtung, 1969:170). La sexta distinción se establece entre la violencia manifiesta y la latente. La primera, ya sea personal o estructural, es observable desde la perspectiva teórica del “potencial de realización” (Galtung, 1969: 172). En la segunda, la violencia no está ahí, pero podría llegar fácilmente.

personas son heridas somáticamente, y la psicológica, donde el trabajo violento recae en el alma de las víctimas. En este sentido, la mayoría de las pacientes hizo referencia al aspecto físico, asimilando el tipo de violencia vivida a una situación concreta y no sostenida en el tiempo. La siguiente distinción, la cuarta, considerada por el autor como la más importante, se centra en el sujeto, según la persona actúe o no. Cuando una persona comete la acción, se trata de violencia directa, y cuando no hay un actor, se trata de violencia estructural o indirecta. La noción de «violencia estructural» hace referencia a que la violencia emerge de la propia estructura de la sociedad y se muestra a través de la “desigualdad de poder, el acceso desigual a las oportunidades de vida y la distribución desigual de los recursos⁹⁷” (Galtung, 1969: 171), por lo que los problemas sociales son, en última instancia, el resultado de las estructuras violentas de la sociedad global. El racismo, el sexismo, la violencia política y la pobreza son algunas desigualdades sociales que señala. El carácter silencioso y estático⁹⁸ de esa violencia estructural queda oculto tras la culpa asignada a los individuos que la sufren. En nuestro caso, la violación o, en su término más amplio, la agresión sexual, forma también parte de la violencia estructural. Como señala Galtung, “cuando un marido pega a su esposa, es violencia personal, pero, si son miles de maridos que lo hacen, es violencia estructural” (Galtung, 1969: 171). En esta línea de pensamiento, las pacientes localizaron el agente responsable de la acción en el agresor, pero, como ya hemos mostrado, señalaron también la doble naturaleza de la agresión por entenderla como un problema de salud para ellas y un problema social, ya que la sociedad normaliza ese tipo de conducta, de manera que la atribución de la culpa de la víctima constituye un mecanismo de normalización. Por último, mencionaremos la quinta distinción de violencia de Galtung, la cual se basa en la intencionalidad de la violencia, esto es, que sea intencionada o involuntaria. Esta distinción es importante cuando tiene que adjudicarse la culpa. En la ética judeocristiana y en la jurisprudencia romana, el concepto culpa está más bien ligado a la intención que a la consecuencia; en cambio, en la actual definición de violencia se sitúa en el lado de las consecuencias. La relevancia

⁹⁷ El acceso a la educación o a recibir atención médica serían dos ámbitos en los que las oportunidades de la vida y la distribución de los recursos tomarían forma (Galtung, 1969).

⁹⁸ Galtung (1969) distingue entre las nociones de sociedades «estáticas» y «dinámicas» para facilitar la comprensión de lo que representa la violencia estructural. En una sociedad estática, la violencia personal podrá registrarse allí donde la violencia estructural será vista como algo natural. En una sociedad dinámica, la violencia personal puede verse como algo malo y dañino, pero de alguna manera congruente con el orden de las cosas ya que la violencia estructural se hace evidente “ya que destaca como una enorme roca en un arroyo, impidiendo el libre flujo” (Galtung, 1969: 173).

de la diferenciación recae en que, en el primer caso, se dificulta la identificación de la violencia estructural. En este contexto etnográfico, la referencia a la intención voluntaria del agresor fue reiterada.

De esta manera, la cuestión sobre la que se va a reflexionar aquí es que la violación no debe ser categorizada exclusivamente como violencia personal, sino que hemos de preguntarnos por aquello que genera y mantiene un sistema de relación de poder de los hombres sobre las mujeres. Bourdieu (2000) se basa en la noción de «violencia simbólica» para comprender el mecanismo de la dominación masculina. El autor interpreta la violencia simbólica como la encarnación de la violencia en los conceptos, el lenguaje y los sistemas de símbolos cuya finalidad es ocultar las condiciones de regla tácita. El resultado es que las condiciones de poder y las estructuras de violencia se vuelven irreconocibles, se pasan por alto y, al mismo tiempo, son aceptadas. Es interesante profundizar en su pensamiento puesto que la lógica de la dominación masculina justifica la acción violenta que supone la agresión sexual. A partir de los trabajos de las investigadoras feministas Virginia Woolf y Simone de Beauvoir⁹⁹, Bourdieu reflexiona sobre los mecanismos históricos responsables de la deshistoricización y de la eternización relativas a las estructuras de la división sexual y de los principios de división social correspondientes. La violencia simbólica se ejerce a través de los procesos simbólicos de la comunicación y del conocimiento (y también del desconocimiento y el reconocimiento) y del sentimiento. La naturalización de la dominación masculina obedece a

la división de las cosas y de las actividades (sexuales o no) de acuerdo con la oposición entre lo masculino y lo femenino recibe su necesidad objetiva y subjetiva de su inserción en un sistema de oposiciones homólogas, alto/bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, recto/curvo, seco/húmedo, duro/blando, fuera (público)/dentro (privado) que, para algunos, corresponden a unos movimientos del cuerpo (Bourdieu: 2000, 20).

De este modo, estos esquemas de pensamiento dicotómico registran la naturalización de las diferencias sociales. A partir de este procedimiento perceptivo y cognitivo de las cosas y las actividades, entre ellas el cuerpo en sí, el orden social ratifica la dominación a través de la construcción de la diferencia entre los sexos biológicos, especialmente la

⁹⁹El autor se basa principalmente en los análisis teóricos de Woolf en *Three Guineas* (1939, en Bourdieu, 2000: 90), *A Room of One's Own* (1929, en Bourdieu 2000: 90), así como en su novela *To the Lighthouse* (1964, en Bourdieu, 2000: p.91). Para el análisis de la obra de Beauvoir, Bourdieu utiliza la obra de Moi titulada *Simone de Beauvoir: The Making of an Intellectual Woman* (1994, en Bourdieu 2000:63).

distinción anatómica de los órganos sexuales, la cual se inscribe junto a la división sexual del trabajo. El efecto de la dominación simbólica se produce a través de los esquemas de percepción, de apreciación (pensamiento) y de acción que constituyen los hábitos («habitus»). Si esta lógica paradójica de la dominación masculina y de la sumisión femenina, esta fuerza simbólica como forma de poder ejercido sobre los cuerpos, resulta efectiva es porque se ejerce al margen de cualquier coacción física. En efecto, las estructuras de dominación

(...) son el producto de un trabajo continuo (histórico por tanto) de reproducción que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Escuela, Estado (Bourdieu: 2000, 50).

Son los actos de conocimiento y de reconocimiento del poder simbólico los que lo legitiman y, en las dominadas, adoptan la forma de emociones corporales (vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad) o de pasiones y de sentimientos (amor, admiración, respeto) o de emociones aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles (el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente), siendo todas ellas maneras de someterse a la opinión del dominante, “aunque sea a pesar de uno mismo y como de mala gana” (Bourdieu: 2000, 55). Algunas de estas emociones (vergüenza, humillación, ansiedad, culpabilidad y rabia impotente) fueron expresadas a lo largo de las entrevistas y/o en las visitas individuales y grupales por las mujeres después de haber sido violadas. A pesar de no poder establecerse una comparación entre lo analizado por Bourdieu y las narrativas de estas mujeres, puesto que el autor no hace referencia a la coacción física y ellas sí, tienen en común que ambos grupos de mujeres han sido sometidos por una fuerza, sea visible o invisible, y, en definitiva, son dos formas de expresión de violencia. De hecho, a través de la noción de habitus, las estructuras de dominación se continúan reproduciendo aunque la violencia física o la fuerza de coacción hayan desaparecido. La encarnación («embodiment») de los sentimientos como la culpa y la vergüenza son su mecanismo invisible. De hecho, las mujeres fueron culpabilizadas –y se sintieron culpables– de que la agresión tuviera lugar. Además, las informantes consideraron que fueron estigmatizadas por ello. La aproximación a la noción de estigma permite desenmascarar el mecanismo de etiquetaje del individuo estigmatizado por el que resulta apartado y rechazado por su entorno, así como el sentimiento de vergüenza e identidad deteriorada que tiene para sí (Goffman, 1963, 1970; Ryan, 1976; Kleinman, 1988, 1999).

Asimismo, la categoría «culpabilización de la víctima» permite la comprensión de dicha percepción.

La culpa ya ha surgido vinculada al individuo con problemas sociales en relación a la violencia estructural (Galtung, 1969) y a los sentimientos de las mujeres dominadas cuando reconocen el poder simbólico (Bourdieu, 2000). Culpabilizar a la víctima¹⁰⁰ no es tampoco una cuestión de carácter individual. Es una ideología¹⁰¹ que busca la justificación de la inequidad encontrando defectos en las víctimas, independientemente del motivo de inequidad (Ryan, 1976). Se pretende dar solución a un problema social (la pobreza, el racismo, la enfermedad mental, etc.) a través de diferentes connotaciones estereotipadas que se localizan de forma no intencionada en la persona y/o grupo al que pertenece. William Ryan sostiene que, a diferencia de las ideologías conservadoras que categorizaban a la víctima como inferior, genéticamente defectuosa o moralmente inadecuada, la nueva ideología (culpabilizar a la víctima) atribuye “los defectos e incompetencias a la maligna naturaleza de la pobreza, la injusticia, la vida en los suburbios y las dificultades raciales”, entre otros (Ryan, 1976: 7). En ambos casos, el estigma marca la víctima, aleja el problema de las estructuras sociales que lo generan¹⁰² y busca el cambio en las víctimas a través del desarrollo de programas centrados en corregir esas deficiencias. El autor propone distinguir entre cada término de la dimensión de «excepcionalismo-universalismo» como aproximaciones al análisis y a la solución de los problemas sociales. El punto de vista de la excepcionalidad se refleja en acuerdos privados, voluntarios y locales a problemas que ocurren como resultado de una situación individual, que es exclusiva. El punto de vista universal se manifiesta en acuerdos públicos y legislados, considerando los problemas sociales como prevenibles desde la acción pública. Sin embargo, culpabilizar a la víctima consiste en aplicar explicaciones de carácter excepcional a problemas universales. Dando una explicación psicologicista, Ryan sostiene que culpabilizar a la

¹⁰⁰Ryan (1976) centra su investigación en la sociedad nordamericana entre los años 60 y 70 de la pasada centuria cuando se redujo parcialmente la inequidad, tanto racial como económica. El autor entendió la ideología de la culpabilización de la víctima como una forma de ralentizar el progreso hacia la equidad.

¹⁰¹Ryan, basándose en Kart Mannheim, sostiene que, como todo sistema ideológico, culpabilizar a la víctima tiene varios componentes. Primero, hay un sistema de creencias, la forma de ver el mundo. Segundo, hay una sistemática distorsión de la realidad reflejada en esas ideas. Tercero, es condición que la distorsión no debe ser consciente. Finalmente, como no es intencional, las ideas deben servir a una función específica, que es mantener el *statu quo* en el interés de un grupo específico.

¹⁰²Ryan (1976) pone el ejemplo de los niños faltos de estudios en las escuelas de los suburbios de la ciudad. Se dice que contienen en sí mismos las causas de su falta de capacidad para leer y escribir bien y con la expresión “deprivación cultural” se oculta que su escaso bagaje está relacionado con el cinturón de pobreza en el que viven.

víctima aparece como solución al problema intelectual de los culpabilizadores de la víctima que, preocupados por su propio interés –el de clase– y la cuestión caritativa, consiguen reconciliar ambos aspectos. El resultado es que la víctima de inequidad es culpada por ello y que el estigma recae en ella.

La noción de estigma es analizada desde perspectivas tanto sociológicas como antropológicas y, aunque compartan la preocupación por el aspecto social, lo hacen centrando la atención en diferentes aspectos. En el primer caso, se enfatiza la idea de construcción social de la identidad social y la ubicación del individuo en la sociedad (Goffman, 1963). En cambio, los enfoques antropológicos atienden al efecto del estigma en la vida moral de las personas que lo sufren (Kleinman, 1988; Yang *et al.*, 2007). Goffman (1963) define el estigma como un atributo profundamente desacreditador que clasifica a la persona en el grupo de los extraños. Se trata de una clase especial de relación entre atributo y estereotipo por la que, a través de un proceso de construcción social, la «identidad social» del sujeto es concretada en una discrepancia. Dicha discrepancia se establece entre la «identidad social virtual», la forma en la que la sociedad categoriza a la persona, y la «identidad social real», que está en relación con los atributos que le pertenecen. Así, el estigma se produce en el lenguaje de las relaciones y no exclusivamente en los atributos. El término «carrera moral» del paciente (mental) condensa la idea de que el estigma supone una trayectoria social a lo largo de su vida, en la que se producen una serie de cambios en el yo de la persona, en el sistema de imágenes de sí misma y hacia los demás (Goffman, 1963, 1970). El inicio de la carrera queda situado cuando la persona tiene conocimiento de lo que supondría ser estigmatizado, antes de serlo.

Más allá de la clasificación goffmaniana del estigma, la preocupación por la persona que es etiquetada ofrece la posibilidad de contemplar el estigma bajo otra perspectiva. La persona es rechazada y ridiculizada y, en las enfermedades estigmatizadas, el estigma es interiorizado en un profundo sentimiento de vergüenza, de identidad deteriorada, y el comportamiento de la persona forma parte de su autopercepción negativa (Kleinman, 1988). El resultado es que su mundo es alterado, se rechace o acepte la identidad estigmatizada. Kleinman (1988) pretende disminuir dichos sentimientos, por lo que reclama a las familias de los enfermos crónicos y a los profesionales de la salud que los tratan tener sensibilidad por el estigma y la vergüenza. Se trata de tener presente “la necesidad y la voluntad de ayudar a soportar la carga de la

experiencia vivida de sufrimiento” (Kleinman, 1988: 160-161) y de considerar su «mundo local», en el que ocurre su vida diaria. Por mundo local se entiende “pueblo del etnógrafo, un barrio, las redes sociales, la familia y otras instituciones” (Kleinman, 1999: 358-359). La experiencia es moral, tal como la define Kleinman, porque es el medio de la participación en la vida cotidiana en la que la gente común tiene cosas importantes que perder o ganar. La experiencia es el flujo de la comunicación interpersonal y los compromisos vividos que tienen lugar en el mundo local. Se trata de una experiencia totalmente intersubjetiva e incluye prácticas, negociaciones y contestaciones entre los que están conectados. Es un medio donde los procesos colectivos y subjetivos interactúan (Kleinman, 1999). Los procesos morales son «peligros» porque son percibidos como existentes en el mundo y representan graves amenazas para otras cosas que también están en juego, siendo el «sufrimiento social» una forma de peligro. Es parte de las condiciones humanas en las que se incluyen las guerras, las enfermedades, la violencia estructural y cualquier otra experiencia inquietante.

Tratar de trascender el concepto de estigma con el objetivo de valorarlo y prevenirlo es también parte de la perspectiva antropológica. Yang *et al.* (2007) proponen un concepto más amplio de estigma que incorpore la «experiencia moral» o “aquello que está en juego de manera principal, en un mundo social local” (Yang *et al.* 2007: 1524). El término pone de relieve como estigmatizados y estigmatizadores luchan contra aquello que hace que la vida social y los mundos sociales sean peligrosos. En este contexto metodológico, el estigma es comprendido como un proceso sociocultural dinámico que abarca los ámbitos físico-emocional-social-cultural, cuyas características se condensan en tres. Es sociosomático, ya que las normas y las emociones se encuentran vinculadas a través de formas morales-somáticas y morales-emocionales¹⁰³. Así, el estigma es percibido en el estado corporal del individuo. Es intersubjetivo, puesto que tiene lugar entre la comunicación interpersonal y los compromisos vividos a través de palabras, gestos, significados y sentimientos. Amenaza lo que más importa, el prestigio moral de la persona estigmatizada, porque pone en peligro los compromisos interpersonales. En esta línea de pensamiento, las pacientes apelaron directamente al

¹⁰³En los procesos morales-somáticos, los estados corporales de las personas están vinculados con la experiencia de las normas y valores de la sociedad. Con los procesos morales-emocionales, los valores sociales quedan vinculados a una experiencia individual de emociones a través de las formas simbólicas del estigma (el lenguaje y las imágenes culturales) (Yang *et al.*, 2007: 1532)

estigma, expresando cómo fue amenazado su prestigio moral y lo que representó para ellas sufrir violencia sexual.

Las profesionales y las pacientes establecieron una triple significación de la agresión sexual que hace referencia a la ideología que sustenta la agresión sexual, a la dimensión moral y a la identidad de las mujeres. El primer aspecto está directamente vinculado para todas ellas con la violencia sexual como un acto de dominación del hombre sobre la mujer. Las pacientes centraron la atención en sus sentimientos y en el sufrimiento por el hecho de haber sido agredidas sexualmente y lo expresaron con ideas concretas. En cambio, las profesionales profundizaron en la argumentación conceptual sobre la violencia sexual. Sensaciones como “sumisión”, “humillación”, “vejación”, “el precio que acabé pagando por mi vida”, “sentirme como un objeto” fueron las palabras seleccionadas por las pacientes. Higea, una mujer en la sesentena, comparó el hecho como si se tratara de una primera copa que sin acabarse cayera al suelo. Ella no conseguía mover sus manos, su vista se volvió borrosa y entre nieblas vio como un hombre la estaba mirando:

Higea: Haber salido de noche, haber aceptado beber. Me dijo: “Hay que tomarlo juntos”. Él bebió de una copa y me dio a mi otra. Ni la acabé. No recuerdo nada más. Caí al suelo. Veía borroso, pero vi cómo me miraba en el suelo.
(...) Ahora pienso así. En la humillación. Me observaba. Yo no podía mover las manos. Solo recuerdo eso. [*Silencio*]. No se olvida.

Némesis: En aquell moment vaig sentir una impotència enorme. No vaig poder fer res. És com si hagués estat un objecte que es fa servir i després dius "*bueno*, ja, adéu" ...Fàstic, molt fàstic. (...) Ràbia.
(...) *vejada* totalment.

Afrodita: Más que una humillación. Es que no hay palabras.

Las profesionales interpretaron la agresión sexual como una demostración del poder masculino, una forma violenta de control patriarcal en una sociedad basada estructuralmente en las diferencias de género, una experiencia que resulta traumática en la vida de la mujer que ha sido agredida sexualmente. Siendo más concretas, lo entendieron como una manifestación de la sexualidad masculina en el contexto de una sociedad donde los hombres consideran tener el poder y lo “ejercitan” disfrutando de su sexualidad independientemente del deseo de la mujer. Como diferencia moderadamente significativa entre ellas, cabe señalar que la psiquiatra describió la forma en que se relacionan los hombres y las mujeres sexualmente en esta sociedad utilizando los

términos de “ritual de comportamiento” por el que se lleva a cabo el ejercicio de la sexualidad masculina de forma “autocentrada”. Asimismo, destacó que los agresores no tienen incorporada la idea del daño ejercido por formar parte del ritual referido. Paralelamente, contrapuso esta forma desigual de relacionarse con la aceptación mutua entre dos personas. En cambio, la psicóloga reflexionó sobre el efecto que tiene la agresión sexual en el colectivo femenino, concretándolo como el miedo que se produce en todo el género como un elemento de control social. Ella hizo referencia a un pensamiento colectivo, a “las ideas que corren por el ambiente”, donde está implícita la idea de que la mujer necesita de la protección del hombre para sentirse segura, hecho que genera su dependencia. Lo expresaron así:

Psiquiatra: Per mi continua sent el tema sexualitat masculina i sexualitat femenina. Aquesta sexualitat masculina situada en una societat on els homes tenen tot el poder. El masculí és el que és poderós i que aquesta sexualitat s'exerceix d'una forma autocentrada, pensant que tens el dret de gaudir de la teva sexualitat com et doni la gana independentment que l'altra persona –les dones- els hi vingui bé o no els hi vingui bé. (...) Perquè les dones estan per agradar l'home, *el objeto sexual* i tota aquesta cosa de cosificació. Té a veure amb aquesta lectura més de la dona com objecte, *cosificació*, un element perquè els homes puguin gaudir, no com una relació de a dos on hi ha d'haver una acceptació mútua dels temes, sinó a saco! “*Lo que a mi me está bien, a la otra le está bien*”.

Psicòloga: Hi ha efectes individuals, determinades persones que són les que han viscut les agressions, que tenen el seu efecte psicològic, el seu efecte posttraumàtic, etc. Però a part, la resta de les dones, també tenen por. De que això els hi pugui passar. Un element de control. (...) Un element de control, és a dir, les dones no poden anar soles a la nit, no poden caminar lliurement, les dones no poden viure soles a un pis perquè els hi pot passar alguna cosa. Aquestes idees corren a l'ambient. De fet, m'ho diuen elles. (...) Tot això està dintre, forma part de la, de, de, genera por. És una forma de generar por en tot un gènere. I de que no sigui autònoma, que no sigui independent, que necessiti la seguretat i l'ajuda d'un home, no?

se enmarca en el reconocimiento del poder simbólico que legitima la noción de dominación masculina (Bourdieu, 2000), lo cual está lejos de que ello implique su aceptación. Más bien, todo lo contrario. No solo no lo aprueban, sino que lo equiparan a un acto violento producido por un poder desafortunado. Interpretan ese poder como la capacidad de “hacer el mal”, que es lo que lo convierte en un acto de violencia. Más específicamente, las pacientes centraron sus discursos en la humillación que supuso la agresión sexual deslegitimizando el mecanismo justificador de la dominación masculina. El hecho de ser un acto de violencia ejercida por un agente concreto no lo exime de su vinculación con la violencia estructural, ya que la ideología de la dominación masculina forma parte de la estructura social. La intencionalidad (o involuntariedad) del acto violento tiene un papel en la adjudicación de la culpa. Dado

que en la violencia estructural la culpa queda diluida en la organización, es más difícil de localizar; sin embargo, a nivel personal, queda manifiesta. Otra cosa es a quién es atribuida, lo que lleva al siguiente significado referido por las informantes.

El segundo significado, la dimensión moral, está relacionado directamente con la atribución de culpa. Dicho sentimiento ya ha surgido imbricado en el no-consentimiento, la expresión que define que un acto sexual sea agresión sexual. Aquí mostramos otro aspecto. Para ello, las profesionales y las pacientes dirigieron la mirada hacia la sociedad, la cual vehicula la culpabilidad por inculcar la idea de que la mujer, por sus acciones, es culpable de que los hombres cometan agresiones. La provocación, la vergüenza y la suciedad aparecieron asociadas a dicha noción como elementos o “valores retrógrados de una mentalidad” propia de otro tiempo, siendo la educación recibida la que mantiene dichos elementos. En este sentido, la Iglesia católica inculcaba una moral protofamiliar, dominada por los valores patriarcales y especialmente por el dogma de la inferioridad natural de las mujeres, y, más concretamente, condenaba las faltas femeninas a la decencia (en la indumentaria) (Bourdieu, 2000).

La culpa, la vergüenza y el honor son sentimientos con una carga cultural considerable en las culturas mediterráneas que deben ser tenidos en cuenta en la atención sanitaria con pacientes culturalmente diferentes ya que lo contrario representa un obstáculo para avanzar en su terapia o en su vida (Gailly, 2009). Según el autor, los pacientes verbalizan menos, temen ser rechazados o castigados y perciben al profesional como incapaz de sentir empatía con la experiencia de ser inmigrante. Sin embargo, las pacientes agredidas sexualmente no mostraron ese temor. Se consideró que dichas emociones eran vinculadas a la agresión sexual por las pacientes y las profesionales, y, además, profundizar en ellas permitió estrechar la relación profesional-paciente y avanzar en la recuperación de la mujer. Las mujeres expresaron a las profesionales que sintieron culpa por muchos aspectos que se relacionan con la agresión: haber salido de noche, haber pasado por esa calle, no detectar peligro aunque no hubiera señal alguna, no gritar más fuerte, quedarse inmovilizadas por el miedo, no recordar detalles del agresor que ayudaran a la Policía a detenerlo, el hecho de denunciar, no poder llevar la vida que tenían antes de la agresión y generar dolor en sus familias y amistades, entre otros motivos. Así lo expresaron dos de ellas:

Anfitrite: Me siento culpable por no hacer vida ordinaria, mis cosas. Pero, cuando pienso en lo que pasó, no sé, en algún momento pensé que me lo había inventado. Me sentía culpable por creer que me lo inventaba. Yo tenía sensación de irrealidad, como un sueño. Yo estaba

dormida en mi cama, en mi casa, me desperté notando sus dedos dentro de mí. Yo sabía que sí, que pasó, pero la sensación era de estar en una nube. Me da mucha rabia cuando algún amigo me ha dicho que solo fueron los dedos, que no es para tanto. Y luego otro, que me decía que, si no era verdad, el chico perdería el trabajo y le destrozaría la vida. Me sentí culpable porque si yo estaba confundida... Pero no, yo sé que es verdad, me desperté con él encima. Quizá tardé algo más en despertar, había bebido algo de alcohol, pero no estaba borracha, yo controlé todo el rato cuando estaba en la calle.

Juno: Me siento culpable. No le podrán coger, no pude darle más detalles a la Policía, pero no me acuerdo de su cara.

La noción de carrera moral adquiere aquí una dimensión tangible en la experiencia de estas mujeres. El estigma, a través de la atribución de culpa, es establecido en relación a unos parámetros culturales previos a vivir la agresión sexual, cuando la persona tiene conocimiento de lo que supondría ser estigmatizada (Goffman, 1963), explicándose así la razón por la que se autoatribuyeron la culpa y, además, la relacionaron con la provocación y la vergüenza. Paralelamente, las pacientes que construyeron la culpa siguen un doble proceso de categorización: de un modo racional (lo que pensaron) y de otro emocional (lo que sintieron). En el primer caso, consideraron que el agresor era el responsable y culpable de la agresión; en el segundo, ellas asumían la responsabilidad del acto realizado a través de la culpa. De este modo, la culpa hace referencia directa a la censura moral que reciben las mujeres (auto- o heteroatribuida), lo cual señala la maquinaria social del castigo (Malinowski, 1986). Ellas no infringieron ninguna norma social escrita, ni tampoco no escrita, y, sin embargo, fueron castigadas mediante el propio estigma y con el miedo a no ser creídas por haber sido agredidas, lo cual es posible por las implicaciones simbólicas de la ideología de la dominación masculina antes mencionada. En el discurso de Némesis aparece claramente la forma en que construye la culpa respecto a su agresión. Ella destacó tres factores: el consumo de alcohol y no poderse defender, considerar a alguien de confianza por la conversación que habían mantenido y ser familia de un amigo suyo:

Némesis: Em sento culpable perquè em vaig deixar emborratar. Vaig confiar en ell. Jo li vaig explicar el que va fer el meu marit. Ens havíem acabat de divorciar i li vaig explicar el que va passar i ell m'explicava que s'havia casat tres vegades. Té quaranta anys. El que més m'ha farit de l'agressió és com va tenir collons de fer-ho després del que li vaig explicar i també per trencar l'amistat amb el meu amic, el seu cosí. Que després em vaig arreglar amb el meu amic però ja no és el mateix. Em va fer el que va voler i jo no em vaig poder defensar. I ho va fer sabent que el seu cosí era amic meu. (...)

Penso que no tinc la culpa perquè ha estat ell que ha volgut abusar de mi. Però no era el meu millor moment en la vida i no tenia que beure. Jo sóc responsable de mi, de prendre consciència de fer el que toca. Sento que no tenia que haver begut, em vaig deixar portar. Jo

li vaig dir quatre-centes vegades que no volia i el vaig apartar la cara enrretra. Em vaig defensar com vaig poder. Crec que tinc un percentatge de culpa.

Ha resultado moderadamente significativo que otorgaran relevancia a un segundo concepto asociado a la culpa para expresar su origen o sus consecuencias. En primer lugar, las profesionales y cuatro señoras hicieron referencia explícita a la provocación. La forma en que la articularon con la culpa y la vergüenza sigue un proceso: se inculca la idea de que es la mujer la que provoca y permite las agresiones, se la responsabiliza de estas a través de la culpa, se justifica la acción del agresor y, finalmente, la mujer se avergüenza por efecto de los puntos previos. La consecuencia es que la mujer, tras ser violada, guarda silencio; hablar significa quedar estigmatizada. Hera utilizó los términos “cultura de la moral” para referirse a ello y la trabajadora social lo calificó de “bulo social”:

Treballadora social: Perquè sempre és un *bulo* social. Tal i com està construïda la societat, una societat matriarcal però masculista, el tema sexual de la dona és una posició passiva i per tant està acceptat. El que costa més d'entendre és que una dona sigui agredida sexualment, perquè l'estereotip és que la dona ha fet alguna cosa perquè li succeeixi això. O sigui, s'intenta justificar l'agressor. És com una necessitat. O està malalt, o és alcohòlic, o la senyora portava una *minifalda*, o estava en un lloc o una hora que no tocava.

Psicòloga: Perquè tot el que té a veure amb el tema sexualitat, és un altre tema, hi ha molta culpabilitat.

Investigadora: Per part de?

Psicòloga: Per part de les dones en general. (...) Perquè en realitat, tot i que pot ser que inicialment la societat pugui respondre positivament, en realitat hi ha molta por a la resposta negativa dels altres. Perquè realment no és positiva. Tard o d'hora, *al final te terminansoltando que si ibas por la noche, que si cómoibas, que si fuiste a tal discoteca, o no qué a estashorasllegaso* per què et vas tenyir de ros [*posa ironia a les paraules*].

Hera: Porque gran parte de eso es la culpa que sientes, mas no que la tengas. La moral es otra. Venimos arrastrando una cultura de la moral que nos han inculcado haciéndonos creer que la mujer es culpable de las acciones de los hombres, que por las acciones de las mujeres los hombres cometen esas agresiones.

(...)

Hera: Se ve fatal. Decirlo públicamente no es aceptable. Si alguien de esta sociedad lo dice públicamente, casi siempre hay que tapar. (...) Moralmente, la gente es ahora más abierta, pero todavía guardan mucho sus valores retrógrados. Todavía el hombre sigue siendo el jerarca de la familia, el cabeza de familia. Entonces está mal visto que una mujer diga que ha sido violada cuando casi siempre se le atribuye a ella la culpa.

Afrodita: Sí, pero es por la educación. La culpa es la educación que nos han dado desde pequeños. Alguien tiene siempre la culpa. Además, solo hay que escuchar la tele y al final siempre es que las mujeres provocamos, porque las mujeres queremos, las mujeres permitimos. Claro, no es que permitas, siempre lo he dicho. Un hombre por naturaleza siempre es más fuerte que una mujer.

Dos mujeres asociaron la culpa exclusivamente a la provocación, suponiendo una diferencia en la explicación que aportaron. Hebes estableció una relación de presupuestos encadenados del siguiente modo: ella sabía que no le haría daño a nadie; si alguien le ha hecho daño, sería porque ella se lo habría hecho antes; la culpa fue de ella porque lo había “provocado”. Confundió los términos de empatizar y culpa, pero, en realidad, y según manifestó ella misma, se debió simplemente a un error al mencionar una palabra por otra, sin variar el significado de lo que explicaba. En cambio, Hestia asoció la culpa al término “honra”, lo cual significa mostrarse recatada y reprimir las manifestaciones externas de ciertos sentimientos como la alegría. Lo contrario era ir provocando. En el recuerdo de su infancia quedó que el silencio era protector para la víctima puesto que hablar suponía “quedar marcada”, lo cual equivalía a que la mujer había provocado y, por tanto, era culpable de la agresión sexual. Además, destacó que ella participaba de esa creencia por la educación recibida, pero, tras la intervención de las profesionales, modificó parcialmente su opinión, “se olvidó un poco”:

Hebes: *Bueno, en aquest cas culpa quan et passen coses d'aquestes, doncs sents que tu has provocat algo, que en realitat no és així, saps?, i com que a vegades com que empatitzes amb l'altra persona i dius: si m'ha fet algo ha de ser per algo que jo hagi fet, per tant la culpa és meva, pobret ell. Y no es así.*

Investigadora: *Què vol dir empatitzar per tu?*

Hebes: *No, o sigui, poder no és la paraula. No se si m'explico. Jo crec que totes ens hem sentit així i penses i dius: "què collons, si no he fet res" i ningú té dret i jo, quan dic no, és no. Però penses, se te'n va dels esquemes. Com que no és normal, com a nosaltres no ens hi cap en el cap fer mal a algú, si tu fas mal a algú és perquè tu has provocat que algú et faci mal. I jo crec, que en aquest sentit, totes ens hem sentit una mica culpables en algun moment.*

Investigadora: *O sigui, que la paraula seria culpa, i no empatitzar?*

Hebes: *Si. Exacte.*

Hestia: *Marcada en el sentido de que "qué haría ella", "bueno, mira como puede ser, mira que a lo mejor es igual que las demás, pero si le ha pasado, mira cómo es". "Pues mira no sé, ¿dónde iba?". "¿Dónde le pasó, qué estaba haciendo?". "No sería ella la que provocó". Esa era la mentalidad que yo había tenido anteriormente de venir aquí. Quizá ya después, me olvidé un poco. Pero yo siempre he tenido mucho miedo a este tema.*

En mi tierra (...), allí el tema de la honra era tan, tan marcada que cualquier persona que era un poco más alegre, como ahora mi hija que se ríe tranquilamente, y si se tiene que reír, se ríe lo mismo en un restaurante que en su casa. Pues eso, en mi juventud como que lo tenías que reprimir porque era como una persona que iba como provocando y yo ahora, yo lo veo bien que..., pero seguimos ahí chapada a la antigua. Somos más culpables las mujeres que los hombres, aunque ellos son los que lo hacen. A mi modo de verlo.

Las definiciones presentadas sobre el estigma permiten la apreciación de diferentes aspectos a los que las mujeres hicieron mención. Como atributo desacreditador (Goffman, 1963), permite localizar el hecho de que son estigmatizadas en relación a haber sido agredidas sexualmente, pero dicha definición deja, parcialmente, a las interesadas descontextualizadas de sus realidades personales, ya que tan solo les atribuye una identidad social, aunque esta se produzca en el lenguaje de las relaciones. Sin embargo, la comprensión del estigma en relación a la noción experiencia vivida incluye los sentimientos de las mujeres, entre ellos la vergüenza, el universo de su mundo local y pone de relieve la vida moral de la persona (Kleinman, 1988) y, con ello, lo que más valoran. Por ende, la sexualidad comprende específicamente la dimensión moral, de modo que esa área se muestra afectada tanto por el proceso de estigmatización como porque su sexualidad se ha visto invadida. Como dice Kleinman (1988, 1999), la introducción de la intersubjetividad inherente a la noción de experiencia da paso a contemplar el aspecto relacional interpersonal donde caben las negociaciones, como por ejemplo, cuando las profesionales buscan la reorientación de la culpa hacia el responsable material del acto violento o cuando las pacientes comparten con las profesionales la forma en que la agresión ha afectado en sus vidas. Por último, la noción de experiencia moral contribuye a la comprensión de las vivencias de estas mujeres ya que la anterior noción, estigma, amenaza contra el prestigio moral de la persona estigmatizada. En los discursos de las mujeres quedó manifiesto que era el aspecto moral el que estaba comprometido.

El segundo modo de visibilizar la culpa es a través de la noción de suciedad. Esta hace referencia a un sistema de clasificación de la materia en la que los elementos inapropiados son rechazados. La suciedad es “la materia fuera de lugar” (Douglas, 2007: 53), lo cual implica que una serie de relaciones ordenadas han sido alteradas. Nuestras ideas de suciedad¹⁰⁴, las del mundo contemporáneo, expresan sistemas simbólicos que se relacionan con la vida social y es que es en el mundo social donde se construyen los conceptos que nos sirven para pensar, entender y clasificar nuestro entorno. El tabú, la práctica de función protectora, tiene la finalidad de mantener la

¹⁰⁴ Douglas (2007) reflexiona sobre la noción de suciedad estableciendo una comparación entre las ideas del mundo europeo contemporáneo y las llamadas «culturas primitivas». Para ella, la diferencia entre ambas es una cuestión de detalle ya que en ambos casos la suciedad remite a un sistema simbólico que ordena el mundo local. La diferencia entre la contaminación ritual y nuestra idea de suciedad acerca de la profanación (o alteración del orden establecido socialmente), radica en que ellos lo denunciaban llamándolo tabú y nosotros, sucio y peligroso.

forma de clasificación consensuada localmente para ordenar el mundo. El motivo por el que el tabú es necesario es que las cosas que son ambiguas generan «inquietud cognitiva», es decir, desorden intelectual, y, por ello, representan una amenaza social. El resultado es que el tabú reduce ese desorden intelectual y social, de modo que se encuentra en la amenaza de peligro el sistema para mantener el código establecido. Una vez que se ha trasgredido el orden, el daño consecuente puede ser (o es) extendido a toda la comunidad a través del contacto. De ahí la noción de «contaminación», que es la “reacción que condena cualquier objeto o idea que tienda a confundir o a contradecir nuestras preciadas clasificaciones” (Douglas, 2007: 54). Así, la materia que está fuera de lugar, lo sucio e impuro, encubre una reflexión sobre las fronteras entre categorías sociales y revela conocimientos sobre el orden, el ser, la vida y sus antítesis. En este contexto etnográfico, el significado otorgado a la suciedad hace referencia tanto al acto violento como a la persona que la sufre, siendo esta concepción común en el discurso de las pacientes entrevistadas. El carácter violento del acto y la invasión de la sexualidad es lo que le confiere el carácter de sucio, de impuro, y ellas, por contacto, también eran o se sentían sucias. Simbólicamente, la suciedad remite a un orden que se ha interrumpido, el de disfrutar de la sexualidad en el contexto del matrimonio como lugar determinado socialmente. En este punto, se deben tener en consideración los dos aspectos antes mencionados: la ideología de la dominación masculina y el estigma. Si dicho pensamiento justifica la violencia sexual, la estigmatización de las mujeres trata, funcionalmente, de retornar el orden social anterior a la agresión. En otras palabras, es la forma de no penalizar una conducta violenta, de hacer como si no hubiera ocurrido. Sin embargo, dicho juego simbólico solo mantiene el orden establecido de forma ficticia puesto que la agresión sexual está tipificada como un delito en el mundo contemporáneo, por lo que corresponde al tabú la forma de proteger el orden. Paradójicamente, el estigma castiga a la mujer por haber sido agredida sexualmente, por no mantener su sexualidad en el lugar que le corresponde socialmente: a buen recaudo. A pesar de que la mayoría de las mujeres pueden vivir hoy en día la sexualidad fuera del contrato matrimonial, el estigma ancla la sexualidad al tiempo en que no podían hacerlo.

Dos de las pacientes muestran un aspecto de la suciedad más específico. Eos la asoció específicamente a la pérdida de la virginidad siendo niña y al miedo a no poder tener novio si explicaba lo ocurrido y, de forma general, al “asco” que le produjeron el

resto de las agresiones. En cambio, Hestia distinguió el término “suciedad” del de “contagio”. La primera indica la sensación corporal de estar sucia a través de los fluidos corporales del agresor (sudor y semen). El contagio significa tanto que ella era sucia a través del contacto con el agresor como que ella pudiera transmitir una enfermedad. En este sentido, la suciedad está ligada al agente patógeno antes mencionado por Douglas (2007). Hestia tenía miedo de contagiar a su familia el VIH. Por ese motivo inició rituales de limpieza corporal y también de aislamiento de contacto físico con los demás mediante el uso de guantes, actividad que mantuvo hasta que los profesionales del Servicio de Enfermedades Infecciosas le comunicaron, tras realizar análisis serológicos seriados, que no había contraído ninguna enfermedad. Estas fueron sus palabras:

Eos: Sí. Era jovencita... y tenías un chico, y claro,... era nuestra costumbre, en mi país, todavía hay el mito de que tienes que guardarte hasta que te cases, ¿no? Y yo me sentía sucia, porque cómo voy a tener novio si yo no soy virgen como se dice. Y cómo converso, cómo digo que yo ya he hecho eso. Sí que me sentía sucia.

Investigadora: ¿Y ahora?

Eos: Ahora no. [*Tono mucho más tranquilo*]. (...) Yo le decía que no, que me deje ir y él aun así quiso, pero yo más pensaba en el asco que me daba.

Hestia: Cuando reaccioné fue como limpiar todo, que no sé si lo limpié todo, pero saqué todos los kleenex del bolso y limpié todo y me miré..., porque yo creo que tenía más suciedad que en toda mi vida había visto.

Investigadora: ¿Te sentías sucia?

Hestia: Sí, sí. Total. Aparte de todo, aquella persona no olía bien, olía muy mal. Entonces era algo sucio, muy sucio, muy sucio lo que me había pasado, pero aparte la suciedad normal del mundo.

Investigadora: ¿Te sientes sucia ahora?

Hestia: No. He intentado quitarlo de mi mente. (...) Eso es lo que a mí se me quitó: yo no estoy enferma, no voy a contagiar a nadie, puedo cocinar. Yo cocinaba con guantes, me escondía para todo para que no me vieran. "¿Y esta loca qué hace ahora con guantes?". Me duchaba cuatro o cinco veces al día, escondida también porque "esta loca, cómo que se ducha tantas veces al día". Estuve más de un mes que solo salía para venir aquí. O más. Me acuerdo que no salía a ningún sitio.

Investigadora: Entonces cuando a ti te dicen que estás bien, has acabado con todas tus analíticas, las vacunas de profilaxis, ¿ahí se te quita un poco la sensación de suciedad?

Hestia: ¡Se me quita la sensación de contagio! Que era lo que a mí me tenía tan bloqueada. (...). Me bloqueé completamente. Para mí todo era sucio, todo era sucio. Y hoy en día, si pienso en eso, sigo viéndolo sucio.

Investigadora: ¿Tú ahora te sientes sucia?

Hestia: No, yo no. Ahora no.

El tercer significado atribuido a la agresión sexual, la identidad personal, fue un aspecto al que se refirieron las pacientes y las profesionales. Definieron la identidad personal como la forma en que reconocen el modo de ser y actuar con los demás y consigo mismas. Dichas explicaciones corresponden a la noción goffmaniana de definición virtual, que ubica al individuo en la escena social, y, más específicamente, a la definición de personalidad o carácter: la forma en que los otros las perciben y en la que

se perciben a sí mismas, es decir, cuando la propia conducta se convierte en algo estructurado. Y es ese aspecto el que han visto interrumpido. A pesar de ofrecer definiciones similares, mostraron diferencias en sus discursos. Las pacientes se centraron en cómo se sentían antes y después de la agresión, asociando la identidad previa a una forma libre de ser y actuar, con fortaleza y decisión. En cambio, las profesionales se centraron en el miedo que observaban en las mujeres a no ser lo que eran antes de la agresión.

Las narrativas de las pacientes corrieron muy paralelas, difiriendo en las expresiones que utilizaron para ejemplificar. Las expresiones que emplearon para describir cómo se sintieron posteriormente son “basura”, “na-da”, “no me reconocía”, “vida destruida”, “dejar de ser persona”, “anulada”. Cuatro de las mujeres hicieron referencia a una ruptura en sus vidas o a un punto de inflexión para referirse a este cambio radical. Dos de ellas lo expresaron del siguiente modo:

Investigadora: Has hablado de identidad. ¿Crees que ha afectado a tu identidad tener esta situación?

Hera: Sí, sí. Por supuesto. Sí. He cambiado mucho.

Investigadora: ¿Puedes decir qué es la identidad para ti?

Hera: La identidad para mí es ese yo, quien yo era. Es todo lo que yo significaba, a donde yo quería llegar, todo con lo que yo soñaba. Con mi equilibrio personal, emocional, sentimental, familiar, afectivo, sexual. Era todo, mis sueños, mis ilusiones, mi esperanza, mis ganas de vivir. Todo eso fue tergiversado, cambiado, estropeado, desequilibrado. Para describirlo así, porque es difícil explicarlo.

Investigadora: ¿Qué sería para ti identidad?

Hestia: Cuando tú te sientes responsable de ti mismo y eres capaz de manejar todos los hilos. Esta es tu identidad. Tú ríes, tú lloras, tú cantas, tú hablas, no sé. Cuando eso se te corta, es que te lo cortas tú mismo, no te sale cantar, no te sale hablar con nadie. Esa es tu identidad que tú pierdes. (...) Yo he llevado siempre el timón de todo, de todo. Siempre. (...)

Hestia: Mi identidad se resiente a tener miedo. Yo ya había perdido mi identidad porque yo no era libre como hasta entonces.

Investigadora: ¿La identidad de ahora la asocias a miedo?

Paciente: A miedos. Yo tenía muchos miedos y la prueba es que yo estuve cuatro o cinco meses en mi casa, no me acuerdo. En total, yo he estado dos años.

Para expresar esa ruptura mencionaron los sentimientos que tuvieron tras la agresión sexual. Ellas describieron principalmente cuatro emociones que eran nuevas para ellas: rabia, miedo, desconfianza y soledad. Las emociones referidas remiten de nuevo al estigma, el cual, en la versión más ampliada de «experiencia moral», tiene en el aspecto sociosomático una de sus principales características. Las normas y las emociones a las que se refiere dicho aspecto se encuentran vinculadas a través de formas morales-

somáticas y morales-emocionales. Ellas expresan el daño moral manifestado a través de una sensación intensa de cansancio físico (el estado corporal) y en las emociones (las recién referidas).

La pérdida de confianza ha supuesto una diferencia moderadamente significativa en la percepción de las mujeres. Aquellas que han sido agredidas por un agresor conocido sintieron que la confianza que habían puesto en esa persona quedaba destruida. En cambio, cuando el agresor era desconocido la pérdida de confianza recaía en todos los hombres en general. A pesar de la diferencia cualitativa descrita, todas ellas describieron como la confianza en el ser humano quedaba alterada y concluyeron que el mundo es un lugar inseguro. Además, mencionaron otras emociones como el sentimiento de vacío, la impotencia, la humillación, la ira, la culpa y la venganza. El significado que le dieron a la venganza fue el de hacer justicia, es decir, que se reconociera el delito y que el agresor tuviera que compensar el daño.

Es interesante detenerse en las diferencias que mostraron las profesionales respecto al contenido de sus reflexiones. La psicóloga destacó la diferencia entre identidad femenina e identidad personal. Definió identidad femenina como “aquello” que le hace sentir mujer y lo que significa ser mujer para una misma, lo cual lo vincula con el área de la sexualidad. La identidad personal la asoció estrictamente a lo que ella se considera que es. En cambio, la trabajadora social equiparó la agresión sexual a cualquier otro evento de la vida que hace que una persona cambie, recurriendo para ello al concepto de normalidad. Ser más desconfiada tras la agresión sexual y aprender a saber en quién poder confiar en el futuro fue uno de los cambios que ella percibía en las mujeres:

Psicòloga: Identitat? Depèn. De la teva identitat femenina, en aquest cas.

Investigadora: Què és identitat femenina?

Psicòloga: Puesss, el, el, el sentir-te dona d'alguna forma. I el que significa ser dona per tu [mateixa].

(...)

Investigadora: I què et diuen les senyores?

Psicòloga: Surt però no se si amb aquestes paraules. Però el que surt, d'alguna manera...hum...com si la seva sexualitat ha estat envaïda, afectada.

Investigadora: Que la identitat de dona passa per la sexualitat?

Psicòloga: Exacte.

(...)

Investigadora: Entenc...si et pregunto què seria per tu la identitat? De persona, de dona, como vulguis...

Psicòloga: El que em considero jo. Seria això.

Treballadora social: Home clar...ja no és tant “no sóc el que era”, el que et diuen és la por que tenen de no tornar a ser la persona que jo era. *Ya no volverán a ser las que eran. Nunca. Ya no solo por esto. Si te toca la lotería, tampoco volverás a ser la misma, ni para bien ni para mal. Els fets de la vida fan que siguis d’una altra manera. Y esto, por desgracia, hará que tú nunca seas la misma que eras. “Es que soy muy desconfiada”. Normal. Lo único que tendrás que hacer es aprender en quién puedes confiar y en quién no.*

La psicòloga no fue la única que tenía presente esta distinción. Afrodita y Temis hicieron referencia a su identidad de mujer. La diferencia entre ellas es que Afrodita no desvinculó la identidad de mujer de la identidad de persona y Temis sí lo hizo. Para Afrodita, su identidad estaba en relación a su forma de ser y de actuar y a ser mujer, siendo la feminitat o su sensualitat su parte més essencial. De ahí que sienta su identidad rota. Lo expresó como la pérdida de libertad para relacionarse consigo misma y separarse de las relaciones masculinas, lo cual implicó para ella no poder vivir su sensualidad ni la sexualidad de una forma libre por miedo. A todo ello se refirió con el término “secuelas de la agresión”:

Afrodita: Me ha supuesto mucho. Primero me ha destrozado mi vida, no solo por la agresión, sino todo. Tuve que romper con mi vida, cambiarla literalmente. He estado viviendo en, en las tinieblas de..., en las profundidades. He tenido que superar miedos, mucho trauma y yo aceptarme el, bueno, que la agresión sexual fue el precio que yo tuve que pagar para poder vivir. Pero ahora que ese trauma ya lo he superado, ahora es yo, mi persona. Me han roto mi feminitat. A veces no me siento con esa libertad que tenía antes. Racionalmente entiendo que yo no he hecho nada malo y mi cuerpo, la parte más profunda, no lo interpreta así. Es un trauma, y como tal no se ha interiorizado bien. Entonces, es algo traumático. Que se te acerque una persona extraña que a lo mejor no viene a hacer nada, pues a mí me repele. Te hace romper o separarte de las relaciones masculinas. (...) Es que rompe la esencia de la mujer, a la mujer. Somos sensuales. Te rompe..., a todo el mundo le gusta la seducción, ser sensual, le gusta vestir o agradar a la otra persona. Llega un momento..., en mi caso, es que no me quiero vestir bien porque no quiero llamar la atención. (...) Yo perdí el rumbo. Perdí mi vida, perdí mi identidad y no sabía ni quién era y actuaba de una manera que yo no era, o sea, que yo tenía mucho miedo.

Para referirse al resultado de la ruptura interior de su persona y, tras un proceso de aceptación de este, utilizó el término “mi nuevo yo”, lo cual implicaba una nueva forma de relacionarse consigo misma, con los hombres y en su vida en general. Así, la nueva identidad, su nuevo yo, pasa por ocultar su verdadera esencia, por ocultar su sensualidad por miedo a ser agredida otra vez:

Afrodita: (...) Era muy sensual, pero no sensual de que... sexual, sino sensual y después de la agresión te rompe tu identidad, o sea, ya no sabes ni quién eres y tu cuerpo entiende que, si eres mujer y eres sensual, estás provocando para que abusen de ti. Que racionalmente no lo pienso, pero tu cuerpo lo identifica como "si no me pongo sensual, no

provoco. Si no provoco, no llamo la atención. Y si no llamo la atención, nadie ni dice nada ni me hace nada". (...)Y cuando me pasó eso, yo no era capaz de coger un metro sola, de llegar por la noche y de abrir la puerta de mi casa sola, y siempre dependía de una tercera persona. Entonces tu identidad se pierde porque ya no eres la misma persona que antes. Yo ahora hay cosas que no hago y antes hacía porque no puedo, porque me da miedo, porque no, no me fío.

En cambio, Temis refirió que conoció su identidad de mujer a partir de la agresión, lo cual significa tener más precauciones y ser más consciente de ser-mujer. La identidad de persona la relacionó con mantener una relación de ayuda interpersonal, sin entrar en más detalle:

Investigadora: ¿Ha afectado tu identidad?

Temis: Sí, pero para bien en cuanto a la identidad femenina. O sea, a ser más consciente de eso. Y... ya está.

Investigadora: ¿Y tu identidad de persona? ¿Lo podrías diferenciar? Porque antes has hecho mención a persona y a mujer.

Temis: Sí, porque yo era consciente de que era una persona, un ser humano y me daba igual que sea hombre o mujer, sí que sé que soy mujer, pero no hacía diferencia. Entonces ahí, a partir de ahí, sí que dices soy mujer. Porque tenemos, se nos trata de una forma distinta en algunos ámbitos, que ya lo sabía, pero que lo ves más visceral. Y como persona, bueno a nivel racional, ¿no?, de decir que tenemos que ayudarnos los unos a los otros, de poner medios.

En suma, en los discursos de las pacientes y de las profesionales se observan varios elementos comunes respecto a la consideración de la agresión sexual. Ellas establecen tres significados correlacionados. El primero, la consideración de la agresión sexual como una expresión de la violencia de género en la que se ejerce una dominación del hombre sobre la mujer a través de la sexualidad. El segundo, la circunscripción de la agresión sexual a la moralidad del comportamiento humano por el uso sexual que se le da al cuerpo de la mujer, que es considerado como objeto de deseo sexual. La provocación, la culpa y la vergüenza son elementos de moralidad culturalmente relevantes en este contexto etnográfico y tienen un efecto silenciador en la víctima para protegerse del estigma que recae sobre ellas, los cuales proceden de un pensamiento colectivo sobre la función social de la mujer en una sociedad patriarcal. A través de este mecanismo simbólico se asigna la responsabilidad del acto a la víctima. El tercero, la implicación de la identidad personal de las mujeres por generar un cambio en la percepción de sí mismas respecto a su forma de ser como consecuencia de la agresión.

A pesar de estas similitudes, se observan dos grandes diferencias cualitativas. La primera es que las pacientes hablan en primera persona como parte de su experiencia vital; las profesionales lo hacen en tercera persona y sus palabras son producto de la reflexión de los relatos de sus pacientes y de sus propios conocimientos teóricos. A

partir de ahí, ha supuesto una diferencia significativa el contenido específico de sus narraciones. Las pacientes centraron la atención en sus sentimientos y en el sufrimiento respecto a ser agredidas sexualmente; en cambio, las profesionales profundizaron en la argumentación conceptual sobre la violencia sexual, suponiendo una diferencia discretamente significativa que la psicóloga se centrara en el efecto de la agresión en el colectivo femenino.

En segundo lugar, las mujeres ofrecen un discurso más extenso y profundo respecto a los elementos de moralidad. La provocación aparece como primer elemento moral por el que la mujer se atribuye la responsabilidad del acto agresivo a través de la culpa. En un segundo tiempo, aunque inmediato, aparecen la suciedad y la vergüenza. Para las mujeres, la agresión sexual equivale a suciedad por el acto en sí mismo y por la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual. También equivale a vergüenza y culpa como valor moral que esta sociedad transmite a través de la educación. La culpa aparece como un elemento cultural que se muestra bajo dos aspectos. Por una parte, las pacientes distinguen entre “sentirse culpables” y “ser culpables”. A nivel racional, saben que el agresor es el único culpable de la agresión ya que la responsabilidad del acto realizado recae sobre ellos en tanto que obraron sin su consentimiento. Pero, por otra parte, las mujeres se atribuyen la responsabilidad moral de la agresión sexual ocurrida al sentirse culpables. En definitiva, las mujeres perciben la culpa bajo una doble dimensión: la culpa del acto recae en ellos, y la culpa moral recae en ellas. Por otra parte, la efectividad de la culpa en el contexto de la sociedad patriarcal implica mantener la sumisión que permite la perpetuación de dicho sistema, por lo que la culpa, y con ella el estigma, el silencio y el miedo, aparece como un sistema de control social.

En tercer lugar, y respecto a la implicación de la identidad personal, las mujeres se muestran más reflexivas y analíticas que las profesionales en esta área, definiéndola como su forma de ser y actuar y por la libertad con la que se relacionan consigo mismas y con los demás. Paralelamente, ha sido poco frecuente, pero sí significativo, que algunas entrevistadas disciernan entre identidad personal y de mujer, vinculando la segunda a su feminidad. Por otra parte, no hemos observado diferencias significativas en sus discursos respecto a las emociones y sentimientos tras la agresión en función de haber tenido un agresor conocido o desconocido. Todas ellas mencionaron la pérdida de confianza, la rabia, el dolor, el miedo, la culpa, percibieron cambios en su identidad,

lucharon por retomar sus vidas y sus identidades. Sin embargo, ha supuesto una diferencia cualitativa en el significado que le dan a la desconfianza teniendo en cuenta que el agresor sea conocido o desconocido. En el primer caso, la desconfianza se centraliza en el agresor en concreto; en el segundo, en los hombres.

El hecho de que los discursos de las pacientes y las profesionales compartan elementos comunes sugiere dos aspectos. El primero, que la interacción de los dos subgrupos genera una circulación de pensamientos y creencias que tiende a la unificación de discursos. La intersubjetividad, como una construcción de experiencia compartida (Kleinman, 1988, 1999), permite la comprensión de este punto. Las profesionales incorporan las experiencias de las mujeres en sus interpretaciones y, a su vez, con su intervención como profesionales, generan un cambio en el pensamiento de las pacientes respecto a la atribución de la culpa y la concepción de los agresores como tales y no como enfermos. De este modo, y una vez que se reubica la culpa en el agresor, las pacientes afirmaron que su sufrimiento disminuyó. El segundo, que todas las informantes comparten un contexto social previo a la interacción.

3.2.2.3 Sexualidad y agresión sexual

La sexualidad humana tiene un estatus ontológico ambiguo puesto que no es estrictamente ni biológico ni cultural, sino ambos aspectos (Salazar, 2006). Las investigaciones feministas aportaron en los diferentes estudios que las categorías de sexo, género y sexualidad se construyen socialmente (Moore, 1991; Comes d'Argemir, 1995; Martín, 2006). Rompieron con el determinismo biológico y la identificación entre sexo y género como algo natural, visibilizando por qué la diferencia entre hombres y mujeres se convierte en desigualdad y subordinación. Paralelamente, estas críticas, junto a las de los escritos gays y lésbicos a la sexualidad hegemónica, la heterosexualidad, resultaron bases sólidas sobre las que pensar la sexualidad desde un punto de vista sociocultural (Nieto, 2003).

La mencionada noción es analizada desde disciplinas diversas, entre ellas la historia y la antropología, desde perspectivas que dan mayor o menor peso al aspecto cultural. Aquí nos centraremos en las aportaciones de Foucault y Nieto con la finalidad de poder reflexionar sobre la sexualidad desde diferentes perspectivas ya que genera una

comprensión más amplia sobre esta (Foucault, 1980, 1987; Nieto, 2003). En el primer caso, la sexualidad es asumida como una experiencia históricamente singular, entendiendo por experiencia “la correlación, dentro de la cultura, entre campos del saber, tipos de normatividad y formas de subjetividad” (Foucault, 1987, 7-8). El objetivo es indagar en la relación establecida entre poder, saber y sexualidad, buscando para ello instancias de producción discursiva, de poder y de saber. En el segundo caso, el autor destaca la pluralidad de la sexualidad, las sexualidades, partiendo de una crítica a la aproximación biológica de la sexualidad de la Antropología Cultural ya que, a pesar de que ese posicionamiento considera los aspectos biológicos y culturales de la sexualidad, no lo hace de forma bipolar: la biología y la cultura no tienen el mismo nivel de hegemonía, sino que prevalece la primera sobre la segunda (Nieto, 2003). La principal crítica recae en el esencialismo y universalismo biológico frente al desvanecimiento del relativismo cultural. Ambos autores comparten interés en las subjetividades, el significado que los individuos dan a sus conductas, placeres, sentimientos y sensaciones. Así mismo, comparten entusiasmo por los polimorfismos. Sin embargo, Foucault se centra en «técnicas polimorfas del poder» y Nieto lo hace en la interpretación de los cuerpos como una «pasión polimorfa», siendo tangenciales sus explicaciones.

Foucault criticó la argumentación sobre la concepción de la sexualidad como una cuestión privada y natural. Elabora su teoría de la sexualidad poniendo en duda la hipótesis represiva¹⁰⁵ (prohibiciones, rechazos, censura y denegaciones) y, posteriormente, sosteniendo que la sexualidad se construye según los intereses políticos de la clase dominante en una sociedad particular, la burguesa, en los que un mecanismo de poder se halla inmerso (Foucault, 1980). No se trata de un poder institucional ni estructural, al que llama jurídico-discursivo, sino de un poder como un modelo estratégico¹⁰⁶ cuyo conjunto constituye el «dispositivo de sexualidad». La comprensión del sexo no es la del sexo-naturaleza (biología), sino la del sexo-historia o sexo-

¹⁰⁵ Foucault (1980) sostiene que la hipótesis represiva ha explicado desde la época clásica la relación poder-saber-sexualidad y se basaba principalmente en una triple prohibición: a) la que encierra la sexualidad en la familia conyugal en relación a la función reproductora. La pareja legítima y procreadora se convierte en ley; b) las sexualidades ilegítimas son desviadas a lugares de tolerancia (el burdel y el manicomio); c) la prohibición, la inexistencia y el mutismo que promulgaba el puritanismo moderno (Foucault, 1980: 10-11).

¹⁰⁶ El poder como modelo estratégico complejo en una sociedad determinada se sostiene en cuatro grandes conjuntos estratégicos que son la histerización del cuerpo de la mujer (en el que se pone su cuerpo en comunión orgánica con el cuerpo social), la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la psiquiatrización del placer perverso, el cual determina la normalización o patologización de las conductas (Foucault, 1980: 126).

significación y, por tanto, es entendido como el sexo-discurso. Es a raíz del interés por producir la verdad sobre el sexo¹⁰⁷ y sus placeres por lo que aparece “algo como la sexualidad” (Foucault, 1980:86). La sociedad burguesa perseguía un objetivo concreto, tenía una incitación política, económica y técnica para hablar de sexo¹⁰⁸, lo cual se hacía de una forma racional y no únicamente moral¹⁰⁹. Foucault dilucida la relación del saber con el poder en el dispositivo de sexualidad, el cual está determinado por las prácticas sociales y el poder que las atraviesa, a través de formaciones discursivas y no discursivas. La sexualidad aparece como un lugar para las relaciones de poder entre hombres y mujeres, jóvenes y viejos, padres y progenitura, educadores y alumnos, padres y laicos, gobierno y población. Finalmente, lo pertinente en el dispositivo de la sexualidad, que se erigió alrededor del dispositivo de alianza, además de funcionar con técnicas polimorfos de poder, son las sensaciones del cuerpo, la calidad de los placeres y está vinculado a la economía a través del cuerpo-cuerpo que produce y que consume. Las finalidades de ambos dispositivos están bien definidas: el de alianza está orientado a una homeostasis del cuerpo social, está vinculado a la economía por su papel en la circulación de riqueza y asegura su “reproducción”, y, en cambio, el dispositivo de sexualidad tiene como razón de ser el hecho de “proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global” (Foucault: 1980: 130). Es en el dispositivo de la sexualidad donde tiene lugar la articulación de un poder que administra la vida, el «bio-poder», en la conjunción de la disciplina del cuerpo (como máquina) y las regulaciones de la población (el cuerpo-especie). Así, la sexualidad está constituida para Foucault por tres ejes: la formación de saberes que se refieren a ella, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas por las que los individuos se reconocen como sujetos de esa sexualidad.

¹⁰⁷Foucault distingue dos grandes procedimientos para producir la verdad del sexo a nivel histórico: 1) las sociedades que se dotaron de una *ars erotica* – China, Japón India, Roma, sociedades árabes musulmanas–, en que la verdad es extraída del placer mismo, tomado como práctica y recogido como experiencia. No es tomado en relación a una ley absoluta de lo permitido y lo prohibido ni con criterio de utilidad; 2) nuestra civilización, las sociedades occidentales y desde la Edad Media, que practica una *scientia sexualis* que ha desarrollado el procedimiento de la confesión para decir la verdad del sexo, y que es opuesta al arte erótico (Foucault, 1980: 72).

¹⁰⁸ El surgimiento de la “población” como problema económico y político en el siglo XVIII sería un ejemplo. Se trataba del analizar la tasa de natalidad, la edad de matrimonio, los nacimientos legítimos e ilegítimos, la precocidad y frecuencia de las relaciones sexuales, la manera de tornarlas fecundas o estériles, entre otros aspectos (Foucault, 1980: 35). La base de todo ello radica en el sexo, así que debía ser abordado.

¹⁰⁹ Hasta finales del siglo XVIII había tres grandes códigos que regían las prácticas sexuales que definían lo lícito y lo ilícito, centrándose en las relaciones matrimoniales: el derecho canónico, la pastoral cristiana y la ley civil (Foucault, 1980: 49).

Apartada del discurso foucaultiniano, la perspectiva construccionista cultural da a la sexualidad un sentido de interpretación socioantropológica, centrando su atención en el aspecto cultural de la sexualidad y la “comprensión particularizada de esta” (Nieto, 2003:17). Esta perspectiva se aleja del modelo biomédico de la sexualidad, como ya ha mostrado Foucault, pero, en esta orientación, la sexualidad es entendida como parte del quehacer polivalente humano. La reproducción deja de ser el único destino de la sexualidad, por lo que esta no es equiparable a la reproducción, y, por extensión, los actos sexuales tampoco tienen significación universal, sino que pasan por el tamiz cultural¹¹⁰. La principal reflexión recae en que la sexualidad es ideada socialmente y son las culturas las que dan forma y contenido a las conductas, a las experiencias y a los actos sexuales en sociedad. La comprensión cultural de la sexualidad implica expandir su concepto y comprensión, ya que, al desprenderse del aspecto biológico, el concepto cultural de normal conduce a una comprensión plural de la sexualidad, y, por tanto, de las sexualidades. Se pasa de la perversidad sexual a la diversidad sexual. “De la hipocresía de la doble moral al reconocimiento de lo plural” (Nieto, 2003:34). Paralelamente, la comprensión diversificada y pluralizada de la sexualidad permite no solo destacar las conductas y las prácticas, sino que también las corporaliza, “las da cuerpo” (Nieto, 2003:35). El «hecho genital» entendido como la configuración central y exclusiva de la sexualidad impedía la comprensión de otros nichos eróticos del cuerpo y, entendido como mediador de la reproducción, limitaba la pluralidad de la expresión sexual de los cuerpos. Al expandir la sexualidad e incluir los cuerpos, estos son interpretados como una pasión polimorfa porque se añaden los sentimientos, las fantasías y las sensaciones a esa mayor dimensión erótica y a esa consideración de la totalidad física del cuerpo. De esta manera, al contemplar el protagonismo de los cuerpos, se considera el de los individuos como actores sociales, y, con ello, el significado que estos le dan a sus acciones, “a su quehacer sociosexual” (Nieto, 2003:35). No se trata tan solo de la lectura interpretativa que el individuo le otorgue a los significados culturales de la sexualidad, sino también de la lectura que los individuos hagan de sus actos.

¹¹⁰Nieto pone el ejemplo de los diferentes significados culturales que se dan a la *fellatio*. Para ello, se basa en Gilbert Herdt y su etnografía sobre el comportamiento homosexual ritualizado en Papúa Nueva Guinea. En la sociedad sambia el semen que un adolescente sambia traga por medio de la *fellatio* le sirve para crecer, masculinizarse y hacerse adulto. “Nada que ver con la concepción de la *fellatio* en las sociedades occidentales” (Nieto, 2003:34).

El deseo sexual es contemplado desde tres grandes itinerarios según este nuevo paradigma, siendo la discontinuidad o deconstrucción de las contribuciones antropológicas sexuales que les precedieron un factor común entre ellos. El primer itinerario, «la cultura como transformación de la biología», consiste en una inversión del modelo de influjo cultural, es decir, implica que la cultura explica la sexualidad y sus actos. El deseo en acción es cultural y plural. El fijismo biológico de los deseos se transforma por medio de los actores sociales, quienes “convierten los deseos sexuales de la naturaleza en actos sexuales de la cultura” (Nieto, 2003:36). En el segundo itinerario, «la cultura como entidad interpretativa predominante», el deseo sexual no viene dado en términos de fijación. No es fijo ni consustancial al sujeto y hay pluralidad de deseos sexuales¹¹¹. El tercer itinerario, «la cultura como determinante explicativo de la sexualidad», representa la posición más radical en la cual se sostiene la negación del deseo sexual biológico, otorgando la expresión del deseo sexual al cuerpo cultural, esto es, las historias culturales de las sociedades y la intención individual.

Una vez presentada la noción de sexualidad, mostraremos qué significaba para las mujeres entrevistadas y los cambios de percepción producidos tras la agresión sexual sufrida. El tema de la sexualidad no surgió de forma espontánea en las entrevistas, sino como resultado de las preguntas formuladas explícitamente para ello. Las respuestas se orientaron en una dirección bastante homogénea, donde los silencios y la brevedad explicativa formaron parte de la práctica no discursiva de la sexualidad (Foucault, 1980). Ellas vincularon la idea de sexualidad principalmente al respeto y al placer, distinguiendo, por tanto, dos áreas: la relacional entre dos personas y la sensación corporal placentera del acto sexual. Esta definición, que omite los aspectos biológicos, se apoya en dos nociones que son construidas socialmente. Para ellas, el sentimiento del respeto hacía referencia a tener en cuenta la otredad y adquiriría el carácter de norma de interacción en la vida ordinaria; el placer sexual era una sensación, un objetivo que se pretendía conseguir. En última instancia, dicha definición pone en evidencia el aspecto cultural de la sexualidad ya que está basada en nociones cuyo significado se ha ideado socialmente y en la que cada individuo establece una interpretación de su propia práctica (Nieto, 2003). Las mujeres se centraron en reflexionar sobre sus conductas y sus prácticas sexuales, sin verbalizarlas en detalle, así como en las sensaciones que buscaban y generaban. De esta manera, entendían la

¹¹¹ La forma en que las personas intersexuales transforman sus deseos “viene delimitada por la flexibilidad del modelo cultural de la sociedad que habiten” (Nieto, 2003:36).

sexualidad en términos de «la economía del cuerpo-cuerpo» que produce y que consume, haciendo referencia a uno de los pilares del dispositivo de la sexualidad foucaultinianos. La mención del aspecto reproductivo brilló por su ausencia, de modo que su comprensión de la sexualidad no estaba vinculada ni al mantenimiento del cuerpo social ni a un objetivo por sí mismo. En todo caso, el aspecto biológico de la sexualidad fue interpretado como un medio para las mujeres que decidieron concebir hijos. La finalidad del acto sexual recaía en el placer y este era entendido en el contexto interaccional a través del respeto mutuo con sus parejas sexuales.

Todas ellas refirieron un antes y un después de la agresión sexual. Destacaron que su sexualidad quedó afectada, sin libertad de acción, debido al miedo que sentían y por el hecho de que el acto sexual les traía recuerdos vívidos de la agresión sexual, bloqueando su deseo. La reflexión sobre el deseo sexual no estaba orientada a su dimensión conceptual, sino que se basaba en sus actos y sentimientos. Dicha noción, que no había sido mencionada en la definición de sexualidad, aparece relacionada a través de la negación de esa área de sus quehaceres humanos. Así, tras la agresión, las mujeres centran la atención en el deseo sexual o en el inicio de la búsqueda del placer. Por extensión, la sexualidad antes estaba vinculada al respeto y al placer; después de la agresión, al deseo sexual (o su ausencia). Así, las mujeres destacaron la dimensión cultural del deseo sexual y no la dimensión biológica, donde el significado atribuido a la agresión sexual resultó un factor interferidor del deseo. De esta manera, la sexualidad adquirió para ellas un nuevo significado que quedaba condicionado por el miedo. En este sentido, resultó muy significativa la relación que establecieron entre la identidad personal y la sexualidad. Nueve de las mujeres entrevistadas consideraron que la sexualidad era un área a través de la cual construían su identidad, se conocían a sí mismas y en la que se expresaban en función de cómo se sentían. En cambio, una de ellas, Némesis, sostuvo que la sexualidad no tenía relación con la forma en la que se percibía a sí misma. Ella asumía la sexualidad como una parte más de su vida, pero no le servía para identificarse, puesto que la definió como algo cambiante: estableció un *continuum* entre la homosexualidad y heterosexualidad. Entendía la sexualidad como una atracción hacia otra persona, poniendo en un segundo plano el sexo biológico de esa persona. Así, la pluralidad de sexualidades era para ella la expresión de su sexualidad:

Némesis: És que la sexualitat pot ser molt canviant també. No crec que tothom sigui 100% heterosexual o 100% homosexual. Potser que a la teva vida coneguis una persona i t'agradi

i diguis, ostres, és una dona. No sé que dir-te. No crec que tingui a veure amb com et percebis tu.

Las pacientes refirieron una percepción de la sexualidad previa a la agresión vinculada a la calidad de los placeres. La mayoría la categorizaron como positiva, pero no todas ellas lo hicieron. Dos de las mujeres, Hestia y Temis, consideraron el acto sexual como “placentero”, pero paralelamente mostraron un cierto desagrado, vinculándolo respectivamente a ser “algo que no gusta” y a la noción de suciedad. En el primer caso, Hestia expuso que, aunque consideraba que había mantenido relaciones sexuales consentidas con su marido durante toda la vida, no era un área que “la llenara ni le gustara”, tuvo un “sexo no bueno”. Así, puso de relieve una idea de poca calidad del placer. Temis, por su parte, afirmó que la limitaba el miedo a contraer enfermedades y que, tras el acto sexual, la envolvía una sensación de suciedad, a pesar de que lo había disfrutado mientras tenía lugar. El aspecto cultural de la sexualidad toma de nuevo cuerpo en las palabras de Temis y lo hace a través del significado atribuido a la práctica sexual (suciedad), de la noción de construcción social de la enfermedad y de la creencia en el miedo a enfermar. Paralelamente, destacó que la sexualidad estaba contenida en los discursos que mantenía con su círculo social, evocando que la sexualidad no incluye exclusivamente las prácticas sexuales, sino los discursos sobre el sexo (Foucault, 1980). Se expresaron así:

Temis: Sexualidad es vida, sexualidad es cuestión emocional, cómo se utiliza eso a nivel social también y, bueno..., así, a un nivel muy personal pues es como dos cosas.
(...)

Temis: El placer es maravilloso y creo que nos mueve, la vida, el mundo, nos mueve a través de eso, el placer o lo que sea. Pero el acto en sí, el acto sexual, siempre digo que está excesivamente valorado. Creo que no tiene tanta importancia, no es para tanto. (...) Pero es perfecto y la teoría es maravillosa y sí que creo que mi discurso va por ahí siempre y mi actitud en algunos casos también, pero, o sea, hay un punto que me limita muchísimo, que es el miedo a las enfermedades. Entonces ahí, todo lo que haga o deje de hacer está relacionado con eso. (...) Y luego hay algo que no es solamente una cuestión sexual, hay algo que sí, que quiero ser feliz pero *cuidao*, que no ser demasiado feliz. Como limitando esa libertad de sentirme bien y más relacionado con la sexualidad, que tienes como sin querer, porque no sé cómo, pero, si hurgo mucho, esa sensación como de suciedad, de no sé, yyy que no lo es, pero a veces no sé si es algo cultural (...).

Investigadora: La sexualidad, el sexo, ¿tiene ver en cómo te ves como persona, como mujer?

Hestia: Yo creo que sí. Yo creo que la sexualidad es importante para compartirla con la persona con la que tú decides hacerlo. Después la calidad cambia mucho, ¿no? No es que yo haya tenido muchas relaciones, porque yo nunca he tenido más relaciones que la de mi marido, pero que ahora que se habla tanto de sexo y todo esto. Yo he tenido un sexo no bueno, no placentero. No me apetecía, no me gustaba (...), no me llenaba.

Después de la agresión sexual, Temis destacó la desconfianza y el rechazo que sentía hacia la cuestión sexual. Hestia decidió no volver a tener relaciones sexuales (“estoy mejor sin”).

La percepción del resto de las pacientes respecto a la sexualidad fue positiva, agradable y buscada a lo largo de sus vidas. Tras la agresión sexual, detectaron unos cambios en función de la presencia o no de deseo sexual. Un primer grupo de mujeres expresó que seguían interesadas en las relaciones íntimas, pero sin conseguir llevarlas a cabo, y otro grupo de mujeres dijo que practicaban sexo en menor grado de frecuencia y con mayor dificultad para mantener la relación sexual. Respecto al primer subgrupo, la falta de deseo sexual fue el elemento común en el discurso de las tres mujeres lo que refirieron. Resultó significativo que dos de ellas consideraran la práctica sexual como inabordable en un futuro mientras que la tercera la contemplaba como un área que tenía que recuperar cuando estuviera en condiciones para ello. Las dos primeras, Afrodita y Hebes, expresaron que sentirse humilladas tras ser invadida la parte más íntima de su cuerpo resultó una limitación muy importante en su sexualidad. Hicieron referencia a los bloqueos y al miedo como factores que imposibilitaban un acercamiento de carácter sexual, así como a la confianza y al respeto que precisaban sentir como elementos imprescindibles para iniciar una actividad sexual. Afrodita destacó, además, la humillación que representó que el agresor encontrara placer a través de su cuerpo en contra de su voluntad:

Hebes: Bé, *bueno*, tenia les meves coses, les meves pors. *Buenopors..vergonya* vull dir. Però fins l'agressió he fet el que m'ha donat la gana, quan m'ha donat la gana i amb qui m'ha donat la gana.

(...)

Investigadora: I després agressió?

Hebes: A zero. Ara farà vuit o nou mesos, no recordo. [*Ho compta*]. Nou mesos, no he tingut cap contacte, només amb un noi una vegada, que em va donar un petó, perquè era un noi que m'inspirava molta confiança i vaig dir: "*nunca más porque no puedo*" y em va donar un petó i va ser com: ¡*quita!* suposo que si tens parella, és diferent. (...) I no és normal i t'anul·lan perquè penses: no és com tornar quan no havies tingut sexe, no, no, no, és tenir por de què et podran fer, si et faran mal. És tot el global.

Investigadora: Creus que la sexualitat té que veure amb com et perceps, la identitat, el que dèiem abans?

Hebes: Sí, perquè et sents completament anul·lada, o sigui, si abans tenies algun desig, ara no et ve gens de gust, ni que em toquin. Si ja no em ve de gust que em toquin, doncs imagina!

Afrodita: Disfrutar tu sexualidad es eso, disfrutar de tu cuerpo y de tu placer. Y te han humillado con eso, te han obligado a tener, no placer, porque tú no tienes placer, pero que una persona obtenga placer sin tu querer.

Investigadora: ¿Qué valor le dabas, le das, a la sexualidad?

Afrodita: A ver, para mí era algo bueno, positivo y que disfrutabas. Por qué no vas a disfrutar con tu sexualidad. La disfruto con los límites que yo quiero. (...) Después de la agresión, la sexualidad ya no es la misma. YA no estás abierta a todo, ya nooo, tú tienes tus bloqueos, ya como que no acabas de disfrutar contigo, de la misma manera que antes. (...) Pero yo creo que te ha afectado tanto tu sexualidad porque ha sido invadida. Invasión, machacada y, y, y, no sé cómo decirlo, destrozada, humillada.

Isis, a su vez, entendió la sexualidad como una parte importante, pero no esencial, algo de lo que se podía prescindir, lo cual no se oponía a recuperarla cuando fuera el momento. Por otro lado, distinguió entre ser sensual y sexual, aunque no definió dichos términos:

Investigadora: ¿Crees que la sexualidad tiene que ver con cómo te percibes como mujer, como persona?

Paciente: Sí, claro. Es una parte que yo creo que es una parte vital, no sé si es esencial, es vital claro, no sé si es esencial porque yo también sé que puedo pasar. Soy casi... Durante mucho tiempo, antes del matrimonio, he sido más sensual que sexual. (...). Y forma parte de cómo tú eres, cómo te perciben los demás. Y eres atractivo o no lo eres. Pero para mí no ha sido un pilar en mi vida, les he dado mucha más importancia a otros temas, sin dejarlo de lado, porque considero que es una parte importante en la vida de una persona, pero cuando es querido, cuando es buscado y es natural. Ni forzado ni impuesto. (...) Yo ahora nada, aunque hay un par de señores que, en fin, están de buen ver..., y, aunque no me interesa demasiado, sí estaría dispuesta a salir a comer o pasear.

Respecto al segundo subgrupo, las mujeres que habían recuperado parte de su sexualidad, destacaron dos ideas: la importancia que le daban al sexo y la asociación que establecían entre el contacto sexual mantenido tras la agresión y el momento de la agresión. En relación a la primera, la mayoría consideró que para ellas la práctica sexual era importante mientras que una de ellas, Hera, le dio más prioridad a la demostración de sentimientos hacia la otra persona. En relación a la segunda idea, ofrecieron varias respuestas bastante dispares. Minerva optó por romper esa asociación y restableció los canales del placer a través de una relación sexual placentera y consentida con un “amigo de confianza”. Diana expresó que le costaba más mantener relaciones sexuales porque le afectaba sobremanera la forma en que la mirara o la tocara el hombre con quien había decidido tener sexo: si percibía un “exceso” de deseo, le producía rabia. Hera consideró que sería difícil volver a encontrar su sexualidad (sus prácticas previas) porque siempre la iba a asociar con la agresión y con el sentimiento de culpabilidad. Para (re)encontrarla, destacó que precisó el apoyo de su pareja, que respetaba el ritmo que ella precisaba, y de las profesionales, que la hicieron comprender que la culpa de la agresión no fue suya. Por último, Eos expresó que no conocía la vida sin sexo puesto que lo experimentó siendo niña. Para ella, la sexualidad era primordial en una mujer,

pero diferenció el buen sexo, el que es querido y al que le da un papel fundamental dentro de la relación de pareja, del sexo obligado. Así, vinculó sexo a placer cuando es deseado. Dos de ellas lo expresaron así:

Minerva: Jo somiava, tenia malsons del que em vam fer. Tenia por. Però jo no volia que allò sigui el que jo recordi. El dissabte passat jo estava amb el meu amic, estava tranquil·la, parlant de coses...ell m'abraçava...al final ho vam acabar fent, res complicat però ho van fer. Jo sóc molt jove per pensar que el sexe és dolent. Jo volia tenir una bona relació amb qui jo volgués. Ara sé que allò no és tot, és una part, *algo* que va passar. I jo tiro en davant.

Investigadora: ¿Crees que la sexualidad tiene que ver con cómo te percibes a ti misma?

Hera: Sí, sí. Creo que sí. La sexualidad se va explorando, depende de cómo te ves a ti misma. Si te ves hermosa, tu sexualidad se verá como más radiante, más linda, más tierna, más dulce. O también puedes ser más promiscua. Es cómo está uno por dentro. (...) La sexualidad es difícil volverla a encontrar porque siempre lo asocias a esto. Y es muy difícil volver a encaminarla. Con la ayuda de una buena pareja, pero sobre todo, más que la pareja, el equipo profesional que tiene que explicarte y hacerte entender, porque es el chip que tenemos aquí metido de todo lo que hemos vivido, la agresión que hemos vivido la tenemos aquí grabada, que solamente un equipo de profesionales puede hacernos entender que no es tu culpa porque, en el momento que entiendes que no es tu culpa, de ahí podemos partir a poder ser muchas cosas.

En este punto, cabe reflexionar sobre si las afirmaciones expuestas tienen relación con la edad de las mujeres, tener pareja estable o no y con que su agresor fuera conocido o desconocido. Presentando la información por grupos de edad, dos de ellas estaban en la sesentena y expresaron dos opiniones diferentes respecto a la sexualidad. Para una, había sido un aspecto positivo antes de la agresión y para la otra, negativo; tras la agresión, sus respuestas han sido también diferentes: mantenerse a la espera de poder recuperar esa área y cerrar esa parte de su vida, respectivamente. La primera no tenía pareja estable, la segunda, sí. Respecto a las tres mujeres que se encontraban entre la cuarentena y la cincuenta, la sexualidad era un aspecto positivo y, posteriormente a la agresión, permanecieron interesadas en esa área. Solo una de ellas tenía pareja estable. Las dos chicas que estaban alrededor de la treintena mostraron también perspectivas diferentes: para una la sexualidad no era del todo positiva y posteriormente a la agresión prefirió “no saber nada de ello”. Para la otra chica, era positiva, y, aunque tuvo dificultades con la práctica del sexo después de la agresión, esperaba volver a tener relaciones algún día. Ninguna de ellas tenía pareja estable. Por último, las tres chicas que estaban alrededor de la veintena –una de ellas no la ha alcanzado– consideraban la sexualidad como algo positivo. La más joven quiso romper la asociación entre la agresión y el sexo deseado de una forma radical; la segunda no aportó información alguna y la tercera no había conseguido recuperar el área de la sexualidad. Ninguna de

ellas tenía pareja estable. Según lo presentado, no se establece una relación directa entre tener pareja estable y mantener el interés y/o disfrutar de la sexualidad tras la agresión. Por otra parte, no estar interesadas en el sexo o no disfrutar totalmente de este antes de la agresión sí está relacionado con dejar esa área en un segundo plano por un tiempo largo tras la agresión. Así mismo, ver la sexualidad como algo positivo parece estar relacionado con querer mantener esa área, aunque cueste recuperarla totalmente. Paralelamente, no hay diferencias significativas teniendo en cuenta el grupo de edad ni considerando que el agresor fuera conocido o desconocido.

En suma, la dimensión cultural de la sexualidad adquiere en este contexto etnográfico un carácter explicativo en la construcción de dicha noción, así como en la redefinición de la sexualidad tras la agresión sexual. Si bien las mujeres asumieron la sexualidad antes de la agresión a través del placer y respeto entre dos personas, después de esta lo hicieron mediante el deseo sexual (o su ausencia). La mayoría de ellas establecieron una vinculación directa entre la sexualidad y la identidad personal por ser una parte de sus personas por la cual se perciben y se relacionan consigo mismas y con la otredad. Solo una no estableció dicha asociación.

La agresión sexual supuso un punto de inflexión en la sexualidad de las mujeres, una pérdida de libertad en esa área por el miedo y el recuerdo de la agresión. Antes de la agresión, la mayoría de ellas percibían la sexualidad como una esfera positiva en sus vidas mientras que dos de ellas la vivían como algo negativo. Tras la agresión sexual, las mujeres mostraron tres tendencias: dejaron de tener interés en esta área, tenían interés pero se sentían bloqueadas por el miedo o mantenían relaciones sexuales con diferente grado de frecuencia y satisfacción. De esta manera, la comprensión cultural de la sexualidad permite no solo su comprensión conceptual, sino también la visualización de la pluralidad de expresiones de cada individuo. Paralelamente, la interpretación del deseo sexual, desde el paradigma constructivista, proporcionaba la reflexión cultural de este (Nieto, 2003).

Por último, no se han establecido diferencias significativas entre la vivencia de la sexualidad tras la agresión considerando el grupo de edad de las víctimas, si tenían o no una pareja estable y si el agresor era desconocido o conocido. En cambio, ha resultado significativa la relación entre el tipo de la vivencia de la sexualidad antes de la agresión y la posterior: la percepción positiva o negativa previa se mantenía tras la agresión. Otra

cosa era la frecuencia en que mantenían relaciones sexuales y el alcance y calidad del acto sexual.

3.2.2.4 La agresión sexual y el aspecto legal: denuncia y juicio

Contemplar la agresión sexual como un delito ha sido abordado en el segundo capítulo. En este apartado presentamos brevemente¹¹² la vivencia de las mujeres respecto al aspecto legal de la agresión sexual. Para ello, mostramos las implicaciones que ha tenido para ellas el proceso judicial y si el hecho de haber tenido un agresor conocido o desconocido ha supuesto un factor generador de diferencias en los discursos de las mujeres.

La consideración de la agresión sexual como un delito, y, por tanto, como un acto denunciante, recae en la noción de responsabilidad, concretamente en el sentido jurídico de la responsabilidad basada en la dimensión de derechos y deberes. La condición de la responsabilidad es el poder causal del acto cometido, es decir, una conexión causal entre el daño y el actor individual. Este ha de responder de su acto y por tanto, asumir sus consecuencias. El sentido jurídico, que pertenece a la esfera legal (no moral), reside en responder ante la persona dañada y el resto de la sociedad. El daño causado tiene que ser compensado y la compensación recae en la idea de castigo (Jonas, 1995). En este punto, la mujer que toma la decisión de denunciar a su agresor espera ser compensada por el daño recibido.

La mayoría de las mujeres entrevistadas interpusieron una denuncia por la agresión sexual, lo cual no implicó que todas progresaran hasta el juicio. Solo Hestia y Temis decidieron no denunciar, aunque por motivos diferentes. Hestia no lo hizo por la sensación intensa de miedo que la paralizaba en general y por el dolor que sabía que sufriría ella (explicando una y otra vez lo ocurrido) y el que generaría a sus hijos saber que había sido violada. Por otra parte, no denunció por la sensación de culpa y por la vergüenza que sentía por haber sido agredida, motivos por los que no esperaba respuesta del sistema judicial. Paralelamente, destacó la contradicción que tenía entre solucionar su problema pidiendo ayuda en el ámbito sanitario con su decisión de no denunciar,

¹¹² No estaba previsto incluir este apartado en la tesis puesto que no era un objetivo para ella. Sin embargo, la importancia que este aspecto tuvo para las mujeres ha hecho que, a modo de aproximación, sea finalmente reflejado. La relevancia del aspecto legal sería un objetivo por sí mismo para una investigación posterior.

sintiéndose egoísta por no tratar de evitar que otras mujeres fueran agredidas por ese hombre. En cambio, Temis decidió no interponer denuncia por no confiar en el sistema judicial dada una experiencia previa. La razón por la que denunció entonces fue para “hacer justicia”, para reparar el daño que le habían hecho a ella y para evitar que a otras mujeres les pasara lo mismo. Por hacer justicia entendía que se reconociera el hecho, se castigara al culpable y se tomaran medidas desde las instituciones (políticas, educacionales, jurídicas, etc.) para erradicar ese tipo de violencia. En cambio, la falta de pruebas generó que el juicio finalmente no se celebrara. Ella destacó la (in)justicia del sistema judicial puesto que “protege a los violadores por si no fuera cierta la agresión”, por lo que la víctima no es compensada del daño recibido. Paralelamente, se lamentó del trato recibido en comisaría, donde se sintió presionada para que retirara la denuncia. Lo que esperaba del sistema judicial no era protección, sino que se hiciera justicia, haciendo referencia a la noción de responsabilidad en el sentido jurídico (Jonás, 1995). Estas fueron las palabras de ambas mujeres:

Hestia: Yo no tuve pensamiento de decir, yo solo veía el asco. Yo no quería que mis hijos supieran... Bueno, viéndome a mí, pienso que es por vergüenza, por miedos (...), porque yo no denuncié, pero sí que intenté pedir ayuda. Por eso digo, yo sí que soy fuerte, que me he movido por médicos, con hospitales y con todo y yo lo que fui a buscar es ayuda profesional donde tenía que buscarla. En la medicina. (...)Yo estaba en mi mundo y ahí era donde a mí me lo iban a solucionar y creo que no pensaba nada más que cómo afrontarlo, pero en mi persona, creo que no pensaba en los demás. Egoístamente pensé en mí.

Investigadora: ¿Egoístamente?

Hestia: Tenía que solucionarlo. No sé. No pensé en otras mujeres, que ese hombre no pudiera hacer daño a otras mujeres.

Temis: ...supergrave, a nivel judicial es terrible y me siento no solamente que luchas para estar tú bien, sino que estás ahí como luchando contra un monstruo. Luchando contra unos violadores y para que no vuelva a hacerlo la persona en concreto y, luego, además contra otro monstruo gigantesco que es la injusticia. Para mí, eso es lo peor, es lo que peor llevo.

Investigadora: ¿Cuando hablas de injusticia te refieres al tema legal?

Paciente: Sí. El objetivo principal del servicio es "vamos a cerrar los casos" y luego cuando te dicen "es que son penas tan graves, tan grandes, que se les protege mucho" [*tono irónico*] a los agresores, por "si no fuera cierto". Para no cometer un error. Pero es que a ellos se les protegerá mucho y a las víctimas, no es que se nos proteja, es que no se nos hace justicia. Y a mí eso me tiene alucinada y rabiosa. No sé. (...) Ganara o no ganara, que lo que quieres es hacer tu vida tranquila, que hubiera alguna forma que eso se reconociera y que se tomaran cartas en el asunto y que eso no volviera a suceder a otra persona.

De este modo, Hestia se refirió a motivos asociados a los sentimientos para no denunciar (el miedo, la culpa, la vergüenza y evitar sufrimiento a sus familiares) y Temis a la falta de confianza en el sistema judicial. Ambas tuvieron un agresor desconocido.

Respecto a las mujeres que decidieron denunciar, dos habían finalizado el proceso judicial, tres estaban a la espera del día del juicio y las tres restantes no tendrán juicio porque no se pudo detener al agresor. Como elemento común en sus discursos aparecía el hecho de que esperaban que se hiciera justicia por el daño recibido y que esa persona no volviera a cometer daño. Flora lo expresó así:

Flora: Yo quedé con ira. Yo quería encontrarlo. Me atreví a ir. Tenía miedo. Lo vi. Le pedí a mi amiga que hiciera fotos, yo no podía volver. La foto no salió bien. Duermo con luz. Mis amigas lo vieron. Una de ellas lo cogió. (...) Le cogieron y no he vuelto a ir. Era una obsesión. La justicia es lenta, pero espero que se haga justicia. Solo espero que no lo vuelva a hacer.

La rabia, la impotencia y la desesperación aparecen en dos casos: cuando no es detenido el agresor y cuando se pierde el juicio. En relación al primer caso, Némesis expuso que no se detuvo al agresor, a pesar de que ella dio el nombre, el teléfono, la dirección y el horario en el que lo podrían encontrar en su casa, ya que volaba al día siguiente fuera del país. Ella estableció una cadena de hechos relacionados entre la “incompetencia” de la actuación policial, la imposibilidad de procesarlo, la impunidad del agresor, su malestar (que la lleva a visitar el Programa AGRESX-TEPT) y su rabia. El hombre que la agredió era conocido. Ella lo expresó así:

Némesis: Incompetència i la *geta* de dir-ho: "cambio de turno". I quan estava fent la denúncia, el meu advocat deia "feu una denuncia breu, amb les dades imprescindibles i farem una ampliació de denúncia perquè com veu la meva client està vomitant aquí i està feta merda". I el mosso: "bueno, i la meva dona m'està esperant per sopar iestic aquí". Saps? Són aquestes coses que dius hòstia puta! I quan em van dir més tard que no el podíem *detindre* perquè està als Estats Units, jo li vaig dir "Què passa, que els violadors poden marxar així i tan *anchos!*" . I el mosso va contestar: "home, entendràs que no és un terrorista internacional", que per això no el van anar a buscar. Apa, gràcies per la teva ajuda i la teva comprensió i de tot [*diu irònicament*]. Així que el *tio* està al seu país feliç i content i jo venint aquí. L'actuació policial de pena.

Respecto al segundo caso, perder el juicio, Isis expuso claramente su pensar. Para ella, a diferencia de Temis, el trato policial no fue un problema, sino la falta de justicia en la sentencia, que generó en ella el deseo de venganza. Las injurias de su exmarido y agresor (que recurrió a la mentira para descalificarla) y la falta de una defensa adecuada motivaron dicho deseo. La sentencia del juicio fue “presunción de inocencia”, lo cual equivalió para ella a que no la creyeran:

Isis: A mí, en la comisaría me trataron más o menos bien. (...) No tengo pesadillas, pero duermo mal y deseo venganza. [*Habla acaloradamente*]. No hubo justicia. Quiero

venganza. Apelar. Tengo muchas capas hechas, pero me ha salido un hijo menor. Hubo injurias. [Llora] Mi abogada me dijo que no hacía falta que estuviera en el juicio y no me pude defender de las cosas que dijo ese predator. Mancillada y hecha una mierda. Eran todas mujeres y le creyeron. A mí no me creyeron, pensaron que estaba loca. Él dijo que estuve en tratamiento hace años y eso es mentira.

(...)

Isis: Está la Oficina de Atención a la Víctima de Delito [OAVD] que te preparan para el juicio y lo demás. Vamos desnudas y contra las legiones.

Psiquiatra: Esto conecta con el deseo de venganza. Si el juicio es revictimizante, ¿cómo te reparas?

Isis: A mí me daba igual la reparación. Yo quería que se supiera. Yo no soy socialmente perfecta. Voy a decir que es un violador, un agresor, un maltratador, un depredador. Pero pesó más la presunción de inocencia. Como no había testigos... Me hicieron una pericial.

[Llora]

Isis: En mi caso, fue un error detrás de otro. He renacido de las cenizas. Quiero venganza. Él está por ahí haciendo daño. Sabe que es impune.

(...)

Psiquiatra: La justicia tiene un efecto terapéutico, sales mejor, o lo contrario, iatrogénico, que te enferma. Pero no es neutra. Afrodita, para ti fue terapéutico, para Isis, iatrogénico. Que estás bien [mira a Isis], pero al recordar el tema te vuelve a hacer daño.

Isis destacó la indefensión que sintió mediante el uso de una metáfora (“ir a la guerra desnuda contra un ejército especializado y armado”) en oposición a la ayuda recibida por el organismo que menciona (la OAVD). La psiquiatra estableció una relación entre la indefensión y el deseo de venganza. Además, se preocupó por la recuperación emocional de Isis puesto que asumió que una sentencia de esas características era “revictimizante”, es decir, volvía a hacer daño. Así, la psiquiatra reflexionaba sobre el efecto de la justicia en la salud estableciéndolo en términos dicotómicos (terapéutico/iatrogénico), es decir, la justicia ayuda a la recuperación o hace enfermar. Isis también relacionó la indefensión con el deseo de venganza, pero, en cambio, estableció una relación jerárquica entre su reparación y su decisión de dar a conocer su verdad, la cual era su prioridad. Le preocupaba más que él, su exmarido, fuera un violador y que continuara haciendo daño que su propia mejoría. Ella asumía que esta se encontraba en otros canales, como repararse a sí misma, y no en el proceso judicial:

Isis: No sé, pero las dos o tres mujeres que me han buscado a mí después de un tiempo de estar con él, me han dicho que también las ha maltratado. Es un predator absoluto y continúa haciendo daño por ahí.

El deseo de venganza aparece también en las mujeres cuyos agresores no fueron localizados, y por tanto, no fueron procesados:

Hera: Quiero que sufra más que yo.

Minerva: Espero que le pase algo malo.

En cambio, la mujer que ganó el juicio expresó cierta tranquilidad en relación a que se hubiera creído su historia, que el agresor fuera penado y que otras mujeres no pasaran por lo que ella había vivido:

Afrodita: Los mossos me trataron bien, pero fui a una pericial al juzgado y me miraron las tetas. Pensé: “Te gustan mis tetas, ¿pues no me mires!”. Me dijeron que no era para tanto. Me entró rabia. Me sentí cuestionada. Cuando escuché el interrogatorio..., son preguntas revictimizantes: “¿Te has engordado? ¿Te viene bien la regla? Te sientes confundida”. Lo que no me cuestionaron los jueces, lo hicieron en la pericial psiquiátrica... Salí indignada. “Es que exageras todo”, dijeron. Mira que yo tiendo a quitar valor a las cosas. Que les hubieran atado y amordazado a ellos, a ver cómo hubieran reaccionado. En el juicio hablé, hablé mucho. Le han caído muchos años. Yo ahora estoy tranquila, sé que puedo estar tranquila en la calle. Me hizo mucho daño, y sigo mal. No sé si recuperaré mi esencia, pero al menos se ha hecho justicia. Él tiene que pagar por lo que ha hecho, se le quitarán las ganas de volverlo a hacer, pero es que, además, es que también sé que no lo hará a otras mujeres. Ya no es solo yo, es que podrían haber sido más.

Afrodita destacó varias ideas. En primer lugar, estableció una comparativa entre el trato recibido por los agentes y el del personal que le hizo la valoración psiquiátrica pericial, destacando el buen trato recibido por los primeros y el cuestionamiento de los segundos. Señaló cómo repararon en sus pechos de forma inapropiada y catalogó de revictimizantes sus preguntas. Relacionó no sentirse creída con la rabia. Paralelamente, incidió en que no se sintió cuestionada por los jueces cuando sí lo estuvo por los profesionales de la salud (“es que exageras todo”). En segundo lugar, declaró lo que esperaba del sistema judicial: que se hiciera justicia, que el agresor pagara con la cárcel el daño que le fue causado y que no sufrieran más mujeres. Estableciendo una comparativa en los discursos de las dos mujeres que finalizaron el proceso judicial, se observan dos elementos comunes: rabia cuando no las creen (los peritos y la jueza, respectivamente) y el deseo de justicia, que significa que se reconozca la verdad y que esos hombres no hagan más daño. Como elemento divergente aparece el deseo de venganza en la mujer cuyo agresor fue declarado con presunción de inocencia.

Respecto al proceso legal, en el que se incluyen el momento de la denuncia, la investigación policial, las diferentes fases previas al juicio y el propio juicio, las mujeres refirieron que era muy duro tener que explicar una y otra vez los hechos y, a cada momento, volver a vivir la agresión. La percepción que tenían de él se basaba en dos puntos: el trato personal recibido y la efectividad de la justicia. El primero proviene de la relación interpersonal entre los diferentes profesionales que integran el sistema legal y policial y las mujeres; el segundo, de la relación entre las instituciones político-legales y las víctimas de violencia sexual puesto que las leyes y el derecho penal son la

base para tomar la decisión de iniciar o no un proceso judicial y para dictaminar sentencia. Hera, cuyo agresor no fue detenido, destacó el trato recibido por su abogado:

Hera: (...) A mí, mi abogado decía “¿cree o fue abusada?”. Yo le dije “no estaba consciente”. Yo recuerdo que un médico me ponía una medicación y luego no recuerdo nada. Pero yo sé que pasó algo. (...)

Psiquiatra: La pregunta es ¿qué le pasó? Y ahí te explicas, pero que te pregunten “¿cree usted que fue abusada o fue abusada?”. Eso es victimizador.

Hera: Me decía “¿pero soñó? ¿Usó drogas? Pero yo tenía seguridad en mí. Mi abogado decía “¿pero no sería que se masturbó y se hizo daño?”. Me descolocó varios días. Me he visto siempre fuerte. Él no entendía. Para mí fue una frustración.

Atenea, una mujer que se incorporó al grupo en la última sesión grupal aquí observada, expresó dos ideas. La primera, relacionó no poder defenderse de la agresión con el dolor que le produjo no haberlo hecho; la segunda, vinculó perder el juicio con la rabia que sentía y el deseo de que a su agresor le pasara algo malo:

Atenea: Lo que más me duele es no haber hecho nada, no me defendí.

Psiquiatra: La parálisis tiene una función de defensa, para que el otro no se encabrite.

Psicóloga: El cuerpo está preparado para dar respuestas. La mente se va. Y la parálisis es para que el depredador no te vea. En el ser humano, la respuesta de sumisión es defensiva.

Afrodita: Diana y yo salimos porque nos mostramos sumisas. Tú dices que no hiciste nada, pero las cosas no fueron a peor.

Psiquiatra: Les pasa a todas las mujeres. Está en juego el poder sexual. El poderoso quiere degradarte, humillarte. El objetivo no es solo la vagina, es experimentar el poder.

Atenea: En el juicio han declarado presunción de inocencia por falta de pruebas. Espero que le pase algo malo.

Psicóloga: Hay la rabia de la sentencia que es absolutoria. Pone otra herida.

Ella estaba consciente durante la agresión; su agresor era desconocido. No ser creída por lo que ella sabía que había pasado le generaba dolor y rabia. Las profesionales explicaban el hecho de no defenderse en términos de respuesta biológica, la parálisis, a la cual le atribuyen el significado de defensa pasiva mediante la sumisión. Una vez más, la psiquiatra destacaba que ejercer el poder era el último objetivo de la agresión sexual. La cuestión aquí era que la sentencia absolutoria por falta de pruebas generaba rabia y venganza en la mujer, lo cual era interpretado por la psicóloga como una nueva herida.

Un aspecto que surgió en la séptima sesión era la relación entre la fortaleza personal de las mujeres y su credibilidad cuando afirmaban que habían sido víctimas de agresión sexual:

Hera: Mis abogados no me creían porque estaba fuerte cuando puse la denuncia. Lo hago por mí misma. (...) Mis abogados, al perderse mi sangre, me dijeron: “Olvídalo”. Yo pienso denunciar a los médicos, a la seguridad social.

Afrodita: Pero cada persona es diferente. A mí me dijeron: “¿Qué te pasa, por qué no lloras?”. El poli me dijo: “Te veo tan fresca”. Hice tres declaraciones. Fue por la fortaleza. No me derrumbé hasta que estuvo en la cárcel.

(...)

Afrodita: Estuve secuestrada en casa. Tuve múltiples agresiones. Eres fuerte como yo. Sacas fuerzas. El problema es que te ven tan fuerte que...

Hera: ...que no lo pueden asimilar. Te tienen que ver como una piltrafa.

Psicóloga: Hay una tendencia a no creer a las mujeres. Y, si te ven muy mal, te dicen que exageras.

Isis: A mí me veían mal y me dijeron que era por otra cosa. Como si lo que pasó no fuera suficiente motivo. (...)

Según Hera y Afrodita, sus respectivos abogados y el agente de Policía esperaban que ellas se mostraran de otro modo. Hera afirmó que sus abogados no la creían por “estar fuerte”. A Afrodita sí se la creyó, pero, según manifestó, los agentes que la atendieron esperaban que llorara. Para ellas, el tiempo en que estos profesionales suponían que las víctimas de agresión sexual se mostrarían débiles era uno y aquel en el que ellas “se derrumbaron” fue otro, lo cual estaba fuera de la comprensión de esos profesionales (“no lo pueden asimilar”). De este modo, para ellas, el perfil de víctima que los profesionales reconocían no era el de mostrarse fuerte, y mostrarse fuerte lo asociaban a que no resulta creíble el discurso de la mujer que denuncia haber sido agredida sexualmente. Ambas premisas corresponden a un valor cultural que espera de la víctima un comportamiento asociado a mostrarse vulnerable. Paralelamente, la psicóloga introdujo la relación que establecían esos profesionales entre “verlas mal” y que exageraran su malestar. De hecho, Isis explicó que en su caso fue así. Ninguna de las mujeres definió qué significaba “estar fuerte”, pero dieron a entender su significado a través de la descripción de un contrario, “estar como una piltrafa”, que equivalía al “estar mal” que utilizaba la psicóloga.

En suma, las pacientes y las profesionales mostraron aspectos comunes y divergentes en sus discursos respecto al aspecto legal de la agresión sexual. Todas ellas equiparon dicha dimensión al reconocimiento público de que los hechos tuvieron lugar, a la veracidad del relato de las mujeres y a ser la forma institucionalizada de recibir la compensación del daño ejercido. A partir de esta premisa, las divergencias se establecieron en relación a vivir el proceso en primera persona (las pacientes) y al rol desde el que se observa (las profesionales).

La percepción de las mujeres se basó en dos puntos. El primero hizo referencia al trato recibido a nivel personal desde las instituciones legal y policial; el segundo, a la efectividad de dichas instituciones. Respecto al primero, la credibilidad de las mujeres apareció asociada a mostrarse vulnerables cuando relataban lo ocurrido; la no-

credibilidad lo hizo a la verosimilitud del relato y a la presunción de inocencia del agresor. Respecto al segundo, la noción de “hacer justicia”, cuyo significado estaba orientado a que se creyera su relato, a que el agresor pagara por el daño ocasionado y evitar que lo hiciera a otras mujeres, era lo que ellas esperaban del sistema judicial. Ellas no se definían como víctimas, o personas no implicadas en su proceso judicial, sino como agentes con un papel activo que buscaban una compensación del daño moral recibido. Sentimientos como la rabia y la venganza aparecieron como consecuencia de sufrir la agresión y cuando por un motivo u otro consideraban que no se hacía justicia.

La culpabilización de la víctima por no creer sus relatos, y con ello su revictimización, y la protección de las mujeres hacia otras personas aparecieron como valores culturales en el contexto en cuestión. La protección a nivel conceptual apareció bajo dos prismas. El primero, y de forma mayoritaria, las mujeres que denunciaban lo hacían por sí mismas y para tratar de evitar que sufrieran otras mujeres. El segundo, y solo en el caso una mujer, la protección aparecía a través de la decisión de no denunciar para evitar dolor a su familia.

Por otra parte, no hemos encontrado diferencias significativas en los discursos de las mujeres en función de que su agresor fuera conocido o desconocido. En cambio, atendiendo al resultado de la sentencia, sí aparecieron diferencias. Si la sentencia fue a favor de la víctima, esta verbalizó un cierto grado de tranquilidad; si fue a favor del agresor, la rabia y la venganza fueron los sentimientos predominantes. En este sentido, las profesionales centraron sus discursos en la atribución del significado otorgado al efecto que tiene la justicia en las mujeres, que fue en términos de salud: si la sentencia era condenatoria para el agresor, ayuda a la recuperación de salud, y, si no lo era, hace enfermar.

Capítulo 4. La especificidad de la interacción paciente-equipo asistencial

4.1 La construcción de la relación: una realidad en clave de confianza

El encuentro entre las profesionales y las pacientes en el interior de la consulta y en la sala donde tiene lugar el grupo de terapia ofrece un privilegiado escenario, utilizando esta última palabra en términos goffmanianos¹¹³, para observar la forma en que se relacionan ambos grupos. Goffman (1970) sostiene que en los hospitales psiquiátricos hay “uno que manda y otro mandado” (Goffman, 1970: 347). Puesto que las características del trabajo etnográfico permiten conocer la manera en que se llevan a cabo diversas actividades y relaciones humanas en lugares concretos, hemos tenido la oportunidad de analizar los elementos en los que se basa la relación profesional-paciente en el contexto del Programa AGRESX-TEPT. Por otra parte, la información que ambos grupos brindaron a lo largo de las entrevistas en profundidad ha permitido conocer su percepción y conceptualización sobre la relación establecida. Aquí consideramos dicha interacción como la propia de las instituciones sociales modernas, aquellas entidades como los hospitales vinculados directamente al conocimiento técnico-científico y a la actividad asistencial-terapéutica. El término «sistemas expertos», que condensa este tipo de conocimiento, fue definido como los “sistemas de logros técnicos o de experiencia profesional que organizan grandes áreas del entorno material y social en el que vivimos” (Giddens, 1999: 37). Con ello, el autor se refiere a que las personas profanas precisan del conocimiento experto de las profesionales cuando les consultan por una cuestión concreta, y también a que estos sistemas se caracterizan por invadir de forma regular todos los aspectos de la vida cotidiana¹¹⁴. Giddens centró su atención en los aspectos culturales y epistemológicos para el análisis institucional de la modernidad, de

¹¹³ Irving Goffman, aborda el espacio dispuesto para la interacción pública. Se refiere a dicho espacio con el término “región”, que define como “cualquier lugar que está delimitado en cierta medida por medio de barreras impuestas a la percepción” (Goffman, 1959:66). Entiende las regiones con una estructura teatral y las clasifica en dos áreas: “front region”, que corresponde al escenario –y lo define como el lugar donde tienen lugar las representaciones–, y “back region”, o bambalinas –como el lugar en relación a la representación, pero al que el público no tiene acceso–.

¹¹⁴ La consulta periódica o irregular a profesionales de la abogacía, la arquitectura o la medicina representa la forma directa de conocimiento experto al que se refiere Giddens (1999), mientras que la forma indirecta está integrada, por ejemplo, por la utilización de los medios de transporte o vivir en las casas presuponiendo que no habrá fallos técnicos que generen una tragedia.

manera que la interpretación «discontinua» del desarrollo social moderno constituyó su punto de partida. Dicha interpretación, cuya comprensión fue interferida por la influencia del evolucionismo social, supone que las instituciones sociales modernas son únicas y distintas en forma respecto a los tipos de orden tradicional, siendo reconocibles por la celeridad del ritmo del cambio, el ámbito del cambio (la totalidad de la superficie terrestre) y su naturaleza intrínseca.¹¹⁵

La modernidad tardía¹¹⁶, caracterizada por los cambios profundos que se han producido en el mundo social –como el predominio de la tecnología, la circulación de la información, la globalización o la racionalidad del orden burocrático– ha supuesto la separación entre tiempo y espacio (Castells, 1997; Giddens, 1999). Castells (1997) sostiene que en la sociedad actual, a la que denomina «sociedad en red», se produce una sustitución del espacio de los lugares y el tiempo histórico por el «espacio de los flujos» y el «tiempo atemporal», de forma que el espacio organiza al tiempo. Giddens (1999) establece la articulación de la separación del tiempo y el espacio con el desarrollo del mecanismo de «desanclaje» y la apropiación reflexiva de conocimiento, siendo central la segunda noción. Por desanclaje, entiende el «despegar» las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructuralas en indefinidos intervalos espacio-temporales. La implicación directa es que el espacio no es ya el área donde tienen lugar las prácticas sociales¹¹⁷ ni el tiempo la unidad paralela en la que ocurren. La relevancia de dicho término radica en que sus dos mecanismos, por un lado, las señales simbólicas, y, por el otro, los antes mencionados sistemas expertos, descansan sobre la noción de fiabilidad, una forma de «fe» que se confiere a las capacidades abstractas y no a los individuos.

La gran aportación de Giddens (1999) ha sido contemplar el análisis macrosociológico y las prácticas sociales “reales” como una díada inseparable, es decir,

¹¹⁵Giddens señala el sistema político del Estado-nación, la dependencia de la producción a partir de fuentes inanimadas de energía y la completa mercantilización de los productos y del trabajo asalariado como algunas de las formas sociales modernas que no se daban en períodos históricos anteriores.

¹¹⁶ La modernidad, según Giddens (1999), se refiere a los “modos de vida y organización social que surgieron en Europa” a partir del siglo XVII y cuya influencia los ha convertido en “más o menos mundiales” (Giddens, 1999:15).

¹¹⁷ Nótese el cambio de terminología respecto a la referida previamente de Goffman (1959). Giddens (1999) utiliza los términos “agente” y “práctica social” como crítica a las escuelas subjetivistas. La noción “agente”, en lugar de “actor”, destaca la libertad del sujeto frente a la determinante condición que supone la idea de rol de la acción social; la “práctica social” señala hacia la “actividad”, la acción concreta en un lugar y en un tiempo concreto, no al aspecto microsocioal de la “acción social” ni al macrosocioal de la “estructura social”. Entiende que la “estructura” es dinámica, cambiante, y no una reproducción de sí misma.

considerar las relaciones humanas en el contexto de las entidades abstractas que son los sistemas expertos. Selecciona el acertado término de «puntos de acceso» para señalar a las instituciones o, más concretamente, a los espacios donde tienen lugar los encuentros entre las personas profanas y los representantes de los sistemas abstractos, quienes generan un complejo entramado entre las ideas de confianza y riesgo. Siguiendo esta línea de pensamiento, podemos llegar a dos conclusiones. La primera, la intangibilidad del conocimiento experto y el de las instituciones que lo acogen se materializa en personas y lugares físicos. Por otra parte, la fiabilidad atribuida al sistema abstracto, y no a los individuos que lo representan, queda encarnada en la persona experta a ojos de la persona leiga. La segunda conclusión es que la existencia de tal abstracción no tiene sentido sin el proceso de construcción social llevado a cabo por los seres humanos, es decir, los agentes sociales que los han creado.

El sistema hospitalario y su extensión, la Consulta Externa y el Centro de Salud Mental, constituyen uno de los puntos de acceso a los que de una forma u otra la mayoría de las personas acuden buscando salud. La complejidad de este tipo de sistema viene definido por la interacción tanto de los profesionales con los pacientes como la de los diferentes grupos del personal hospitalario entre sí y la red de salud presentada en el capítulo tres. Aquí nos centraremos en la primera forma de interacción.

La idea que las profesionales y las pacientes de nuestro contexto consideraron básica en su interacción recae en la “confianza”. Además, las profesionales seleccionaron el término “vínculo”, lo cual implica la preponderancia de una terminología técnica¹¹⁸, y las pacientes recurrieron a “relación de confianza”, que es un término de uso común. Por otra parte, la mayor extensión de los discursos de las profesionales sugiere un especial interés en el tipo de relación que querían establecer con las pacientes, como así manifestaron. Paralelamente, el hecho de que todas las pacientes hubieran coincidido en la descripción de la relación utilizando el mismo término –“relación de confianza”– plasma, a su vez, que la inclinación de las profesionales por establecer un “vínculo” era percibida por aquellas y, además, de forma

¹¹⁸ El “vínculo” es un término tanto de uso común en el lenguaje coloquial como un concepto utilizado por profesionales de distintas disciplinas de las ciencias naturales, por ejemplo, en el estudio del vínculo materno-filial en seres humanos y la interacción entre veterinarios y sus clientes. Para más información, consultar Brockington, I. F.; Fraser, C.; Wilson, D. (2006): The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. *Archives of Women's Mental Health*. Septiembre 2006, Volume 9, Issue 5, pp 233-242; Shaw, Jane R. *et al.* (2008): Veterinarian-client-patient communication during wellness appointments versus appointments related to a health problem in companion animal practice. *Journal of the American Veterinary Medical Association (JAVMA)*, Vol 233, No. 10, November 15.

positiva. De este modo, la relación entre las profesionales y las pacientes es un proceso de construcción continua e interactiva y, por tanto, precisa de la actuación de ambas partes. La intención aquí es ahondar en la forma en que los dos subgrupos construyen la “confianza”, pero antes sería interesante presentar la forma en que describen la relación establecida entre ellas, puesto que ese es el contexto en que la definen.

Las profesionales establecieron el “vínculo” con cada paciente de forma específica, considerando su contexto personal y sus necesidades. La definición que ofrecieron fue poco homogénea en cuanto a la forma de expresarlo, aunque el contenido fue común y hacía referencia a que la relación fuera cercana y facilitara la mejoría de la paciente. Además, consideraron que era la base de su intervención. La psiquiatra definió vincular como “trabajar para establecer vínculos seguros, confiados y saludables”, siendo esta una vía para ganar salud; la psicóloga, como poner todo de su parte para que la paciente mejorara; y la trabajadora social, como sentirse cómoda en el contexto de la relación terapéutica y que la paciente se sintiera también de este modo.

Las tres profesionales describieron varios elementos constitutivos del vínculo, siendo la confianza y la empatía¹¹⁹ los comunes en sus discursos. Como se verá más adelante, la empatía, o, mejor dicho, la comprensión empática, es un elemento importante de la psicoterapia, una forma de percepción que permite obtener información válida para el psicoanalista (Kohut, 1959; Basch, 1990; Goldberg, 2011). Asimismo, cada profesional señaló otros elementos que resultaron específicos para cada una de ellas. La psiquiatra entendió que el vínculo se creaba estableciendo una relación cercana que facilitara el intercambio, la transmisión de afectos y de sufrimiento, y consideró que la “proximidad” se conseguía mediante dos vías: captar la necesidad de la paciente de recibir algo que sea cálido y que la paciente captara que la profesional comprendía y lamentaba lo que le pasaba. Para ella, la proximidad era posible gracias a la empatía, que asumía con un carácter afectivo y emocional pero también físico, puesto que también se incluye el abrazo. El modo en que la psiquiatra refirió establecer el vínculo fue a través de la palabra y del gesto (la comunicación verbal y no verbal), pero también a través del contacto físico antes referido, al que denominó “apego”, que transmite protección y seguridad. Por otra parte, la psicóloga asumió que el vínculo está constituido por la confidencialidad, por aceptar a la persona como es, por potenciar sus aspectos positivos y por la seguridad en la relación terapéutica entendida como un

¹¹⁹ En los próximos apartados se presentará con detalle la forma en que la confianza y la empatía son definidas por las informantes así como el marco conceptual que las rodea.

medio para la recuperación y como un “lugar seguro”¹²⁰”. Así, la seguridad fue un factor común en las afirmaciones de la psiquiatra y la psicóloga. Finalmente, la trabajadora social especificó que la sinceridad era esencial para conseguir el vínculo. En cambio, este factor no fue mencionado por la psiquiatra ni la psicóloga. Lo expresaron de la siguiente manera:

Psiquiatra: Vincular? Doncs treballar. Vincular seria la base de la nostra intervenció. Vincular-se és intentar vincles segurs, confiats, saludables que és d’alguna forma anirem guanyant terreny a la salut.(...) Establir una relació propera que faciliti tot el que és l’intercanvi, la transmissió d’afectes, de patiment.

(...)

Investigadora: A vegades has dit "he acabat abraçant a una senyora". M’ho pots explicar?

Psiquiatra: [Riu] Això és el que t’estava dient abans. És captar la necessitat d’aquella persona, de rebre *algo* que per ella li sigui càlid, confortable, proper e inclús tindria una funció de confiar, *algo que te permete* deixar la distància. Que això ho pots fer normalment però en aquestes dones, normalment ho pots fer amb el setting, amb la paraula, amb el *gesto* i amb la comunicació no verbal, estableixes aquesta cosa, però amb aquestes dones que en aquell moment estan en situació de crisi, en la situació traumàtica jo capto que hi ha una necessitat de rebre aquest apegó, aquesta cosa més física. Que amb lo psíquic, amb la paraula no hi ha prou. Està bé, s’estableix un punt, però més enllà...és com elles captan *que estoyentendiendo lo que te pasa, me sabe mal*, o sigui hi ha un punt de compassió, o sigui, lamento al que t’està passant i això dóna la proximitat, aquesta cosa de la confiança, del apegó, aquesta cosa més física.

Investigadora: Estàs parlant d’empatia?

Psiquiatra: Sí. Empatía, però empatia activa. *Bueno*, sempre és activa...però que et fa sortir de la cadira. (...) protecció, seguretat, tot aquest clima de seguretat que és necessari perquè hi ha por, hi ha inseguretat, hi ha desconfiança, hi ha fredor. *"El mundo se me ha roto alrededor"*.

Treballadora social: Vincle vol dir, que en la relació terapèutica entre ella i jo, jo em senti còmoda i vegi que ella també està còmoda.

(...)

Investigadora : Si aprofundim en el tema del vincle, quins elements diries tu que et fan sentir més vinculada a una persona.

Treballadora social: Que no em senti enganyada, o sigui una persona honesta, clara, que no tingui prejudicis, i...poca cosa més. No se, el que més em fa sentir-me còmode és que aquella persona m’expliqui quina és la seva situació, situació, que es despulli amb tranquil·litat...

Esta aparente heterogeneidad en la concepción que mostraron las profesionales sobre los elementos que constituyen el vínculo se relaciona con tres tipos de factores personales: los lingüístico-cognitivos, la profesión y los años de experiencia profesional.

En los factores lingüístico-cognitivos destacaron dos aspectos: la extensión de sus discursos y la reflexión sobre la cuestión. En el primer aspecto, la mayor profusión de palabras por parte de la psiquiatra da lugar a un relato enriquecido en detalles que

¹²⁰ Según la explicación de la psicóloga, el “lugar seguro” es una técnica de relajación utilizada en Psicología, en la cual la persona piensa en un lugar real o imaginario donde se sienta cómoda, relajada y segura.

remite a la idea expresada de forma más directa por sus compañeras. Sin embargo, todas ellas indicaron un tipo de vínculo que en definitiva favoreciera que se estableciese y mantuviese la relación. En cuanto al segundo aspecto, el hecho de que la psiquiatra hubiera meditado al respecto anteriormente facilitó la extensión de su respuesta. Por otra parte, a lo largo del trabajo de campo se pudo observar cómo los elementos por los que cada profesional definió el vínculo fueron observados indistintamente en unas y otras. Esta afirmación implica que no tenían categorizado de forma ordenada y explícita a nivel cognitivo lo que en su práctica diaria llevaban a cabo. Señalaremos, a modo de ejemplo, el hecho de tener presente la confidencialidad de todo lo expresado o acontecido durante la visita, la seguridad que las profesionales pretenden para sus pacientes y la sinceridad que presuponen en ellas.

Respecto al segundo factor, la disciplina profesional, consideramos que tiene un peso más específico para destacar los elementos centrales de definición del vínculo. La psiquiatra y la psicóloga dirigieron más su atención a los aspectos que podían repercutir en la evolución satisfactoria del estado de salud de las pacientes. En cambio, la trabajadora social, sin olvidar que su objetivo era procurar el bienestar de la paciente, se centró en los “aspectos sociales”¹²¹ en los que podía intervenir y en cómo estos, a su vez, interferían en la salud de las mujeres.

El último factor que intervino en la definición del vínculo, los años de experiencia profesional, no tuvo una relevancia significativa para la explicación de las diferencias. Sin embargo, observamos que haberse dedicado más tiempo a la labor profesional favorecía reflexionar sobre la cuestión planteada desde una mayor perspectiva, esto es, no centrar la atención de forma exclusiva en el síntoma, sino contemplar a la paciente en su contexto social y personal. El hecho de acumular experiencia a través de las diversas vivencias de las pacientes a lo largo de los años permite hacer una lectura de carácter global y retrospectivo, por ejemplo, de la relación profesional-paciente. La popular expresión “la edad es un grado” adquiere aquí este carácter explicativo.

Así, y para aglutinar las ideas presentadas por las profesionales, el vínculo está constituido para ellas por cinco elementos: la confianza, la seguridad en la relación

¹²¹ Los factores sociales hacen referencia, entre otros, a la situación económica, de vivienda y seguridad personal en la que se encuentre la mujer y a la posibilidad de activar los recursos necesarios que estén disponibles dentro de la Xarxa de Salut i Benestar Social. Un ejemplo sería facilitar a la mujer una casa de acogida cuando su domicilio sea un lugar peligroso para ella.

terapéutica entendida como medio para la recuperación y también como un “lugar” seguro, la confidencialidad, la sinceridad y la empatía. Por otra parte, la “proximidad” afectiva sería una cualidad de la relación terapéutica que favorece y refuerza el vínculo entre paciente y profesional y se caracteriza, a su vez, por la comprensión, la empatía, la confianza y el apego.

La palabra vínculo, utilizada por las profesionales con tanta vehemencia, resultó casi ajena para las pacientes como vocablo. La mitad de ellas respondieron con amabilidad el significado que le atribuían a dicha palabra, pero lo hicieron escuetamente y, en general, la definieron remitiendo a la noción de unión. Isis lo expresó como “hacer sentir bien” y solo dos de sus compañeras utilizaron términos más específicos como empatía y confianza:

Investigadora: Tu et sents vinculada?

Hebes: Si.

Investigadora: D’acord. Què és vincular-se?

Hebes: Una mica com empatitzar i entendre el que està *visquent* aquella persona.

Investigadora: Si et dic la paraula vincular, amb la psiquiatra i la psicòloga d’aquí.

Aquesta paraula, vincular-se, et diu alguna cosa?

Némesis: Establir un vincle? ...En aquest cas, crec que si existeix un vincle, amb les professionals i també amb les companyes de grup. És un vincle fort.

Investigadora: (...) Si et demano que seria aquest vincle, ho podries descriure?

Némesis: Crec que és un vincle afectiu. És de confiança.

Investigadora: ¿Te dice algo la palabra vínculo, vincularte?

Diana: ¿Vincularme? [*Hace gesto con los dos dedos índices, uniéndolos en paralelo en el aire*].

Investigadora: ¡No graba el gesto! [*Reímos*]

Diana: Como juntarse.

A pesar de que el vínculo no fue un término que seleccionaran, fue para ellas de vital importancia el significado que le atribuyeron y el contexto en el que se ubicaba: la relación con las profesionales. Las pacientes le dedican más tiempo a la descripción de la relación y lo hicieron con más profundidad que con la que habían definido el vínculo. Afrodita lo relató así:

Investigadora: Entonces si te pido que definas vincularse...

Afrodita: [*Ríe*]. Vincularse, una cosa está relacionada con otra, tener algo en común y por eso están vinculados.

Investigadora: ¿Y qué elementos harían que te sientas vinculada?

Afrodita: Yo creo que el vínculo..., te ves a menudo. Voy al médico y voy una vez al año y punto. Pero el vínculo se va haciendo porque te ves todas las semanas, sabe todo de tu vida y se genera un vínculo, una relación especial con esa persona porque, bueno, es que te has desnudado ante esa persona y sabe de ti todo, y sabe cómo te puede ayudar y dónde te tiene que pinchar, dónde te tiene que sostener o retener. No sé. Se genera ese vínculo afectivo,

profesional o... entre las dos personas y, además, es muy importante porque yo creo que, si no hay ese vínculo, es que yo creo que al final no fluye.

Investigadora: ¿Quieres decir con ello que, si no, no habría recuperación?

Afrodita: Yo creo que es importante que exista un vínculo. En mi caso, sí.

De este modo, Afrodita introdujo los adjetivos “afectivo” y “profesional” para calificar el vínculo, una “relación especial” que se crea por la frecuencia de las visitas y por el contenido de la conversación. En definitiva, permite ayudar y, además, contribuye a la recuperación del malestar generado tras sufrir la agresión sexual. La mayoría de sus compañeras estuvieron de acuerdo en este aspecto, como se verá más adelante.

Las pacientes hicieron referencia la mayoría de las veces al conjunto de las profesionales, sin concretar a quiénes se referían, y recurrieron a términos como “ellas” o “equipo”. Sin entrar en contradicción con lo afirmado, y en ocasiones contadas, algunas mujeres escogieron una determinada profesional por motivos específicos. Dos pacientes no hicieron referencia a la psiquiatra puesto que no fueron visitadas por ella, y varias mujeres mencionaron a la enfermera por ser la primera profesional que las visitó, señalando la sensación de tranquilidad, confianza o protección que percibieron. Solo una de las pacientes, Hera, hizo referencia a cada una de las profesionales, diferenciándolas según sus formas de comunicar y de “transmitir confianza”. Apeló a las características personales de cada una para justificarlo:

Hera: Hay una comunicación abierta de parte y parte. Lo que sí me gustaría es que hubiera más comunicación con la psicóloga, tengo más comunicación con la psiquiatra. Con quien tenía más comunicación era con una persona (...) que era la enfermera. (...) Son personitas, cada una son un mundo sin duda alguna y cada una transmite confianza completamente diferente. Es ese algo que nos hace diferentes. Es esa forma. Hay personas que dan súbitamente su comunicación y hay otras que son muy tímidas y hay otras que van pacíficamente y abiertamente hacia el paciente. Se abren por completo y tú notas esa confianza y te abres por completo. No es el tiempo, es la forma de comunicar.

Minerva: Tinc més confiança amb la infermera perquè va ser a la primera a la que li vaig explicar el que em va passar. Quan he tingut un problema, com quan em van enviar la carta perquè em presentés a declarar, vaig trucar a la infermera. Li tinc confiança i sabia que em podria explicar què volia dir aquella carta i el que havia de fer. I que em calmaria.

En cuanto al núcleo de la relación con las profesionales, fue muy significativo que las diez mujeres entrevistadas la calificaran de “relación de confianza”, centrando su atención en pormenorizar detalles acerca de ella. Describieron la sensación y/o el sentimiento que les generaba la relación con las profesionales, para lo cual la edad de las mujeres constituyó un factor muy significativo a la hora establecer diferencias en sus discursos. Por una parte, las mujeres entre los veinte y los treinta años destacaron la

confianza que sentían –y que necesitaban sentir– para poder tratar cuestiones privadas. Por otra parte, el grupo de mujeres por encima de la cuarentena, además de destacar la confianza, seleccionaron los términos “sentirse acogidas”, “arropadas” y/o “protegidas” por las profesionales:

Investigadora: ¿Opinas sobre las cosas, sobre las decisiones que se van tomando respecto a tu tratamiento?

Hebes: Yo creo que sí. Siempre lo hemos hablado tranquilamente. Bueno, es que me tenéis entre algodones, a lo mejor, si me hubieseis tenido de otra forma, pues a lo mejor como que te retienes, pero no, no.

Investigadora: ¿Qué quiere decir entre algodones?

Hebes: Muy acogida. Muy cómoda. Yo me siento muy acogida, muy respetada. Yo solo tengo alabanzas para todos vosotros¹²². De verdad, de verdad. Y no es de hoy.

Isis: Estaba diciendo antes de quebrarme un poquito, la primera que me recibió fue la enfermera y no recuerdo de qué hablamos. Bueno sí, supongo que hablé de qué me había pasado, por qué había venido y, aunque yo soy muy consciente de la diferencia de edad, me sentí como en el útero materno. O sea, me sentí superprotegida. No entendía qué, pero me sentí muy bien.

La alusión a este aspecto de la atención recibida remite a dos ideas. Por una parte, a la importancia que tuvo para este grupo de pacientes una asistencia que contemplara todos los aspectos de sus vidas que quedaron afectados tras la agresión. Es difícil dilucidar si esperaban recibir este trato antes de ser visitadas puesto que ninguna de ellas hizo alusión a esta posibilidad, pero el hecho de subrayar esta característica de la atención redundante en su notoriedad. Por otra parte, alude a la idea de la asistencia que relataban las profesionales. En las páginas precedentes se ha presentado que el vínculo tiene una función primordial para el equipo asistencial. De hecho, es significativa la elección de este término y no otro. El nombre seleccionado por otros profesionales de la psiquiatría del Centro de Salud Mental de Adultos fue el de “alianza terapéutica” (Roda, 2008). Dicho término se definió como el pacto entre el psiquiatra y el paciente que suponía un equilibrio entre el pensamiento profesional y el profano. Así mismo, se basaba en la confianza, en escuchar y respetar la voluntad de la persona enferma y en ofrecerle información sobre el diagnóstico y el tratamiento propuesto con la finalidad de que siguiera las recomendaciones dadas. Esta diferencia en la selección del término refleja parte de la filosofía que orienta la ejecución de la labor asistencial. Como ha dicho la

¹²² Nótese el uso en masculino de la palabra “vosotros” para referirse a todas las profesionales, que son mujeres. Utilizó “vosotros” y no “ellas” puesto que me incluyó entre las profesionales, en el período en que había trabajado en el Programa como enfermera.

psiquiatra del Programa AGRESX-TEPT, el vínculo es “cálido”, alude a la esfera afectiva, a “algo que te saca de la silla” y la aproxima físicamente a la paciente; en cambio, la “alianza terapéutica” representaba una estrategia calculada¹²³ para conseguir la adherencia del paciente tanto al tratamiento farmacológico como al seguimiento asistencial de forma continuada. Este concepto de estrategia calculada ha quedado plasmado en el reciente término propuesto de «repersonalización», que se refiere al “cuidadoso y constante trabajo simbólico que las instituciones tardomodernas han de realizar para construir el vínculo que mantienen con sus sujetos usuarios” (Velasco *et al.*, 2006). El término de repersonalización no es aplicable a la relación que aquí nos ocupa ya que las implicadas describieron la relación moviéndose principalmente en la esfera del afecto y porque este tipo de trato surge por iniciativa de las personas, no de las instituciones, a pesar de que el contexto sea institucional. Esta afirmación quedará redimensionada a lo largo de este apartado.

Para continuar profundizando en esta cuestión, es preciso centrar de nuevo la mirada en el pensamiento de las pacientes. Así como las profesionales destacaban cinco elementos que constituyen el vínculo –confianza, seguridad, confidencialidad, sinceridad y empatía–, las pacientes redujeron los elementos que constituyen la relación con las profesionales a dos: el tipo de comunicación y la calidad del trato recibido. Fue muy significativo que la mayoría de las pacientes hicieran referencia a una forma de comunicación que calificaban de “abierta”, relajada, fluida y de escucha. El modo en que lo expresaron varió de unas a otras, pero el contenido fue común. Hizo referencia a poder hablar con libertad, “sin miedo a represalias”, a no tener que omitir información por vergüenza y poder expresar con comodidad las emociones que sentían. Hebes y Afrodita explicaron que la necesidad de tener buena comunicación (basada en la confianza) constituía la única forma de poder acceder a sus mentes y a sus sentimientos:

Hebes: Perquè els mals que fins ara has tingut són físics o de sanitari, o sigui, no sé com dir-ho. No de la ment. (...) i en canvi quan tu treballes amb la ment, doncs és molt diferent perquè t'has d'obrir, t'has de...és molt diferent el tractament psicològic del, del...no sé com dir-ho, del dels metges normals anava a dir, però...dels metges en general perquè ells treballen amb una cosa que és segur allò perquè tu ho veus i tens *algo*, però la ment no saps per on va.

Afrodita: Bueno, tú sabes que vas al ginecólogo y tienes que tener un poco de empatía o confianza, pero hay médicos a los que no les cuentas tu vida de pe a pa. Tú a un psicólogo le estás contando tu vida, tus sentimientos, tu parte más profunda, te estás abriendo a esa

¹²³ Cuando decimos “estrategia calculada” nos referimos a que la noción de “alianza terapéutica” es fomentada de forma activa entre los profesionales y, de forma más específica, es inculcada a los residentes de psiquiatría y psicología cuando inician su actividad laboral.

persona, o sea, te estás quedando desnuda. Entonces es muy importante tener esa confianza y llevarte bien.

Una de ellas, Hera, señaló que el lenguaje corporal de la profesional era un aspecto importante de la comunicación en el que incluía el tono de voz y la posición corporal. Además, subrayó la dimensión afectiva de la relación con las profesionales a través de la expresión “sentir el equilibrio de la comunicación”, es decir, que captaba que las profesionales se mostraban de forma acertada entre “distantes emocionalmente” y “el afecto propio de la familia”. Lo expresaron del siguiente modo:

Temis: (...) poder tener conversaciones muy lúcidas, muy entre el profesional y el paciente, que al final parece que, cuando estás en una consulta, aquí el profesional y aquí el paciente [*señala dos puntos distantes en el aire*] y aquí nos quedamos a ese nivel [*coloca sus manos muy próximas y en paralelo*] y tenemos una conversación entre personas a partir de una situación y podemos ir más allá y quejarnos de cómo funciona socialmente.

Minerva: Em deixo portar perquè sé que jo, per mi sola, no puc avançar. Haig de tenir una ajuda, com quan neixes.

Hera: Yo, yo siento una relación personalizada, cuando me toca, la relación personalizada. Profesionalmente, para mí, son mucho más preocupados por ti. Se preocupan de cómo estás, de lo que sientes, de cómo vas. De tu situación, de si vas avanzando o te estancas. (...) Yo noto que no estoy completamente recuperada, pero voy notando el cambio y noto la comunicación.

Investigadora: ¿Puedes describir la comunicación?

Hera: La comunicación es..., es el visual, la comunicación es de paciente a doctora en el sentido de cómo estas, qué sientes. Es como que una conexión especial de que tú te abres. Pero sin dudarlo, ¡eh! Porque te abres, como paciente te abres a esa persona profesional, porque además el tono de voz, la posición corporal, el lenguaje corporal, la comunicación visual es una forma tan equilibrada que no notas tan agresiva. Ni tan distante ni tan afectiva. No, no, no. Notas el equilibrio y yo me siento a gusto así. No siento afectos ni el asunto familiar ni sentimientos ni nada por el estilo. (...) Y esto hace que yo me acerque, que sienta confianza, y me sienta atendida. Y entonces me da gana de hablar, de comunicarme.

El segundo aspecto que las pacientes subrayaron de la relación con las profesionales hizo referencia específica al trato de persona a persona. Utilizaron expresiones como un *feeling* especial, una relación “más humana”, “personalizada”, “entre algodones”, “como en el útero materno” o “como si fueran personas de la familia o amigas” para referirse a ese nivel personal del trato recibido. Paralelamente, asumían este tipo de relación sin olvidar la posición que ocupaban:

Eos: A ver, yo sé que la posición de ellas es esa, pero yo no me siento tratada como si médico y paciente. Por ejemplo, como un dentista. Entrás, te ve la muela, te vas y se acabó. Y no. Aquí no es así. Aquí es como si entraras en tu casa. Y vienes y conversas, no sé. (...)

A veces no lo veo como médico y paciente. Lo veo como una amiga, es como si se ha perdido lo de médico y paciente. Me siento más acogida, más segura.

Investigadora: ¿Protegida?

Eos: Síí. Más protegida.

Investigadora: Lo digo por decir, ¿eh!

Eos: No me salía la palabra. Es eso, más protegida. Como, por decir algo, como la madre y la hija que le cuenta lo que le ha pasado. Pido opinión o un consejo y ellas ya lo saben. Como la mejor amiga que se tiene, a la que le puedes confiar las cosas y sabes que te van a dar un buen consejo.

Investigadora: ¿Te dejas llevar por la psicóloga o la enfermera, cuestionas lo que dicen?...

Temis: En este caso, aquí, no se ha dado porque estaba muy en sintonía con lo que podía pensar. Que eso me ha sorprendido, en concreto con la psicóloga y que ella fuera tan explícita en algunos momentos y que empatizaba, pero a veces parece que el papel de la psicóloga es mantenerse distante, mantenerse neutral, pero es que había momentos en los que le salía de dentro y hasta me gusta porque le hace más humana y todo eso. Pero que en otros casos, en otras situaciones, me han cuestionado las cosas, que tenga preguntas, dudas o que piense lo contrario.

Así, las pacientes ubicaban las características descritas de la relación a nivel personal en el contexto más amplio del rol de paciente y el rol de profesional, aquel que engloba las relaciones interactivas por parejas en el rol complementario (Parsons, 1966). El rol, que hace referencia al aspecto procesual de la participación de un actor social en una relación interactiva, es el contexto al que se refieren las pacientes. En este sentido, cuatro de ellas expresaron que “se dejaban guiar” por considerar que las profesionales eran las expertas, las que tenían los conocimientos necesarios para ayudarlas, y por la calidad del trato recibido. En términos generales, destaca una homogeneidad en los discursos de las pacientes respecto a los elementos en los que basan la relación con las profesionales. La mayoría de ellas sostuvieron que la interacción con las profesionales del Programa AGRESX-TEPT era “diferente” de la que habían mantenido con otros profesionales. La categorización de dicho término es prácticamente sinónimo de “mejor” y está relacionado con ese modo personalizado en que fueron tratadas, que, en definitiva, las hacía sentirse comprendidas y respetadas. De este modo, describieron la diferencia entre estas profesionales y otros profesionales basándose en la forma comunicativa abierta ya descrita. Solo una de ellas, Diana, consideró que no había grandes diferencias, puesto que los elementos por los que definía la relación –la confianza, sentirse escuchada y querida– también estaban presentes en la que mantuvo con su doctora de familia o su ginecólogo. En cambio, cualitativamente, destacó que se sintió además “arropada” por las profesionales aquí implicadas:

Diana: He tenido la gran suerte de que tanto el ginecólogo como la de cabecera, he tenido la gran suerte de que siempre, siempre me han tratado bien. A parte de como paciente, que he tenido confianza yo de hablarle, de explicarle y de decirle. Me he sentido querida, me he sentido escuchada, bien.

(...)

Diana: Es que no sé. Es que es eso. Yo comparo a estas profesionales con mi doctora de cabecera, porque con mi doctora de cabecera son más de veinte años. Yo llevo con mi médico, estoy aquí desde los 17 y ahora tengo 42. Y claro, con las doctoras, dos años y algo, pero es que claro, me siento tan a gusto, tan arropada, igual que con los demás, que por eso me siento con confianza de expresar o de sentirme bien.

Isis: (...) Es sentirte bien, es sentirte que un trauma o un accidente desgraciado que has tenido en tu vida, resulta que alguien te está ayudando a salir de ahí y además no te está dando solo el soporte científico, sino que tienes una persona, con unos valores, los que sean, sus valores personales, pero que te hacen sentirte mejor, confiar en esta persona. Aunque tú estás hecha polvo, tú ves que no vales para nada, que eres una miseria y te están diciendo que no, que tú no eres la culpable, que vas a salir a delante, que están ahí para apoyarte, que son tus muletas si hace falta. Que las puedes llamar cuando sea. Y todo eso, te hacen sentir yo, agradecidísima. Porque de sentirte sola, hundida, miserable, porque te lo hacen sentir. Encima que eres tú la víctima. Pues ves que no, que tú no tienes la culpa de nada y ellas, con todo lo que han hecho de su formación, su preparación, te pueden hacer salir de ahí. Pues sí que creo que hay un vínculo muy importante. Yo no lo he vivido nunca, ni con mi dermatólogo, ni con mi ginecóloga, que hace quince años que me conoce. (...) En cambio, a vosotras me apetece daros un abrazo, si me dejáis porque al principio, supongo que es un tema protocolario, dais la mano cuando se entra y tal. No sé, yo me siento como en casa.

Así, Isis hizo referencia clara a la forma de sentirse tras la agresión (“sola”, “hundida” y “culpable”) y a como, con la ayuda de las profesionales, consiguió restituir esas sensaciones.

Para continuar avanzando en la relación entre las profesionales y las pacientes, hay otros aspectos sobre los que aquí se debe reflexionar: 1) la visita individual entre la profesional y la paciente tiene lugar sin terceras personas presentes; 2) el hecho de que ambos subgrupos estén constituidos por mujeres; 3) las características específicas de la atención a mujeres que han sufrido una agresión sexual.

Todas las implicadas consideran que la visita debe tener lugar sin terceras personas presentes. Como factor común en los discursos de ambos subgrupos aparece la necesidad de preservar la intimidad de la paciente; en cambio, los factores divergentes referidos son algo dispares. Por una parte, las profesionales mencionan dos motivos. El primero, la recuperación de los efectos que tiene la agresión sexual se produce tras el trabajo emocional individual de la persona para resituar esa vivencia. El segundo, consideran a la paciente responsable de su salud, lo que significa –como dice la psiquiatra– “creer en su capacidad de remontar y que no necesita a una persona que la acompañe para que le dé validez”. Para esta profesional, lo contrario implicaría

“infantilizar” a la persona. Paralelamente, las profesionales coinciden en que la familia permanezca en la consulta si lo requiriera la paciente o si esta tuviera algún tipo de dependencia o pérdida de autonomía, situación que implicaría incluir en la terapia a las personas que le dan soporte. En la práctica, esta atención centrada en la paciente casi de forma exclusiva se traduce en un proceso de atención individualizado y personalizado de asistencia que entra en oposición al carácter social que conlleva el motivo de consulta psiquiátrica en el centro de salud mental (la agresión sexual), como ya se ha presentado en el capítulo anterior.

Por otra parte, las pacientes prefirieron ser visitadas a solas por tratarse de un área íntima de sus personas, por vergüenza de verbalizar todo lo ocurrido, por no ser un tema del que hablaran fuera de la consulta y/o por proteger del dolor a sus familiares. De ahí la disparidad de sus razonamientos respecto a las profesionales. Lo expresaron así:

Investigadora: ¿Crees que a ti te hubiera aportado algo que estuvieran dentro de la consulta mientras te visitaban?

Afrodita: No. A mí no. En mi caso, por cómo yo soy, no. Porque mi manera de ser siempre he sido muy protectora, entonces no me hubiera podido abrir tanto para no hacerlos sufrir porque la vivencia y lo que me ha pasado es muy duro para una persona, imagínate escucharlo, escuchar esa vivencia de un ser querido.

Hebes: sí, que només em visitin a mi perquè també és dur per ells i si s’ha de tractar aquestes persones, doncs per separat. I a més, amb la teva família també sents vergonya i no diràs certes coses que després, o sigui, jo crec totes estem d’acord en que no ho hem explicat, o sigui, saben el que ha passat però no expliques tot el vols explicar a la teva família.

Investigadora: T’agradaria que algú de la família o amistat estigués amb tu a la visita?

Némesis: No. Perquè és el meu espai. Jo de l’agressió no parlo pràcticament amb ningú.

Investigadora: Trobes a faltar parlar-ho amb algú fora del cercle d’aquí?

Pacient: No!

El segundo aspecto que se ha de considerar, el hecho de que ambos subgrupos estén constituidos por mujeres, está encaminado a reflexionar si ese factor favorece la relación profesional-paciente y si sería viable para ellas que el profesional fuera un hombre. La dificultad de respuesta respecto a este último factor radicó en que era una posibilidad hipotética, lo cual resultó confuso para cuatro de las pacientes. Tres de ellas se ciñeron a la realidad de ser atendidas por sus profesionales y, paralelamente, tuvieron muy presente que “no todos los hombres son iguales”, así que no descartaron la posibilidad de ser atendidas por hombres, pero no se definieron. La cuarta paciente no supo qué responder. Las opiniones del resto de las entrevistadas, pacientes y

profesionales, se sitúan en dos posturas bastante equilibradas numéricamente y contrarias entre sí: la mitad de cada subgrupo consideró que el nexo del género femenino facilitó claramente la relación mientras que la otra mitad verían viable la figura de un hombre como profesional. No hemos encontrado grandes diferencias en los discursos de las implicadas considerando si son pacientes o profesionales, el grupo de edad o factores como el país de procedencia. En cambio, el criterio en que se basaron sí ha resultado una diferencia. La comprensión y/o la confianza, la empatía y el proceso de identificación son los tres grupos de elementos utilizados para el pronunciamiento de cada una, sea en pro o en contra. La identificación hace referencia a internalizar los valores del modelo, lo que supone una relación recíproca de roles entre ego y alter¹²⁴ en la que se comparten las pautas de valor sociales (Parsons, 1966). Estos elementos no aparecieron aislados, sino interrelacionados en sus discursos. A pesar de ello, los presentaremos siguiendo el criterio principal en el que se basan.

La psiquiatra e Isis centraron la atención en que una mujer está en mejor disposición para comprender el sufrimiento generado, aunque se basaron en razonamientos diferentes. La psiquiatra priorizó la(s) forma(s) en que las mujeres se relacionan; en cambio, Isis apeló directamente a la comprensión y la tranquilidad que le confería una mujer, puntualizando que un hombre profesional podría ayudar solamente por el conocimiento experto, pero sin llegar a cubrir más áreas. La psiquiatra amplió la información y especificó que es más fácil que se establezca “confianza” entre dos mujeres, siempre y cuando la profesional no se muestre duramente, y porque, en caso de que el profesional fuera un hombre, el tema de las “aproximaciones” (físicas) y los “límites” pertinentes sería más difícil de abordar. De este modo, la psiquiatra no apeló a la cuestión biológica en sí misma, entendida como un factor determinante, sino al aspecto social:

Investigadora: Què en penses respecte a si en lloc de ser dona la professional, fora un home?

Psiquiatra: No ho veuria adequat. Crec. Hauria de posar-me en situació, però no ho veuria adequat. Tot això està molt...els acostaments, les distàncies, *los límits*. Tot això està molt...

Investigadora: I el fet que tu siguis dona, creus que té algun tipus d'efecte o vinculació especial amb la pacient, que és una dona?

Psiquiatra: Jo crec que sí. Jo crec que sí. Això de la confiança és més fàcil, d'entrada. També depèn de com et mostris. si ets una dona i et mostres com un *garrote vil*, *pues* ja pots ser *tot lo* dona que vulguis. Però sí, crec que sí, hi ha un punt de facilitar.

¹²⁴Parsons (1966) considera la identificación como el más importante de los mecanismos de aprendizaje para la adquisición de las pautas de valor. El alter es un modelo y ego no posee al comienzo los valores en cuestión. La identificación se puede subclasificar en función del tipo de valores y la naturaleza de la vinculación con alter como, por ejemplo, una vinculación afectiva o amorosa, neutral o de simple estimación.

Isis: Y, entonces, sino hay confianza, si no consigues abrirte, además, son hechos, tenemos un pudor por mayores que seamos, por muchas relaciones que hayamos tenido y tal, y como es tan íntimo, y te duele tanto decirlo, si no te sientes..., no sé si hubiera sido igual con un hombre, que hubiera sido un enfermero o un psiquiatra. Yo creo que el nexo de género, que sea una mujer la que ha escuchado, aunque sabes que por fortuna a ella no le ha pasado, te da una tranquilidad y esa tranquilidad te permite, como si fuéramos amigas, aunque no lo seamos, aunque haya un vínculo diferente, te permite hablarlo. (...) Ha sido un acierto que el Programa lo lleven mujeres. (...) Entonces es diferente contarle tus miserias o tus penas, tu agresión a una mujer que sabe cómo te puedes sentir aunque no lo haya vivido que a un hombre, por mucho que haya estudiado y por mucho que sea una eminencia en ginecología o en psiquiatría.

En cambio, Diana y Némesis, recurriendo también a la confianza, pensaban, por experiencia personal, que no es el hecho de ser mujer lo que facilita la relación con las profesionales, sino que la persona que las visita tenga la capacidad de escuchar, comprender, ayudar y dar confianza. Además, Diana introdujo la idea de no extrapolar la conducta de un hombre (el agresor) a todos los demás y Némesis se sumó a la opinión de Isis respecto al conocimiento experto antes mencionado:

Investigadora: Si aquí a la consulta t'hagueres trobat homes, psiquiatra o psicòleg, un infermer, com ho hagueres rebut?

Némesis: Si hagués estat bo i tingués confiança, no m'hagués importat.

Investigadora: Així, aquesta relació que estaves dient "afectiva", creus que la hauries pogut establir igualment?

Némesis: Sí. De fet, el meu ginecòleg sempre ha estat home, i al febrer vaig haver d'anar a la revisió del ginecòleg i saps allò que dius, "joder, quina merda". I sempre em diu: "¿Alguna novedad este año?". I li vaig haver de dir que m'havien agredit, que m'estaven fent les analítiques, i em va tractar súper bé, com sempre. "Tranquila, ya iré despacio." No per ser dona serà més...no sé. Si que vaig anar al gine una mica més incòmode, que mai havia anat incòmode. Però trobo que si hagués estat un bon professional, no m'haguera importat que fos home [*la visita de psiquiatria o psicòleg*]. [...] Si haguera estat dona la gine, crec que també hagués estat incòmode...No sé. Aquella va ser dura. però ell molt maco i atent.

Diana: [*Resopla*]. Madre mía. No lo sé. Que no puedo comparar a todo el mundo por igual. Porque cuando fui a la denuncia que el Mosso me trató mal, luego vine aquí y me encontré mujeres, luego fui a los juzgados, que me trató un psicólogo y un psiquiatra.

Investigadora: ¿Los de la pericial?

Paciente: Sí. Yo lo vi más cercano, como que me entendía, más al hombre que la mujer, porque ella como que la vi más seria, más, y él más como "relájate, tómate el tiempo que quieras". Como que prestándome ayuda, de que no me sienta yo mal, ni agobiada, y yo me sentí más arropada por él que por ella. Tampoco voy teniendo miedo de todo el mundo porque sea hombre, no. Vale, yo no estoy metida en la cabeza de todo el mundo, yo creo que todos no son iguales, porque sean hombres. Y, aunque lo que a mí me ha pasado, he sentido más apoyo y como que a mí me han entendido lo que a mí me ha *pasao*, más de hombres que de mujeres. Más de amigos míos que de mujeres. Yo me he sentido así.

La psicóloga estuvo de acuerdo con la línea de pensamiento de estas dos mujeres, pero para justificarlo centró la atención en que es necesario que la persona que visita a una víctima tenga una actitud empática y comprensiva. En cambio, Afrodita consideró que

era precisamente la falta de capacidad para empatizar con la “esencia de mujer” lo que le puede dificultar a un hombre poder asistir a las víctimas. Sin embargo, sostuvo que sí podía ayudar profesionalmente:

Psicòloga: Abans, quan vaig entrar a treballar, pensava que sí, que ser dona ajudava, que elles ho encaixaven millor. Però ara, no ho tinc tan clar. Crec que si trobessin un home que fos empàtic i comprensiu doncs també les podria ajudar. Primer poder es trobarien una mica així, però després estarien còmodes igual. *Bueno* igual...estic pensant que segons quina teràpia seria més complicat però no, crec que és més important ser comprensiu i empàtic

Investigadora: Y lo que me decías antes del vínculo con la psicóloga. ¿Crees que habrías podido establecer un vínculo tan íntimo como el que has descrito si hubiera sido hombre? Es pregunta hipotética...

Afrodita: Yo creo que no, creo que no. A lo mejor, a la larga sí, ¡pero no! Yo creo que no, porque un hombre no puede empatizar tanto contigo porque no sabe qué es la esencia de la mujer, no sé si me explico. Es como que sí, que es médico y te va a saber tratar como una mujer, pero a lo mejor le falta un punto para terminar de empatizar con cómo te sientes. (...) Yo no digo que no te pueda tratar y que sea bueno, pero que es un punto a favor que sea mujer. Que el equipo sea mujer.

La idea introducida por Diana respecto a la no generalización supuso el principal argumento para Temis. Ella no quiso extrapolar las características de su agresor (aspecto, idioma, país de procedencia) a todos los hombres. En cambio, Hera utilizó este razonamiento, pero en el sentido contrario, es decir, rechazó contundentemente que fuera hombre el profesional porque lo identificaría automáticamente con su agresor:

Investigadora: De alguna manera, ¿crees que el hecho de ser mujer está relacionado con el tipo de relación que tenéis?

Hera: Sí [*dice rotundamente*]. Estoy convencida de que sí. Si fuera hombre, no podría abrirme. No, no, no. Bajo ningún concepto podría hablar de mis problemas porque lo que me pasó tiene relación con hombre, entonces sentiría el rechazo automáticamente y no sé si puede ser lógicamente, pero automáticamente sentiría el rechazo y no podría bajo ningún concepto abrirme y decirme: "Ha pasado esto". No. Pensaría que él es el malo y que él es el enemigo y no podría decirle lo que me ha pasado. ¡No! Lo identificaría como el malo de la película.

Por otra parte, la trabajadora social se centró en el proceso de identificación con el género femenino para explicar su posicionamiento, aclarando que no se establece a través de la agresión sexual en sí, sino mediante la relación empática. Afirmó que se empatiza con la necesidad del otro para recibir ayuda cuando la necesita. Además, ella quisiera recibirla si viviera una situación parecida, quedando implícita la noción de reciprocidad en su discurso. Lo expresó de este modo:

Treballadora social: A nivell general empatitzem amb allò que ens fa por i ens volem cobrir amb alguna cosa que saps que si a tu et succeís, necessaries el màxim i intentes donar el màxim. Per això tenim una relació possiblement diferent amb aquestes dones però perquè nosaltres som dones. (...)

Treballadora social: Es que és anar contra el sistema, és *con rabia*. És com que et cabreja que un sistema masclista, o que un home hagi pogut agafar *algo* que no és seu i no passi res. I llavors necessites treballar contra això. Jo ho visc així. Em fa molta ràbia (...) Més que identificació, és identificació amb el gènere femení. Perquè una no s'identifica amb una pacient perquè tingui una agressió, jo no m'identifico, per sort perquè no he tingut aquesta experiència a la meua vida ni la vull tenir, però si que com a dona penso: què és el que a mi em podria fer desmuntar-me tot el que tinc sense que sigui culpa meua? *Pues* una agressió sexual.

Así, la trabajadora social destacó que la identificación con el género femenino se produce por ser el colectivo femenino el principal objeto de agresión sexual, por lo menos de forma mayoritaria, en el contexto de un sistema machista.

El tercer y último elemento que se ha de considerar en la relación profesional-paciente está relacionado directamente con la agresión sexual que ha motivado la consulta. Ha resultado muy significativo que contemplaran los mismos aspectos. El primero, tener muy presente que la agresión es un hecho traumático relacionado con un ámbito muy íntimo de la vida de una persona y que está ligado a la violencia de género. Una consecuencia directa es que consideraban una injusticia la agresión sexual vivida por la paciente. El segundo, considerar necesario tener conocimientos técnicos sobre la violencia de género y sobre el trauma. El tercero, tener en cuenta la “revictimización” de la víctima y la estigmatización en relación a haber sido agredidas. En este contexto, definieron revictimización como la reactivación de los elementos traumáticos al tratar terapéuticamente el recuerdo de la agresión y sus consecuencias. El cuarto, tener presente que el dolor de la paciente tiene un efecto en ellas como efecto del funcionamiento de la empatía. Las profesionales consideraron que hay que saber gestionar ese malestar.

Una vez presentada de forma analítico-descriptiva la manera en que se relacionan las profesionales y las pacientes, pasaremos a mostrar la manera en que conceptualizaron la confianza. A pesar de la brevedad en que lo hicieron, es interesante observar cómo los significados presentes en sus discursos remiten a categorías elaboradas por diversos científicos sociales.

4.2 La confianza y sus definiciones

La confianza ha sido considerada un concepto clave utilizado por diversas perspectivas teóricas de las Ciencias Sociales, que incluye tanto el ámbito de las organizaciones cuya finalidad es la acción de voluntariado (Anheier y Kendall, 2002) como la relación entre empresas (Zucker, 1986). En ambas áreas la confianza es presentada como la variable social que interviene en la consecución del objetivo de cada contexto. En este trabajo, centramos la atención en el área de conocimiento aportado por la Teoría de Sistemas, el enfoque analítico que asume los fenómenos complejos como sistemas, con una estructura y función determinadas, en los cuales las diferentes partes que los integran se interrelacionan e interactúan entre sí. Desde esta perspectiva, la confianza es entendida como un elemento de interacción e implica que dos agentes se relacionan de forma que uno de ellos espera del otro un determinado comportamiento que tendrá consecuencias (positivas) para sí (Giddens, 1999; Luhmann, 2000; Gambetta, 2000). A pesar de que los autores mencionados comparten esa premisa, aportan diferentes definiciones sobre dicha categoría.

Gambetta (2000) define la noción de confianza asociando los términos de probabilidad subjetiva y libertad de acción que tienen los agentes para decepcionar las expectativas de otra persona. Al ser solo aplicable a las acciones futuras que condicionan nuestras decisiones presentes, quedan excluidos los casos en que la confianza en otra persona no tiene ninguna influencia sobre nuestras decisiones. Por otra parte, la confianza es especialmente relevante en la condición de ignorancia o de incertidumbre respecto a los desconocidos, lo cual se relaciona con el desconocimiento de los motivos que tienen los demás para actuar. Así, en términos cotidianos, confiar en alguien implica que decidimos cooperar con esa persona ya que será beneficioso para nosotros; significa creer que no es probable que otra persona nos perjudique:

(...) confiar en una persona significa creer que, cuando se le ofrece la oportunidad, no es probable que se comporte de una manera perjudicial para nosotros, y la confianza suele ser relevante cuando al menos una de las partes es libre de decepcionar a la otra, lo suficientemente libre como para evitar una relación de riesgo y lo suficiente constreñida para considerar que la relación es una opción atractiva (Gambetta, 2000: 219). [La traducción es propia].

Esta sencilla exposición va adquiriendo complejidad a medida que intervienen otras nociones con las que se asocian. Por una parte, Luhmann (2000) y Giddens (1999)

distinguen entre confianza personal, más propia de la interacción entre personas de un mismo grupo social y que está basada en la familiaridad, de la confianza sistémica, que obedece a la intervención de la complejidad estructural de los sistemas sociales, donde la familiaridad pierde centralidad y toma relevancia la fiabilidad como algo seguro frente a los riesgos. Por otra, la idea de probabilidad, que Gambetta (2000) relaciona con la confianza, y Giddens (1999) la vincula a la contingencia¹²⁵, la cual está ligada esencialmente con la fiabilidad. En cambio, para Luhmann (2000), la probabilidad no es relevante como noción ya que él establece la distinción entre confianza y fiabilidad en la habilidad para distinguir entre el peligro y el riesgo. Considera que el riesgo no existe por sí mismo, sino tras tomar la decisión de actuar. No depende de un peligro inherente. Al contemplar el riesgo, la acción y la fiabilidad quedan relacionadas de forma circular. En cambio, Giddens considera que el peligro y el riesgo están relacionados, ya que la falta de acción es también arriesgada¹²⁶, pero no son lo mismo. En realidad, considera que la fiabilidad está relacionada con la contingencia o posibilidad de que suceda alguna cosa no deseada, y, en los seres humanos, “la presunción de fiabilidad implica la atribución de «probidad» (honor) o amor” (Giddens, 1999: 42). Así, para él, el riesgo presupone el peligro y no el conocimiento del peligro. Tales premisas le llevan finalmente a definir la fiabilidad como

(...) confianza en una persona o sistema, por lo que respecta a un conjunto dado de resultados o acontecimientos, expresando en esa confianza cierta fe en la probidad o amor de otra persona o en la corrección de principios abstractos (conocimiento técnico) (Giddens, 1999: 42).

Así, Giddens advierte que la fiabilidad descansa sobre unos principios que ignoramos y no sobre las buenas intenciones de los otros. Por otra parte, introduce la noción de seguridad, definiéndola como “una situación en la que un determinado conjunto de peligros queda contrarrestado o minimizado” (Giddens, 1999:43). Dicho de otra manera, la experiencia de seguridad se obtiene en el equilibrio entre la fiabilidad y un

¹²⁵ La contingencia es la posibilidad o riesgo de que suceda alguna cosa. Para Giddens, la fiabilidad conlleva los resultados contingentes. El hecho de introducir el aspecto moral (la probidad) es lo que permite a la persona que decide fiarse de alguien ser psicológicamente consecuente consigo misma (Giddens, 1999:42).

¹²⁶ Giddens (1999) sostiene que hay riesgos –como la guerra nuclear o una catástrofe ecológica– que se deben afrontar y tener presentes para poder evaluar de forma global los riesgos a los que realmente estamos expuestos, siendo esta una característica propia de la sociedad moderna.

riesgo aceptable, lo cual es aplicable tanto a individuos particulares como a grandes colectividades de personas.

La distinción entre confianza (*'confidence'* en inglés) y fiabilidad (*'trust'*) la ofrece Luhmann (2000) vinculando ambas nociones a las de familiaridad y riesgo¹²⁷. La clave reside en la noción de «familiaridad» y su opuesta «no familiaridad» puesto que tanto la fiabilidad como la confianza se sitúan en un mundo familiar por la representación simbólica y, cuando se ven amenazadas por un evento que vaya en contra de la relación de confianza, ambas nociones se trasladan al mundo no familiar. Esa zona no es aceptable, de modo que tras una nueva base simbólica se devuelve al mundo familiar. La distinción entre confianza y fiabilidad dependen de la percepción del riesgo y de la atribución de culpa. En el caso de que una persona considere que sus expectativas no se verán defraudadas, esto es, que no contemple alternativas de fracaso, estará en situación de confianza, y, en el caso de que finalmente sea defraudada, atribuirá la culpa a un factor externo. En cambio, en el caso de que la persona considere la posibilidad de ser defraudada estará en situación de fiabilidad y atribuirá la culpa a un factor interno. Así, la fiabilidad está relacionada con el riesgo mientras que la confianza, no. Considera que la fiabilidad es una herramienta para solucionar los problemas específicos del riesgo, puesto que los minimiza (Luhmann, 2000). En cambio, ya se ha mostrado que Giddens (1999), sin llegar a estar en desacuerdo con tal distinción, considera la fiabilidad como un “peculiar tipo de confianza”.

La discusión epistemológica entre la confianza y la fiabilidad, así como el riesgo y el peligro, ofrecida por los autores referidos configura un punto de partida para el análisis del contexto cultural estudiado. Consideramos que la consulta es un punto de acceso donde confluye la participación en los sistemas funcionales y también de las relaciones personales. Este hecho permite la coexistencia de la confianza y la fiabilidad, siendo este contacto lo que posibilita reducir el riesgo implícito en la fiabilidad. Quizá, proponer un nuevo término, la fiabilidad confiada, sería algo aventurado por nuestra

¹²⁷El término *riesgo* (*'risk'* en inglés), según Luhmann, aparece “en los tempranos tiempos modernos para indicar que los resultados inesperados pueden ser consecuencia de nuestras decisiones, no un simple aspecto de la cosmología” (Luhmann, 2000: 97). El autor muestra que la relación entre *riesgo* y la función simbólica estaba tradicionalmente relacionada con la religión y que, a través del símbolo –que señala algo más que un signo–, es posible transformar lo no-familiar en familiar. Así, con el término riesgo se aproxima el infortunio o fatalidad a los resultados imprevistos que pueden aparecer tras la toma de nuestras decisiones y acciones. Giddens (1999) está de acuerdo en que el *riesgo* reemplaza a la *fortuna* y, además, incluye los imperativos morales humanos, las causas naturales y el «azar» (*'chance'*) como otros imperativos que rigen en lugar de las cosmologías religiosas.

parte, pero podría expresar de forma sintética esta realidad contextual. De esta manera, la confianza establecida en las relaciones personales viene a ser la herramienta que permite solucionar los problemas del riesgo implícito en la noción luhmanniana de fiabilidad. Las pacientes y las profesionales construyen la relación establecida alrededor de la noción de confianza, no de fiabilidad. Para mayor exactitud, las pacientes parten de la fiabilidad en tanto que presuponen un conocimiento experto y confían en ello, pero, una vez iniciada la relación con las profesionales, gira en torno a la confianza (*'confidence'*), la propia de la relación con otros. Como hemos presentado, las pacientes construyen la relación de confianza a partir de la comunicación y la calidad del trato recibido. Estas afirmaciones entran en parcial discusión con el planteamiento de Giddens (1999), puesto que considera que las personas tienen fe en la autenticidad del conocimiento experto y no tanto en la persona experta, aunque sí se tiene que confiar en su competencia. La noción de «credibilidad» que depositan los actores profanos en los sistemas expertos aporta una clara justificación. Giddens la define como una sensación de cálculo de beneficio y riesgo, donde el conocimiento experto proporciona ese cálculo y además crea (o reproduce) “el universo de acontecimientos como resultado de la continua aplicación reflexiva de ese mismo conocimiento” (Giddens, 1999: 84-85). Finalmente, advierte que en los puntos de acceso¹²⁸ se pueden asumir las características de la credibilidad asociadas a la amistad, pero, en cualquier caso, no se deben confundir los términos. La credibilidad es la propia de los mecanismos de desanclaje y la fiabilidad se sigue otorgando al sistema abstracto, no a los individuos que los representan.

A pesar de la advertencia de Giddens, en esta etnografía se ha podido observar que las implicadas hacen recaer la confianza tanto en la cualidad de ser experta como en la persona que sustenta el conocimiento experto. Aquí no se sostiene que esta afirmación sea aplicable al sistema de salud en general, pensando en términos de sistema abstracto, sino que se pretende apostar por la particularidad que representa el estudio de un lugar muy concreto en un tiempo definido. Los sustantivos con los que algunas de las mujeres califican a las profesionales –“como una amiga”, “como una madre”– reflejan el sentir emocional de estas pacientes hacia ellas a pesar de que también subrayan que confían en ellas por los conocimientos técnicos que les presuponen.

¹²⁸Giddens (1999) pone el ejemplo de la consulta médica o una agencia de viajes a las que se acude con frecuencia y/o regularidad a lo largo del tiempo.

Es necesario aclarar que el término “confianza” utilizado por las informantes remite al lenguaje coloquial y moral, no al significado descrito por las ciencias sociales. El hecho de que las pacientes refieran que han perdido la confianza en los seres humanos en general, y en los hombres en particular, sumado a lo expuesto en el párrafo anterior, recalca que el tipo de confianza que las pacientes tienen hacia las profesionales puede estar más relacionado con su condición de personas en sí que con su carácter experto o profesional.

Es interesante la distinción que Gambetta (2000) establece entre la desconfianza completa –a la que le atribuye el valor (0)– y la confianza ciega –valor (1)– partiendo de la base probabilística de, cuanto más expectativas se abren en un abanico, mayor grado de incertidumbre. Estas dos «predisposiciones lexicográficas» representan los valores más extremos y el intervalo intermedio ofrece una salida a los estados mixtos, como el caso que nos ocupa. De este modo, la confianza está implicada en la mayoría de las experiencias humanas. Otra cosa es cómo se puede lograr o promover un cierto nivel de confianza, que, para Gambetta, en el momento en que escribió *We can Trust Trust* era una asignatura pendiente. Quizá estaría complacido al saber que una forma comunicativa “abierta” y el trato “cálido” (cercano al afecto) descrito por las pacientes, así como los elementos que definen el vínculo para las profesionales, aportan alguna luz a ese vacío.

Las definiciones de confianza que ofrecieron las profesionales y las pacientes son complementarias entre sí en el sentido de que están en relación directa al rol que ocupan. En líneas generales, las profesionales coincidieron en definir la confianza como “creer en la otra persona”; en cambio, la mayoría de las pacientes lo hicieron como “poder hablar con libertad” y saber que lo dicho estaba a buen recaudo. Dado que centraron la atención en aspectos diferentes, aquí presentaremos sus razones de forma consecutiva.

Las profesionales expusieron sus definiciones desde marcos contextuales restringidos al área institucional hasta otros más amplios. La psicóloga perfiló la confianza dentro de la relación terapéutica al creer que la terapia y la terapeuta pueden ayudar a la paciente; la psiquiatra extendió el entorno en el que ubica la confianza en el momento del nacimiento y utilizó las palabras “confort”, “soporte”, “seguridad” y “calidez” para definirla. En cambio, la trabajadora social –que reconoció la influencia que tuvo para ella haber trabajado en el ámbito de las drogas– se circunscribió a

aspectos pragmáticos como el conocimiento experto de la profesional y la “motivación para el cambio” de la paciente, es decir, el interés por mejorar su situación:

Treballadora social: Aquesta paraula està *sesgada* en mi. Jo he treballat molts anys en drogues i el primer que aprens la primera setmana és “no confiis en el pacient”. (...) *Mientenmés que pestañean*. (...) Penso que el que és realment important és que la pacient estigui davant d’una professional que sap el que li està dient, que ho entén, que no l’està jutjant i que té les eines suficients per dir: “*esto se hace así o asa*”, això es legal o il·legal, o yo te aconsejo que no denuncies o sí denuncies pero en base a un criterio profesional, no a mi opinión personal. Per altra banda, a mi en dóna confiança la pacient que veus que està motivada pel canvi, que veus que està fent algun esforç tot i que li pot costar moltíssim i que veus que no arribi mai a fer aquest canvi però que veus que fa l’esforç, que es compromet a venir a les visites, que té desig, que té interès, que li preocupa el seu futur, que fa preguntes. Per mi la confiança és això, aquest *têt a têt*.

Psiquiatra: I a més a més, és una confiança mútua, jo també confio en tu. Hi ha un punt en que el terapeuta també li fa sentir a l’altre que també confia en ella, en els seus aspectes que poden avançar, en els aspectes de recuperació, en els seus aspectes més forts. (...) Mira, jo crec que la puc ajudar, hi ha aquesta cosa de visió de confiança, de que sí, que *vamos a ir* i això fa que l’altre també se senti: "jolin, aquesta persona està creient en mi, confia en mi" *Bueno*, pues aquí hi ha un toma i daca. Però jo la confiança no ho veig com *algo* passiu, que el terapeuta *recibe la confianza* de l’altre. Jo no ho veig així.

De este modo, destacaron que creen en el trabajo bilateral y conjunto con las pacientes. La psiquiatra lo expresó abiertamente a través de un doble mecanismo. Por un lado, da confianza por “captar la necesidad” de la paciente, y, al mismo tiempo, confía en los aspectos que tiene la paciente para poder avanzar y recuperarse. Por otro lado, consideró que la paciente siente que la terapeuta confía y cree en ella.

Las profesionales consideraron fundamental la confianza en la relación profesional-paciente por dos motivos. El primero, constataron que la confianza en las personas y en el mundo queda afectada tras la agresión sexual. El segundo, sostuvieron que sin confianza no se puede establecer una relación terapéutica y, por tanto, no es posible hacer terapia. La razón se encuentra en el siguiente silogismo: la confianza en el ser humano queda dañada tras la agresión sexual, las profesionales forman parte de la otredad. Por lo tanto, la confianza en las profesionales estará en juego.

En este sentido, las profesionales se aproximan a la noción de «seguridad ontológica»¹²⁹. Este concepto hace referencia “a la confianza que la mayoría de los

¹²⁹Giddens considera que el origen de esa seguridad se localiza en algunas características de la infancia. Se basa en el trabajo de Erik Erikson sobre la confianza básica (*basic trust*) y el pensamiento psicoanalítico en general para la comprensión del desarrollo psicológico de la fiabilidad. Dichas escuelas afirman que la confianza se desarrolla en la infancia destacando el elemento de fe al que alude Giddens. Este considera que, en el adulto, la fiabilidad, la seguridad ontológica y la continuidad de las cosas y las personas permanecen ligados (Giddens, 1999: 96).

seres humanos depositan en la continuidad de su autoidentidad” (Giddens, 1999:92), situación que se establece a través de permanecer en sus entornos de acción sociales y materiales. Así, la seguridad ontológica tiene que ver con el «ser», o, en términos fenomenológicos, con el «ser-en-el-mundo». Se trata de un fenómeno no cognitivo, esto es, a nivel inconsciente. Cuando las pacientes expresan que “no soy la que era” o se hacen preguntas con un valor existencial (“¿por qué a mí?”), están evocando esta seguridad ontológica puesto que su ser-en-el-mundo ha sido vulnerado. Se sienten ontológicamente inseguras. El término que Giddens (1999) propuso como antítesis de confianza básica no fue desconfianza, sino ansiedad o miedo existencial, puesto que el primero sería aplicable tan solo a un agente con un sistema concreto o a una persona, pero no quedarían afectadas las relaciones con el entorno social y físico inmediato. En cambio, el segundo abarcaría un sentido más profundo, al incluir el hecho de reconocer la identidad de personas y de objetos. De hecho, las pacientes expresaron el miedo que sentían de estar en el mundo tras la agresión sexual en letras mayúsculas.

Retomando el discurso de la psiquiatra, señalamos que utilizó el término “intervención” para referirse a las acciones que realizaba. Entre ellas, destacó “establecer un clima determinado”. Describió “clima” como aquello que propicia una relación cercana, cálida y de confort. En definitiva, de confianza. El motivo para considerar este punto es que la mujer tiene una intensa sensación desagradable a nivel interno, de modo que se hace necesario que lo externo le genere bienestar. Lo externo incluye tanto el entorno físico de la consulta (paredes, mobiliario y luz ambiental) como la relación humana (el trato y la expresión no verbal). Así, la finalidad de “crear un clima de confianza” es que la persona se pueda relajar y pueda disminuir el miedo con el que llega a la consulta:

Psiquiatra: (...) Que, quan entra per la porta, sento que haig de muntar el clima, que haig d'aportar jo, *no me puedo quedar tan en la silla, una sèrie de coses activamente, ¿vale?* Això al inici. Amb les altres relacions, amb el que seria trastorn mental potser no em sento tan exigida a aportar això d'inici. Les coses van fluïnt i en algun moment del seguiment, de la teràpia, s'acaba produïnt igual però *se construye*.

Investigadora: Aquesta exigència d'on et sembla que ve?

Psiquiatra: Perquè capto una necessitat. Una necessitat de l'altra que està en situació de necessitat. L'altra dia a no sé qui li deia. Clar, és que les intervencions que fem d'inici a les agressions sexuals són intervencions en crisi. (...). Jo em situo en una situació de crisi molt més activa, haig de fer, haig d'arropar, haig de confortar. Hi ha unes coses que no haig de fer en altres situacions que això no hi és.

Así, en la relación terapéutica, la confianza para ella no pasa solo por poder “contar algo”, sino por crear de forma activa un clima como el descrito antes. La sensibilidad hacia el sufrimiento de la persona y la capacidad de reforzar sus cualidades, es decir, de transmitirle que es una persona válida, son dos elementos de la confianza relevantes para la psiquiatra.

Desde el otro lado de la relación, y presentado de forma escueta, prácticamente la totalidad de las pacientes definieron la confianza como poder hablar con libertad para que las puedan ayudar. Además, algunas mujeres atribuyeron a la confianza dos aspectos muy concretos: tres de ellas utilizaron el verbo “creer en” las profesionales para señalar que “sabían” que las podrían ayudar, y cuatro pacientes relacionaron “hablar con libertad” con no sentir vergüenza, culpa o temor a una consecuencia negativa, esto es, ser dañadas de alguna forma:

Investigadora: ¿Qué es confianza para ti?

Hera: Que puedes hablar abiertamente con esa persona y esa persona también lo puede hacer. Sin tapujos. Pero espero lo mismo a cambio. Confianza para mí es sentirme a gusto. De poder decir lo que me pasa. Confianza de poder decir lo que estoy sintiendo en ese momento o cómo estoy pasando en ese instante todo lo que me está ocurriendo en ese instante. De no guardarme muchas cosas. De poder decir abrir.

Isis: Pues confianza para mí es escuchar a otra persona que tengo delante y que está intentando solucionar un problema que supongo que tengo y creer que tiene los medios suficientes para encontrar la solución para que yo lo supere (...). Creo que es fundamental. Más que confianza es como una convivencia.

Minerva: [Riu] És una connexió entre jo i els altres persones. En aquest cas que sóc una pacient, m'escolten, mostren interès...i clar, es veu l'afany d'ajudar, explicar les coses. Elles tenen confiança en que jo faré el que em diuen o al menys ho intentaré. I el que dic quedarà confidencial, quedarà aquí, entre metge o psicòloga o infermera i jo. Per això confio.

Afrodita: La confianza[Ríe].No sabría definírtelo. O sea, (...) cómo te llevas con una persona, que te hace sentirte bien, a gusto, y te dejas guiar por esa persona, que sabes que está de tu lado, que no te va a hacer daño y te va a ayudar.

La homogeneidad de sus definiciones remite a una condensación de la atribución de significado socialmente construida de lo que entendemos colectivamente como “confianza”. Lo que resulta relevante es el hecho de que todas las pacientes hayan definido la relación con las profesionales como “de confianza” y no de otro modo. Implica que, más allá de los roles y de las nociones teóricas a las que señalan los

sistemas abstractos, sigue siendo relevante el sustrato humano, del que, en ocasiones, parece que olvidamos su existencia.

En suma, la organización institucionalizada por parejas en el rol complementario junto a la recuperación –y la reivindicación– de las personas que encarnan y representan dichos papeles permite la integración de la ayuda solicitada por las pacientes y ofrecida por las profesionales en un marco en el que el afecto se abre camino para estrechar la interrelación. Ambos modelos explicativos establecen la “confianza” como la base de su relación, la cual un proceso de construcción continuo e interactivo. Como si de dos caras de una misma moneda se tratara, los términos “vínculo” y “relación de confianza” condensan respectivamente los significados que realizan para describir dicha relación. Paralelamente, la confianza supone el elemento cultural que posibilita difuminar los rígidos límites de los roles como profesional/paciente y redefinirlos como “ni distante ni tan cercano como el de la familia”.

La tendencia de las profesionales a pensar, reflexionar y finalmente categorizar la interacción con las pacientes y, simultáneamente, considerar relevante este aspecto para la mejoría de su salud es considerado aquí como parte de la asunción que estas profesionales tienen de sus respectivas disciplinas y, más concretamente, de la defensa del principio de beneficencia y no maleficencia, incluido en el juramento hipocrático. Además, tener una preocupación personal y profesional explícita hacia la violencia de género como problema relevante epidemiológica y socialmente contribuye a tener una mayor predisposición a la ayuda de sus pacientes. Los factores culturales descritos, junto a la comunicación abierta basada en la libertad para expresarse, la empatía comprensiva, el conocimiento experto, la intimidad y el respeto, adquieren en este contexto cultural una importancia fundamental para la consecución de dos roles complementarios, de manera que las pacientes y las profesionales suman esfuerzos para su objetivo común.

En definitiva, la confianza es un elemento que las pacientes y las profesionales asumen fundamentalmente en el contexto de su relación, aunque lo hacen de forma particular y distinta a como se conceptualiza desde las ciencias sociales. La homogeneidad interna en las narrativas de cada subgrupo sugiere que el significado que le atribuyen a la confianza está relacionado directamente con la posición que ocupan. El “creer en” la paciente equivale al “poder hablar con libertad” con las pacientes, lo cual incluye tener fe en la capacidad de recuperación y de ofrecer ayuda,

respectivamente. Por último, el carácter “activo” de la confianza es percibido tanto por las profesionales como por las pacientes como un factor que precisa de la constante renovación y que, lejos de quedar en el olvido, constituye la base para mantener la interacción a lo largo del tiempo.

4.3 La confianza como intersección entre el sistema experto y la experiencia humana

Para responder a la pregunta no formulada de Gambetta sobre la forma en que se podría promover la confianza, hemos podido observar cómo las participantes de este contexto etnográfico la definen, generan y sienten. No se trata de aportar una fórmula mágica que, a modo de receta, permita seguir unas instrucciones para mejorar la relación profesional-paciente desde un punto de vista calculado, sino de ganar comprensión respecto a las relaciones establecidas en este punto de acceso. Si hacerlo implicara la mejora de la relación antes señalada, representaría por sí misma una aportación del método etnográfico a la efectividad de la práctica clínica en tanto participación social en el proceso de obtener salud.

4.3.1 La comprensión empática y la intersubjetividad

En relación a la empatía, en el marco específico de la antropología, encontramos dos posturas enfrentadas en relación al conocimiento sobre el otro. Este enfrentamiento está en la base de las tensiones entre el objetivismo y subjetivismo. La primera postura es la que señala que el conocimiento se consigue a través de la separación, de la externalidad, y la segunda, que es a través de la empatía con el “otro”. Geertz (1994) contempla la empatía como una habilidad extraordinaria, casi “sobrenatural”, que permite pensar y sentir como un nativo, o como un sujeto con el que se mantiene una distancia social o cultural. Geertz, a diferencia de Malinowski (1977), señala que comprender otras situaciones no depende de una capacidad empática y señala que se ha de realizar una interpretación de la alteridad a modo de «traducción»¹³⁰. Comprender

¹³⁰ El término traducción, el seleccionado por Geertz (1994), implica la exposición, a través de nuestras locuciones, de la lógica de los modos de disposición de los otros. Destaca que no consiste en una simple refundición de esos modos de disposición (Geertz, 1994:19). De hecho, Geertz critica a Malinowski (1977) por la forma grosera en la que expresaba la forma de vida de los nativos. A pesar de ello, y de su

una forma de vida consiste en unir en “una visión coincidente la figura y el trasfondo, el acontecimiento pasajero y la historia de larga duración” (Geertz, 1996: 59).

El estudio y la aproximación a la noción de empatía es una preocupación presente tanto en disciplinas cercanas a las ciencias de la salud (psicología, medicina, psicoanálisis y neurociencias) como en las disciplinas sociales, aunque, obviamente, sus puntos de vista son radicalmente diferentes. Las primeras ofrecen una visión circunscrita a la atención sanitaria de la empatía (Kohut, 1959; Basch, 1990; Goldberg, 2011) mientras que las segundas parten del dinamismo integrado en las colectividades humanas y los autores hacen referencia a dicha noción y/o tratan de profundizar en ella por su relevancia en diferentes contextos de la vida social. Unos se sirven del concepto para la comprensión de contextos culturales alejados de las sociedades occidentales (Rosaldo, 1989; Briggs, 2008), otros parten de la orientación de la intersubjetividad fenomenológica (Frank, 1985; Giesar, 2008; Hollan & Throop, 2008; Kirmayer, 2008; Throop, 2010); y hay quienes focalizan su estudio en la atención sanitaria a personas inmigrantes (Gailly, 2009).

Los conocimientos aportados por las dos grandes perspectivas referidas son aquí tenidos en consideración y, aunque no se pretende establecer una relación jerárquica entre ellas, partiremos de la perspectiva psicológica. En este sentido, Eva Illouz (2007) señala que el psicoanálisis generó un nuevo estilo emocional caracterizado por una cierta concepción del yo y unas técnicas específicas para comprender y manejar las emociones (el estilo emocional terapéutico). En esta perspectiva, la comprensión empática es una forma de percepción en el contexto de la psicoterapia que permite obtener información válida para el psicoanalista (Kohut, 1959; Basch, 1990; Goldberg, 2011). La empatía¹³¹ es asumida bajo diferentes prismas aunque comparten una misma preocupación: el interés por acceder al estado emocional de otra persona y pretender fines terapéuticos. Los autores antes referidos están de acuerdo en que la empatía está presente en la vida ordinaria, pero es en el contexto de la consulta donde se aprehenden

falta de capacidad empática, Malinowski elaboró una gran etnografía. Este hecho defiende la postura objetivista de la empatía.

¹³¹ La palabra empatía se deriva del término alemán *Einfühlen*, que significa “sentir, o más correctamente, encontrar el camino de uno hacia el estado de la mente de otra persona” (Basch, 1990:3). El término fue tomado por Heinz Kohut y lo utilizó en su desarrollo de la Psicología del Self, un nuevo modelo psicoanalítico, que presentó en 1971 en su libro *Análisis del self*. Esta corriente psicológica daba réplica a la teoría clásica pulsional y del conflicto que caracteriza la línea freudiana para ofrecer el self como una estructura de la mente análoga al yo o al superyo. Por otra parte, el término inglés empatía había sido entendido en la filosofía occidental y en las tradiciones de las ciencias sociales para referirse a “un acto por el cual un individuo es capaz de ganar un acceso a la experiencia subjetiva encarnada de otro” (Throop, 2010: 772).

los diferentes usos de la noción. Una primera significación es la que asume la empatía como un método de observación y recopilación de datos, una forma de percepción a través de la cual se puede obtener información válida para el psicoanalista adherido a la línea de trabajo de la Psicología del Self (Kohut, 1959), aunque no es esta la perspectiva en la que las profesionales de este contexto etnográfico se sitúan. Es clarificadora la definición operacional que Kohut establece de los fenómenos físicos –aquellos cuyos métodos observacionales esenciales incluyen nuestros sentidos– y de los psicológicos –aquellos cuyo método observacional esencial¹³² es la introspección y la empatía, puesto que permite definir el área que estamos considerando–. El término «introspección vicaria»¹³³ fue utilizado por Kohut como sinónimo de empatía, con la intención de dar relieve a dos aspectos fundamentales¹³⁴: la «escucha atenta» y la conciencia del analista de la contribución al estado mental del paciente:

el mundo interior no puede ser observado a través de los órganos sensitivos. Los pensamientos, deseos, sentimientos y fantasías no pueden ser vistos, oídos, oídos o tocados. No existen en el espacio físico y, a pesar de ello, son reales y podemos observarlos cuando ocurren en el tiempo: haciendo introspección de nosotros mismos y a través de la empatía (por ejemplo, la introspección vicaria) en los otros” (Kohut, 1959: 459) [La traducción es propia].

Ya hemos mostrado como la noción de escucha atenta es utilizada desde la antropología médica para referirse a estar atento a la narrativa de la persona enferma, y cuya finalidad es evitar su culpabilización y las posibles iatrogenias asociadas a un mal diagnóstico “por una *mala* escucha o falta de escucha” (Masana, 2013: 239-240).

¹³²El término “esencial” expresa en este contexto el hecho de que la introspección y la empatía no deben estar ausentes de la observación psicológica y, además, deben estar presentes por separado puesto que –por oposición a otros métodos– la introspección no está presente en el psicoanálisis y el escrutinio del analista sobre el comportamiento del paciente es mediante una libre asociación (Kohut, 1959: 462).

¹³³ El término introspección vicaria fue elegido por Kohut como analogía del término utilizado por las ciencias físicas, la extrospección vicaria, y a la vez quiso hacer hincapié en la diferencia de los datos obtenidos desde las ciencias psicológicas respecto a las físicas. A pesar de la similitud en ambas metodologías –basadas en la participación del analista para reunir datos–, Kohut considera que las ciencias físicas no consiguen una comprensión empática en su área de exploración mientras que la disciplina de la psicología sí lo hace.

¹³⁴Kohut (1959) utilizó la empatía con dos significados. El primero está en relación directa a reivindicar que el desarrollo de problemas (psicológicos) no tenía que estar necesariamente vinculado al complejo de Edipo o a los conflictos alrededor del objeto del amor. Para referirse a ello, el término escucha atenta recoge esa actitud del analista de mantenerse alejado de las ideas preconcebidas respecto a lo que dice el paciente. El segundo significado –y principal– recae en el reconocimiento del analista como parte de lo que es generado en la sesión analítica y de cómo influye en el humor del paciente en lugar de ser considerado un observador objetivo.

Un segundo uso de la empatía está directamente vinculado a su comprensión como una necesidad del desarrollo (Kohut, 1959; Basch, 1990). El término «comprensión empática» señala ese contexto del desarrollo del afecto y, más específicamente, la ubica al final de este. Muestra la empatía como el resultado de un proceso¹³⁵ en el que se rearticulan los afectos, la cognición y la percepción en una cadena conceptual que se inicia en un fenómeno psicológico propio de la infancia (la resonancia afectiva) y finaliza en la adolescencia cuando se es capaz de separarse de las emociones. La empatía es entendida en esta perspectiva como un aspecto de la comunicación humana y, en su amplitud conceptual, la comprensión empática significa que un componente afectivo del mensaje de otra persona ha sido recibido adecuadamente (Basch, 1990). Así, la empatía, en su sentido estricto, es la comprensión del terapeuta del mensaje afectivo subyacente, y habitualmente inconsciente, que el paciente envía y también de los sentimientos del paciente de los cuales es conocedor. A pesar de la definición que Kohut hizo de la empatía –la herramienta para obtener datos–, realmente utilizó “empatía” o “ser empático” cuando quería decir “ser terapéutico”, lo cual significa encontrar las necesidades del self del paciente con una intervención apropiada. Así, la empatía o ser empático implica comprensión y también el empleo terapéutico de la comprensión. Por otra parte, Basch tiene una perspectiva más amplia de la empatía respecto a Kohut y utiliza las aportaciones de la psicología cognitiva y la neurociencia, además de su perspectiva específica del desarrollo emocional y sostiene que, para intervenir terapéuticamente, él se basa en

la posición teórica de que el comportamiento humano está afectivamente motivado; que el afecto tiene una línea de maduración; y que el terapeuta debe tomar en consideración el contenido de la memoria afectiva, el nivel de maduración del paciente y la naturaleza de la defensa empleada por el paciente para hacer frente a la vergüenza, la culpa o las dos (Basch, 1990: 9) [La traducción es propia].

¹³⁵ El proceso del desarrollo de la línea del afecto se inicia en la primera infancia (sobre los dos años de edad) con la resonancia afectiva, que equivale a los sentimientos o –lo que viene a ser lo mismo– el concepto del self. Los sentimientos se vuelven emociones cuando se articulan con experiencias ya subdivididas cognitivamente. La comprensión empática aparece como una posibilidad en el momento en que es posible separarse de las emociones y los sentimientos, hecho que ocurre en la adolescencia. Así, la empatía, desde esta perspectiva, es el final del proceso de maduración o relación madura, *mature relatedness* (Basch, 1990).

Un tercer uso de la empatía está vinculado a la noción de tiempo. Arnold Goldberg¹³⁶ (2011), basándose en Kohut, describe la «empatía sostenida» como el componente distintivo del psicoanálisis cuya virtud es conseguir un efecto terapéutico. Considera que los datos recogidos por la conexión empática deben ser considerados contextualmente y que la empatía se extiende a lo largo del tiempo, como parte de una narrativa¹³⁷. Un elemento que destaca Goldberg es el carácter bidireccional de la empatía, esto es, que el empatizado será evaluado por sus aspectos de mejora o negativos, pero también hay que considerar el impacto emocional en el empatizador.

Un aspecto que se ha de destacar es que los autores reconocen un techo en la empatía. Kohut (1959) advierte de que las limitaciones del psicoanálisis están definidas por los límites de la introspección y de la empatía; Basch (1990) asume que la empatía es curativa solo en los casos no complicados, los cuales relaciona con situaciones en las que interviene la culpa o la vergüenza. Dichos sentimientos generan una resistencia en el paciente respecto a la toma de conciencia del estado en el que se encuentra y considera que deben ser superados con una intervención terapéutica apropiada. Esta aportación es interesante puesto que parece aludir al discurso sobre los mencionados sentimientos que tanto las pacientes como las profesionales han estado presentando a lo largo de este texto. Por último, Goldberg (2011) entiende que la empatía, por su condición de ser sostenida en el tiempo, es “difícil de lograr, mal entendida y a veces puede no tener efecto terapéutico”.

Según lo presentado, la perspectiva psicológica centra mayormente el foco de atención en la capacidad empática de la persona que debe o quiere empatizar, aunque algunos refieren el efecto de la empatía en el empatizado, y, además, circunscriben la empatía en el contexto terapéutico como principal lugar donde se pueda sacar partido de la noción. En cambio, la perspectiva fenomenológica trabaja –y reclama– la noción como parte integrante de la vida cotidiana bajo una amplia perspectiva de usos. Considerando que la fenomenología es el estudio de los fenómenos que aparecen en la conciencia de un individuo o un grupo de personas en el contexto de las experiencias vividas, las nociones de proceso, subjetividades, intersubjetividades y acto de empatía

¹³⁶Goldberg (2011) se apoya en las contribuciones de la filosofía y la neurociencia para estudiar el proceso psicoanalítico.

¹³⁷Goldberg (2011) considera que la empatía se extiende a lo largo del tiempo en oposición a los estudios cerebrales, que son representativos de un solo momento en el tiempo. Por otra parte, se preocupa de distinguir explícitamente entre la empatía ordinaria o empatía de sentido común de la propia de un proceso sostenido que requiere un esfuerzo, definiéndola como algo más que un acto cognitivo.

son comunes en los discursos de los autores. A pesar de estas similitudes, la empatía es mostrada bajo diferentes focos de atención.

Partir de la definición de la empatía como acto de conciencia, destacar el carácter de inmediatez, de aceleración, de correspondencia y de vitalidad de la empatía en el contexto de la interacción son los pasos previos para poder experimentar algo de la vida de los otros como si fuera propia. En este sentido, la empatía se configura como elemento necesario para desarrollar la solidaridad social, entendida como concepto moral que permite a los individuos de una sociedad el desarrollo de actividades para las cuales deben colaborar y apoyarse mutuamente (Durkheim, 1987), como observamos en el tribalismo, en el nacionalismo, en la conciencia de clase, en la identidad de género o en la etnia (Frank, 1985). Frank contrapone el narcisismo¹³⁸ a la empatía, y, a partir de esa comparación, describe la empatía como la “suspensión del self para tomar el lugar del otro” (Frank, 1985: 190). Por otra parte, discierne entre la forma automática en la que se lleva a cabo la empatía y su uso como método que puede ser aprendido y practicado, por lo que permite una expansión de sensibilidades más allá de las experiencias habituales de uno.

Las dos figuras presentes en el acto de empatizar antes mencionadas por Goldberg (2011), el empatizado y el empatizador, son presentadas desde dos prismas. Desde la Antropología Psicocultural se reclama considerar que la empatía no es un proceso solo de quien está tratando de empatizar. Se define la empatía, o «comprensión empática», como un proceso intersubjetivo y como un trabajo de las capacidades imaginativas, de la mente y de lectura emocional imaginativa tanto del empatizador como de la persona empatizada, cuya finalidad es, asimismo, la experiencia de la comprensión de otro y la experiencia de ser comprendido (Hollan, 2008). De esta manera, se destaca la relevancia del proceso de diálogo intersubjetivo y de comprensión en divergencia a la perspectiva de Goldberg (2011), que destacaba principalmente el efecto de empatía en el “empatizado” (la mejora de los aspectos de avance y/o los negativos) y el impacto emocional en el “empatizador”. En cambio, volviendo a la visión fenomenológica, Throop (2010) acentúa la articulación entre la temporalidad y la ambivalencia de la empatía, así como su carácter dinámico y complejo. La define explícitamente como un proceso que está temporalmente formado, intersubjetivamente constituido y culturalmente modelado. Para expresarlo se refiere a la complejidad existencial y las dinámicas temporales de las

¹³⁸ Frank describe el narcisismo como “la autosatisfacción que podemos sentir no siendo pobre o inmortal, o cuando de otra manera es confrontada con la miseria de otros” (Frank, 1985: 190).

vidas subjetivas de los individuos en relación con la experiencia vivida de los demás. El aspecto de la temporalidad adquiere una relevancia significativa puesto que sostiene que

en las experiencias intersubjetivas hay momentos de conexión, sentimientos de comprensión mutua, de sintonía y compasión, pero también momentos de desconexión, sentimientos de confusión, de falta de alineación cuando uno se enfrenta a la impenetrabilidad de los demás y de nuestra propia vida subjetiva (Throop, 2010: 771).

De esta manera, destaca la ambivalencia que pueden tener la empatía y los actos empáticos por parte de empatizadores y empatizados. De hecho, señala como erróneo suponer que obtener una visión empática de otra vida subjetiva es siempre y necesariamente una valiosa práctica positiva puesto que hay momentos o situaciones en que no es valorada¹³⁹. La empatía no es solamente un proceso por el cual los individuos llegan a replicar las perspectivas, pensamientos y sentimientos de los demás en el contexto de sus propias vidas subjetivas, ni sería correcto ver las experiencias entre individuos homólogos como la base necesaria para la generación de posibilidades de comprensión mutua. Se trata, más bien, de que, dentro del arco existencial abigarrado de nuestros compromisos intersubjetivos con los demás, surjan los momentos de resonancia empática como los momentos de disonancia, de distanciamiento y confusión. Para finalizar con esta perspectiva teórica, señalaremos que entre los autores hay un interés por el origen de la empatía. Gieser (2008) trata de mostrar hasta qué punto la imitación en habilidades de aprendizaje puede ser entendida como un proceso empático¹⁴⁰, proporcionando así un lenguaje para describir el proceso silencioso del aprendizaje a través del compromiso práctico¹⁴¹. Entiende que la empatía es mucho más que la comunicación de la emoción y recurre al término «extralimitación intencionada» para expresarlo. Se refiere a que en la empatía interviene la intención y la acción de los participantes (observador y observado) en un proceso interpersonal mutuo, de manera que la intención-en-la-acción de ambos contamina la del otro. Así, el objetivo de la

¹³⁹Para ejemplificar esta afirmación, Throop (2010) hace referencia a la vida en la isla de Yap, en los Estados Federados de Micronesia. Allí, cuando la persona moral se entiende como ser un individuo que idealmente encarna las virtudes de autogobierno, quietud emocional y opacidad mental, la empatía y los procesos de empatía pueden acarrear algo más que sentimientos ambivalentes. Para justificarlo, expresa que, aunque el diálogo y la narrativa son sin duda importantes para la comprensión de los demás, la empatía puede ser cultural y moralmente entendida como una actividad que no es necesariamente la expresarla explícitamente en una conversación o de otras formas abiertas de expresión que a menudo están implicadas en prácticas narrativas.

¹⁴⁰El autor hace esta propuesta destacando explícitamente que no usa la empatía como un método de investigación etnográfica, como ha ocurrido en el pasado, sino como concepto teórico (Gieser, 2008).

¹⁴¹Para ello, Gieser (2008), que parte de una perspectiva fenomenológica, se apoya en ideas de la investigación psicológica.

empatía es comprender las experiencias de los otros de manera que el resultado final vendría a ser que “dos individuos se convierten en un nosotros” (Gieser, 2008: 312), hecho que se experimenta como el centro de la vida subjetiva, es decir, hace referencia a que estamos aquí con nuestro cuerpo y con el cuerpo de los otros simultáneamente. En definitiva, el autor afirma que el proceso de aprendizaje de nuestra atención conlleva observar e imitar emociones-en-el-mundo, no emociones como sentimientos internos o procesos biológicos, y, al hacerlo, se introduce una relación empática¹⁴². En esta línea, Schütz (1932) sostiene que el sujeto, en su relación con los otros construye categorías y estructuras sociales referidas a su aquí y ahora. De esta manera, puede reconocer relaciones con otros, de las que a su vez forma parte, construyendo un «nosotros», en que los sujetos involucrados se reconocen mutuamente y comparten una misma vivencia; un «ustedes» a partir de las relaciones con otros sin él y unas relaciones con terceros, los «ellos». Del mismo modo, se establecen relaciones referidas al tiempo. Nos encontramos a los «asociados»¹⁴³, que son aquellos sujetos con los que, además del reconocimiento y la vivencia compartida, se establece una relación cara a cara ininterrumpida, en la que el sujeto es capaz de conocer de tal manera a otros que le es posible orientar su acción hacia las reacciones que espera de ellos.

En este punto, cabe señalar que es precisamente la empatía el elemento que brilla por su ausencia en algunos contextos sanitarios donde la experiencia de ser diferente, por ejemplo un inmigrante, se relaciona con la incapacidad para entender al otro y con el miedo (Gailly, 2009). Como resultado de esa falta de empatía, los pacientes culturalmente diferentes acuden a los centros sanitarios con reservas, de modo que “verbalizan menos, están menos preparados para mostrarse a sí mismos y temen ser rechazados o castigados por lo que son” (Gailly, 2009:38). La respuesta radicaría en que tanto profesionales como clientes¹⁴⁴ sean capaces de relativizar sus orígenes culturales, pero también los sentimientos y miedos más comunes que se presentan en el proceso de atención. Así, Gailly propone la expresión «servicio con sensibilidad cultural» para

¹⁴² Gieser parte de la idea de Kay Milton respecto a que la emoción es un mecanismo de aprendizaje central para la percepción y la amplía hasta formular la tesis mencionada.

¹⁴³ Schütz (1932) establece que la diferencia entre nosotros y los asociados reside en que entre los asociados se generó primero una relación nosotros, en la que se compartió una vivencia, y, los asociados, además, reviven la relación nosotros que establecen.

¹⁴⁴ El término “cliente” es el utilizado por Antoine Gailly (2009) en su texto, motivo por el que se reproduce aquí, pero no significa que sea un término de nuestra elección. “Cliente” tiene connotaciones de carácter contractual que no reflejan la relación establecida entre las dos personas implicadas en el contexto sanitario; en cambio, entendemos que el término “paciente” hace referencia a la dolencia que tiene la persona y refleja el motivo por el cual se inicia la relación.

destacar que los factores culturales tienen un papel muy significativo en procesos de empatía, transferencia y contratransferencia, pero no los define. Contrariamente, en nuestro contexto etnográfico, las pacientes verbalizan aquellas cuestiones que consideran necesario compartir y no temen ser castigadas por lo que son o sienten. Ellas perciben a las profesionales como capaces de sentir empatía con la experiencia de la violencia y de establecer una relación de confianza, como ya hemos mostrado.

Una vez presentadas las diferentes perspectivas teóricas sobre la empatía, la cuestión que procede plantear es: ¿cómo se articula conceptualmente dicha noción en nuestro contexto etnográfico? A nuestro entender, el malestar generado tras sufrir una agresión sexual es el motivo por el que las pacientes acuden a la consulta. Paralelamente, una agresión sexual –aunque acto indeseado y moralmente injustificable en el contexto social y cultural estudiado– es un fenómeno ocurrido en un momento dado de la vida de esas mujeres. La perspectiva que hemos observado sobre la empatía muestra una fusión conceptual en que se articulan los conceptos de comprensión y comunicación, finalidad terapéutica y proceso intersubjetivo. Por una parte, la significación de las profesionales sobre la empatía se muestra constantemente vinculada a la perspectiva psicológica a través del carácter bidireccional de la empatía, la vinculación a la escucha atenta, a la comprensión empática y a la sostenibilidad en el tiempo, pero también lo hace a la comprensión de la agresión sexual en términos de experiencia vivida (Kleinman, 1988; Good, 2003). En definitiva, hace referencia a la finalidad terapéutica de la empatía en el contexto de una situación vital para las pacientes. Por otra parte, las pacientes centran la atención en la comprensión y en la comunicación sin que ello esté necesariamente ligado a la noción de empatía, por lo menos en un primer tiempo. Más bien, está relacionado con la forma automática de la empatía a la que hace referencia Gelya Frank (1985). A pesar de ello, tres pacientes recurrieron a la empatía para expresar el sentimiento de ser comprendidas. Paralelamente, las pacientes también señalaron la bidireccionalidad de la empatía, sin mencionar dicho término, y lo hicieron relatando su preocupación por el malestar que pudieran generar en las profesionales, como se verá dos apartados más adelante.

La problematización de la empatía desde una perspectiva exclusivamente psicológica radica en su naturalización. En cambio, la práctica de incorporar el conocimiento del funcionamiento de la empatía en el contexto de la relación profesional-paciente permite, por una parte, priorizar en la interacción entre individuos –y, por extensión, vincularla a

la noción «intersubjetividades»– y, por otra, considerar la empatía como un aspecto más de la relación ya que otros elementos (como la confianza) están también presentes. La correlación estrictamente estructural de los roles complementarios es, en este contexto etnográfico, el motivo por el que se inicia el encuentro, pero es la conceptualización de la relación intersubjetiva, la que mantiene una persona en interacción con otra persona, la que aporta el verdadero universo de comprensión empática. En definitiva, se trata de priorizar los usos de la relación intersubjetiva (considerando la experiencia vivida como tal) sobre la pareja de roles complementarios, en la que predomina una actitud naturalizadora y en la que se considera que el mundo existe independientemente de nuestras experiencias en él.

La empatía debe siempre entenderse en el contexto de determinados significados culturales, creencias, prácticas y valores (Throop, 2010). Así, hemos explorado, desde un punto de vista cultural, cómo la empatía es reconocida y promulgada o si hay situaciones en las que no es valorada en este contexto etnográfico. El término empatía surgió de forma explícita y espontánea en el discurso de tres pacientes durante sus entrevistas individuales. Así mismo, la noción apareció en cinco sesiones de terapia de grupo y en una visita individual entre la psiquiatra y una paciente a instancias de las profesionales, al menos, de forma mayoritaria. Todas las referidas definen la empatía en términos generales “como ponerse en el lugar de otra persona”, con esta expresión u otras similares. A pesar de ello, se observa una diferenciación en las narrativas atendiendo a su contenido. Temis y la trabajadora social mostraron el efecto que tenía en ellas la empatía. En cambio, Afrodita, la psicóloga y la psiquiatra se centraron en el uso de la empatía (permite la ayuda y la recuperación) y las profesionales, además, muestran el efecto que tiene la empatía en el contexto de la relación terapéutica.

Respecto a la primera diferenciación, si bien Temis y la trabajadora social hicieron referencia a un proceso de identificación con el colectivo femenino, hecho que explicaron por empatizar con él, las consecuencias y el razonamiento que ofrecieron obedece a dos aspectos diferenciados. La trabajadora social ya refirió en el apartado anterior que, en general, consideraba que se empatiza con “aquello que da miedo”, como es sufrir una agresión sexual. El resultado del proceso de empatización era que su actividad iba dirigida a “dar el máximo a las pacientes” y que sentía que trabajaba con rabia contra este sistema machista que permite dejar impune al agresor. Paralelamente, declaró que parte de la agresión sexual que sufrieron las pacientes también era de las

profesionales, lo cual a su vez tenía dos efectos: indignación cuando no se comprende a la mujer o cuando se la culpa e hipervigilancia en las profesionales, es decir, estar en un estado de alerta excesivo en la vida ordinaria. En cambio, el discurso de Temis giró en torno a sí misma y la forma en que se autopercibía. Tener más presente su condición de mujer tras haber sufrido la agresión sexual formó parte de un proceso de resignificación de sí misma. Previamente, su autoidentificación se vinculaba a ser persona, pero esta noción fue desplazada por las nociones mujer y mujeres, señalando el sentimiento para explicar la vinculación entre ella y el colectivo femenino. Este cambio se puede explicar a partir de las tesis de Mariluz Esteban (2004), que, desde la antropología feminista, propone el concepto de «itinerario corporal», que es una (re)adaptación del concepto «itinerario asistencial» de Comelles (1998). Para Esteban, los itinerarios corporales son procesos vitales individuales que remiten siempre a un colectivo y que ocurren dentro de estructuras sociales concretas en las que damos centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas estas como prácticas corporales. Así, Temis utilizó la empatía en su uso de viaje introspectivo que (re)situó su ser-en-el-mundo, el cual se basó en un proceso por autoadscripción. Por otra parte, amplió la definición antes presentada sobre la empatía haciéndolo como un estado de comprensión de la otredad, por el que es posible “ponerse en el sitio del otro” y que incluye los afectos. El contexto en el que ubicó esta definición fue la vida ordinaria, pero, explícitamente, también lo hizo en el contexto de la relación profesional-paciente. Opuso empatía a “mantenerse fría”, señalando que el afecto “no debería” mostrarse en la consulta, ya que se (pre)supone que no cabe en esa relación. Lo expresaron así:

Treballora Social: Per això ens indigna tant quan la pacient ens explica el que li han dit a la sala del jutjat. Segurament una persona amb un trastorn mental i té un procés judicial també li han dit barbaritats i no ens afecte ni la meitat. I aquí ens indignem: “però com que t’han dit si les relacions sexuals que teníeu amb el teu marit quan no estàveu separats, si també eren violentes? Però com s’atreixeixen?” Pues poder aquesta pregunta en un altre context, no ens la plantejaríem igual. Aquí ens sentim com si un trosset d’aquella agressió fos nostre. Per això estem sempre com hipervigilants.

Investigadora: Antes has hablado de empatizar.

Temis: Sí.

Investigadora: ¿Qué es empatizar para ti?

Temis: Entendernos, compartir situaciones, sentimiento, emoción. Entender al otro, ponernos en su lugar, que se ponga en mi lugar. Un terreno común que compartimos.

Investigadora: Y eso, ¿lo has detectado, lo has sentido aquí en la consulta?

Temis: Sí, sí, sí. Y, sobre todo, en esas partes que salen muy de dentro, muy personal, que lo que digo seguramente no debería de salir, deberías mantenerte fría y tal, pero que te sale de dentro y además en estos temas que son muy emocionales. Y que, como mujeres, lo que

decíamos antes de la mujer, que a mí me ha ayudado a hacer más piña con el colectivo femenino, no sé. Una cosa que antes no tenía tan en cuenta, bueno vale, sabía que era mujer, pero me sentía persona y punto. Ya ahora es como ¡guau!, que a las mujeres nos pasan estas cosas. Pero no el hecho en sí, sino a nivel social, cómo se trata. El tema del feminismo me ha dado mucha pereza siempre. Bueno, normalidad, pero luego piensas no estamos en situación de normalidad, así que hay que trabajarlo, decir las cosas. Entonces eso me hacía más sentimiento de mujer, de colectivo, y también ese punto de empatía, de empatizar con el resto del colectivo.

Así, las dos se sirvieron de la noción de empatía para explicar su identificación con el género femenino. La trabajadora social circunscribió la empatía al efecto que tenía en ella, principalmente, en el contexto de su actividad laboral, mientras que Temis enfocó la mirada hacia su identidad personal.

La segunda diferenciación fue la establecida por Afrodita, la psiquiatra y la psicóloga. La primera asumió la empatía como un elemento que permitía a la profesional “guiarla” en su proceso de recuperación; las segundas se preocupaban por profundizar en el efecto de la empatía en el contexto de la relación terapéutica. Afrodita lo narró así:

Investigadora: Eso, la confianza. ¿Y lo que decías de la empatía?

Afrodita: Bueno, pues que sabe ponerse en tu lugar y te entiende y que los recursos que tiene como profesional te ayudan a guiarte para ir superando poco a poco todo tu proceso, entonces es superimportante cuando vas a una persona, en este caso a la psicóloga, es tener confianza en esa persona y tener empatía y que te sepa guiar.

Investigadora: O sea, ¿la empatía es de ella hacia tí? ¿O tú hacia ella?...

Afrodita: Yo creo que ella hacia mí.

Así, Afrodita consideró que la empatía es unidireccional, de la profesional hacia ella. En cambio, la psiquiatra entendió que es bidireccional puesto que consideró que las pacientes notaban que la profesional las comprende y lamenta lo que les pasa. Por otra parte, la psicóloga entendió que la empatía, además de captar el dolor ajeno, permitía percibir sensaciones de bienestar cuando las pacientes mejoraban. Para ella, la empatía tiene un aspecto positivo (“se puede ayudar”) y otro negativo (“duele el dolor ajeno”):

Investigadora: I empatia és per tu?

Psicòloga: Posar-te al lloc d'altre. Què és molt fàcil però molt difícil. S'ha de morir el meu pare perquè jo entengui la mort d'un pare? Puc posar-me en el lloc i posar-me a plorar només de pensar-hi. Va per aquí.

(...)

Psicòloga: Si. L'altre és tens que saber que és un tipus de pacient que et pot generar molt de malestar, tens que saber què has de fer amb això,

Investigadora: Malestar per què?

Psicòloga: Perquè empatitzes molt, malestar en aquest sentit. Perquè ho pots viure com una gran injustícia, veus gent que viu situacions de veritable injustícia. A la vegada que aquella persona et genera molt de reforç quan aquella persona millora. Això també passa.

De este modo, las palabras de la psicóloga fueron similares a las expresadas anteriormente por la trabajadora social, pero las aplicó al efecto de la empatía en el contexto de la terapia. En realidad, estas afirmaciones breves de las profesionales quedan más ampliamente expuestas en el curso de varias sesiones grupales, de modo que serán aquí presentadas.

La tercera y última diferenciación del contenido de los discursos respecto a la empatía procede del conocimiento teórico que las profesionales aportaron de la noción a partir de experiencias vividas por las mujeres:

Afrodita: Yo ahora digo lo que pienso y los demás que asuman su responsabilidad. Mis amigas me fallaron.

Cibeles: También a mí. He podido contar más con las amigas menos íntimas que las íntimas. Hubo una, mi amiga, que me molestó. Pero hablé con ella. Por ella sí que luché. Aclaremos las cosas y la perdoné. Pero por las otras no valía la pena luchar.

(...)

Afrodita: ¿Y no sería que tu amiga no sabía cómo reaccionar?

Cibeles: Sí, por eso la perdoné.

Afrodita: Cuando yo necesité hablar, no me escucharon.

Psiquiatra: Es miedo. También es evitar, porque la gente muy cercana también se afecta, lo viven y también lo evitan.

Cibeles: Por eso le dije: “Te perdono, pero necesito que estés conmigo”. Necesitaba que me apoyara en cosas cotidianas.

Psicóloga: Bueno, aquí estamos, en la empatía. Una cosa es solicitar ayuda. Otra cosa es quién nos puede ayudar. La gente que empatiza nos puede ayudar, no hace falta que lo hayan vivido.

Psiquiatra: Ves aspectos de los demás que no conocías. Por ejemplo esto, que no son empáticos, que no les importo. Y también al revés, descubres quién lo es.

Perder amistades a raíz de la agresión es interpretado de dos formas diferentes considerando los roles complementarios. Por una parte, Afrodita y Cibeles coincidieron en recurrir al verbo “fallar” para hacer alusión a la pérdida. Además, Afrodita señaló las acciones de “no escuchar” o “no saber reaccionar” para complementar la definición, aludiendo implícitamente a la noción de escucha atenta (Masana, 2013). En cambio, Cibeles dirigió la atención al hecho de mantener las amistades, aquellas por “las (que) luchó”, afirmando que el apoyo es lo que esperaba de ellas. Por otra parte, las profesionales, además de considerar la cuestión como un evento en la vida de las pacientes, presentaron un discurso en el que destaca una lectura técnica, propia del conocimiento experto. A pesar de mostrar ese factor común, sus narrativas se centraron

en dos aspectos paralelos. La psiquiatra asumió la pérdida de amistades como una reacción emocional al conocer una situación de violencia. El miedo y la evitación (evitar una situación) fueron las emociones a las que se refirió. Paralelamente, y utilizando un lenguaje coloquial, describió la falta de empatía como el hecho de “no importar” a los demás. En cambio, la psicóloga señaló que la empatía era un requisito para poder ayudar a quien ha sufrido una agresión sexual, puntualizando que no hace falta haber vivido una situación similar para poder hacerlo. Para ella, se trataba de comprender el universo emocional de otra persona. No es solo percibirlo, es comprenderlo. De esta manera está aludiendo de forma indirecta a la noción de comprensión empática que aporta Basch (1990), la articulación de afectos, cognición y percepción. La falta de empatía a la que aluden las profesionales equivale a la afirmación de Afrodita respecto de “no ser escuchada” cuando necesitaba hablar. Por eso “le fallaron algunas amistades”. Así, la cadena escuchar-comprender-ayudar de la chica equivale a la empatía que refiere la profesional. Finalmente, los términos “que la gente responda” y “contar con” fueron los seleccionados por dos pacientes para expresar la ayuda, coincidiendo en el verbo “fallar” para aludir a su ausencia.

La conversación continuó y la psiquiatra preguntó sobre el balance entre las amistades perdidas y las ganadas. De las seis mujeres presentes, cuatro establecieron un balance positivo y dos expresaron un equilibrio. Leamos las narrativas de tres de ellas:

Afrodita: Dos personas me han dolido. He ganado otras dos. Tampoco he contado mucho. La familia bien, padres y hermano.

Aurora: Yo les dije a padres y tíos. Se lo fui diciendo individualmente. Todos bien. Un amigo perdido. También he ganado. He ganado más de lo perdido.

Ceres: No he tenido pérdidas. Se lo dije a mi expareja y a mi amiga. Mi amiga me dijo que no le diera vueltas. Mi expareja empezó a sudar. Reaccionó mal. Me evitó durante un día. Y luego volvió a mí. No creí que le afectara tantísimo.

Psicóloga: Empatizó tanto que hizo un vegetativo.

Así, destacaron el dolor ante la pérdida de personas que se tenían por amigas. Además, Ceres introdujo una reacción física asociada a la empatía en la persona que escucha: su expareja se puso a sudar al saber que fue agredida. La chica lo interpretó como una mala reacción y la psicóloga, como una reacción “vegetativa”, y por tanto física, tras conocer lo ocurrido. El uso que hicieron del lenguaje es ahora motivo de reflexión. Ceres utilizó el adverbio “mal” para describir cómo reaccionó, lo cual lleva implícita la idea de su complementario “bien” y de toda la gama de posibilidades en su combinación, e implica también la exposición de la valoración moral que establece del hecho. En cambio, la psicóloga ofreció una explicación del porqué de la reacción y lo

hizo en términos técnicos siguiendo la cadena conceptual entre la empatía y “el vegetativo”, sin realizar un juicio moral respecto a dicha reacción. Así, según la psicóloga, la empatía es presentada como un elemento necesario para poder ayudar y, paralelamente, tiene un efecto negativo en la persona que ayuda si no se sabe gestionar el dolor ajeno. Al continuar con la conversación, Afrodita introdujo otro ámbito en el que la empatía estaba presente:

Afrodita: ...Y yo hablé en el juicio. Dije todo lo que pensaba. Y mi amiga me dijo que la jueza estaba muy incómoda. Pero yo hablé.

Psiquiatra: Lo que hacéis es ir desde el sufrimiento y acercaros a los demás. La calidez, la empatía. A tu expareja era “no puedo con eso” [*mira a Ceres*]. La jueza lo mismo. Tienen dificultad para gestionar.

La amiga de Afrodita afirmó que la jueza se incomodó. La cuestión es por qué lo hizo. La psiquiatra consideró que relatar sus experiencias desde el sufrimiento provocaba esa reacción, haciendo referencia de nuevo al efecto negativo de la empatía si no se sabe gestionar el dolor ajeno. En este caso fue con dificultad.

En la decimocuarta sesión, Hera planteó una pregunta de forma directa:

Hera: Tengo una pregunta para las tres profesionales. ¿Habéis tenido una agresión?
[*Silencio.*]

Psiquiatra: ¿Por qué lo preguntas?

Hera: Porque si no habéis tenido una agresión, ¿cómo podéis entenderlo? Con todo el respeto.

Psiquiatra: Aquí se tratan secuelas psíquicas, que son signos de salud. Es como tener un infarto, que no hace falta tenerlo para tratarlo. Tu pregunta me parece bien, pero no es necesario vivirlo para ayudar o para entender. Puedes empatizar. Vivirlo tampoco te ayuda a ayudar. Aproximarse desde otra situación emocional y tener conocimiento te da la posibilidad de poder ayudar. Piensa que los profesionales pueden presentar síntomas postraumáticos aunque no hayan vivido una agresión. Todo el día tratando este tema..., la emoción, y mantener una distancia suficiente porque, si no, no tratarías, pero también mantener lejanía porque, si no, acabarías también victimizada. Los bomberos, policías, este tipo de personal que atienden a las víctimas en el momento más urgente, también tienen que tener en cuenta esto.

Hera: Respeto que no quiero saber su vida.

(...)

Psiquiatra: La experiencia nos ayuda a tratar y la empatía personal también.

Hera: Yo me siento bien atendida.

La respuesta de la psiquiatra condensó varias ideas. Primero, lo relatado por las mujeres respecto a su malestar son secuelas psíquicas de la agresión sexual, es decir, interpretadas como signos y síntomas. Segundo, no hace falta vivir una situación de violencia sexual para poder entenderla. Tercero, la empatía y los conocimientos teóricos le permiten ayudar a la víctima. Cuarto, es necesaria una distancia emocional intermedia

para hacerlo: si se aleja mucho, no trata, y, si se acerca demasiado, “victimiza” (hace daño). Quinto, los equipos de profesionales también pueden presentar “síntomas postraumáticos”, es decir, sentir un malestar psíquico similar al que sufren las víctimas por estar cerca de ellas. La correlación entre estas premisas presentes en el pensamiento de la psiquiatra y la percepción de Hera de “sentirse bien atendida” resulta un punto conceptual de lo más revelador puesto que explicita la articulación entre comprensión empática y la relación intersubjetiva. El final de la conversación referida así lo evidencia:

Hera: Lo digo porque las personas que me habéis tratado, y lo sabéis, el trato ha sido bueno. Me cuesta creer que mi esposo me entienda. Me hice el análisis [de sangre]. La señorita del counter fue muy prepotente (...). Quería expresar que no entiendo cómo nos pueden entender. Qué diferente la enfermera o la doctora de infecciones que la del counter.
Psicóloga: Puede pasar que no puedan entender. Hay conocimiento teórico sin el que no podrías ir, y otra cosa es el carácter. Empatizar es necesario para tratar las víctimas. También el conocimiento. Para tratar un cáncer no hace falta tener uno.
Psiquiatra: La experiencia nos ayuda a tratar y la empatía personal también.
Hera: Yo me siento bien atendida.
Psiquiatra: No es tan complicado. Son síntomas y sufrimiento.
Psicóloga: Es nuestra profesión.
Psiquiatra: En general, es sufrimiento. Habláis de miedo, sufrimiento, culpa.

Así, el verbo “entender” utilizado por Hera equivale a “empatizar” empleado por las profesionales en este contexto, siendo –según la psiquiatra– el miedo, el sufrimiento y la culpa los sentimientos que más frecuentemente exponen las pacientes, y, por tanto, con los que empatizan. Es interesante destacar que al final de la sesión Hera utilizó la palabra empatía cuando a ella, en su entrevista personal, no le sugería ningún significado. Es a través de la relación con las terapeutas como aprehende su significado y uso. De este modo, queda visible el efecto endoculturador del discurso de las profesionales.

En suma, la empatía adquiere un significado local que está relacionado con la comprensión de la otra persona en el contexto de la interacción intersubjetiva. Es interpretada por las profesionales como un elemento que tiene un uso terapéutico y, como tal, es promulgada hasta donde lo permiten sus limitaciones. Así mismo, adquiere la función de cohesión y solidaridad mediante la identidad de género.

Al presentar la confianza, ya hemos mostrado la empatía, desde la perspectiva de las profesionales, como uno de sus elementos constitutivos y, una vez en el contexto de la interacción profesional-paciente, permite establecer el “vínculo”. En este punto, la empatía se presenta como un elemento necesario para poder ayudar. La cadena

escuchar-comprender-ayudar de las pacientes explica su efectividad, siendo este el aspecto valorado de la empatía. El posicionamiento emocional de la persona que quiere ayudar es necesario para conseguir ayudar sin que le afecte negativamente: ni una distancia lejana –porque no ayuda– ni cercana –porque es dañina–. Así, el efecto negativo en la persona que ayuda representa una situación en que la empatía no es valorada, aunque sí es considerada esta limitación con el objetivo de subsanarla.

No es frecuente la referencia a la empatía por parte de las pacientes. A pesar de ello, el significado que le atribuyen es común con las profesionales y hace referencia a “ponerse en el lugar de otra persona” ubicando dicha definición en el contexto de la vida cotidiana de forma primordial. Por otra parte, hemos observado que las profesionales instruyeron a las pacientes sobre el efecto de la empatía, lo cual no excluye que algunas pacientes la tuvieran presente antes de interactuar con ellas.

4.3.2 Un camino compartido: responsabilidad y el proceso de «negociación»

Hasta el momento se ha hecho hincapié en aspectos formales de la interacción entre las pacientes y las profesionales, los cuales giran alrededor de la confianza y la empatía con el telón de fondo de la comprensión de los afectos, las percepciones y las cogniciones en un contexto donde las experiencias vividas están en primera fila. A lo largo del trabajo de campo se pudo observar una práctica, a la que nos referiremos con el término de “negociación”¹⁴⁵, basada en la noción de responsabilidad y vinculada directamente con el tipo de relación que se ha descrito entre las profesionales y las pacientes. En el trabajo anterior a esta investigación se pudo definir la “negociación”¹⁴⁶ como el proceso basado en la comunicación verbal a través del cual se llegaba a acuerdos entre los profesionales y los pacientes respecto la terapia que había que seguir. Así mismo, los profesionales establecieron el límite de la “negociación” en la pérdida de juicio crítico y/o riesgo para primeras o terceras personas (Roda, 2008). Para ello, era necesario el

¹⁴⁵ La palabra negociación se ha utilizado en este estudio a partir de que surgiera en boca de algunos pacientes y profesionales que participaron en la investigación previa a este. En este caso, ha servido como punto de partida.

¹⁴⁶ No hubo consenso en el uso del término “negociación” entre los participantes. El equipo de psiquiatra recurría también a “pactar”, “convencer” o “alianza o contrato terapéutico”; los pacientes se identificaban, así mismo, con expresiones como “sugerir”, “decir lo que pienso”. Se concluyó que el término hacía referencia al hecho de no compartir una misma opinión y buscar una alternativa aceptable para las dos partes interesadas (Roda, 2008: 85-86).

intercambio de información¹⁴⁷ entre ambos subgrupos así como el sustrato de la dimensión moral, concretamente de la noción de responsabilidad, la cual se materializaba en que los profesionales pretendían procurar bienestar y los pacientes lo hacían buscando ayuda y asegurando así su propio cuidado. Lejos de estar vinculadas a la lógica del sentido común, tales premisas obedecen al planteamiento de las enfermedades como problema para la ciencia aplicada, siendo la práctica médica un mecanismo en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros y que implica una serie de roles institucionalizados (Parsons, 1966). El «rol de médico» se centra en su responsabilidad por el bienestar del paciente y «hacer todo lo posible» para su recuperación completa, y el «rol de paciente», en su responsabilidad de buscar ayuda, lo cual no está exento del mecanismo implícito de control social por parte del médico. En realidad, no se trata solo de que las personas enfermas necesiten ser ayudadas, sino de que esta necesidad está socialmente reconocida, igual que lo está la clase de ayuda. Así, está culturalmente definido que los profesionales de la medicina traten un problema determinado en términos objetivos y científicamente justificables y que, perteneciendo a una minoría, se ocupen de la colectividad¹⁴⁸. Lo relevante aquí es que la ideología de la profesión subraya la obligación del médico, esto es, la responsabilidad social y moral de poner el bienestar del paciente por encima de los intereses personales. Kleinmann y Benson (2004), en este sentido, señalan que el sufrimiento, dentro del que la enfermedad es una variedad, sintetiza el sentido moral y las respuestas a este, como los cuidados de familiares, de médicos, de enfermería, etc., son actos morales “llenos de significado y cargados de la responsabilidad de cambiar para mejor una situación problemática” (Kleinmann y Benson, 2004: 18). Complementariamente, el «estar enfermo», o, mejor expresado, el rol de la «persona enferma» constituye igualmente un rol social puesto que existen una serie de expectativas institucionalizadas¹⁴⁹. Por otra parte, tenemos presente que el término

¹⁴⁷ Por información entendemos la transmisión del conocimiento. Por parte de los profesionales se refiere al conocimiento experto sobre los aspectos técnicos de la enfermedad y su tratamiento; por parte de los pacientes se refiere al conocimiento del estado en que se encuentran, sus circunstancias personales y sus preocupaciones (Roda, 2008, 78-79).

¹⁴⁸ El cuidado del rol del médico pertenece al tipo general de roles profesionales, un subtipo del grupo más amplio de los roles ocupacionales. Consiste en un empleo de dedicación exclusiva funcionalmente especializado cuyas pautas predominantes señalan que este rol es universalista, se basa en la adquisición de valores, es afectivamente neutral y está colectivamente orientado (Parsons, 1966).

¹⁴⁹ Parsons (1966) señala cuatro aspectos del sistema de expectativas respecto al rol del enfermo: 1) la excepción de las responsabilidades normales respecto al rol social, en relación con la naturaleza y gravedad de la enfermedad; 2) no se puede esperar de la persona enferma que se ponga bien por un simple acto de decisión o deseo, y, por tanto, también está eximida de responsabilidad; 3) se define el estado de

“negociación” implicaría una relación de igualdad entre las pacientes y las profesionales. Si partimos de la premisa de la posesión del conocimiento experto, esa situación no se da. En cambio, si la idea es atender a la noción cada vez más emergente de la responsabilidad que las pacientes dan por hecho que tienen en su proceso de salud/enfermedad/ atención, la relación de igual a igual es más que un mero deseo.

Por responsabilidad se entiende, gnoseológicamente¹⁵⁰, una conducta moral integrada en la conciencia individual que, a su vez, pende de la colectiva en la dirección que Durkheim (1987) apuntó, la de norma redactada por la sociedad que constriñe al individuo. Por otra parte, y alejándose del discurso ético, responsabilidad significa “hacerse cargo de todo lo que tiene que ver con uno, empezando por uno mismo, de los proyectos, deseos, intereses y anhelos que denominamos identidad” (Cruz, 1999). Así, se vincula categorialmente la responsabilidad a la noción de identidad, entendiendo por esta una condición heterogénea y compleja y no un proceso de construcción homogéneo. Para ello, los argumentos subjetivistas son un buen punto de partida puesto que vinculan la idea de acción a la de responsabilidad; los contrarios, los antisubjetivistas, “proporcionan coartadas *ad hoc* con las que escapar de una hipotética atribución de responsabilidad” (Cruz, 1999: 38).

La responsabilidad de la que se habla en este trabajo es la que Jonas (1995) clasifica de ética clásica, que está basada en la idea tradicional de derechos y deberes, se funda en la reciprocidad y tiene exigencias para lo que *es* ya. El alcance de su acción redundante en las cercanías del acto: o en la praxis misma, o en su alcance inmediato, tanto en el tiempo como en el espacio. La diferencia de la ética nueva¹⁵¹, que se basa en el deber no recíproco, se ocupa de lo que todavía no es y el alcance de la responsabilidad recae en el futuro indeterminado de la acción. Por otra parte, la responsabilidad de la ética clásica es la que permite la negociación a la que nos referimos. En este aspecto, el término «negociar» es utilizado en diferentes contextos (Comelles, 1996; Sánchez, 2008). El primero menciona las negociaciones entre el médico, el enfermo y la red social en la aplicación mecánica de un tratamiento medicamentoso tras la evaluación de los síndromes que presenta un paciente. La garantía del cumplimiento del tratamiento se

enfermo como indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar; 4) hay obligación de buscar ayuda *técnicamente competente* y cooperar con el médico en el proceso de sanar.

¹⁵⁰ La gnoseología es la parte de la filosofía que estudia los principios, fundamentos y métodos del conocimiento humano. Se identifica con los conceptos de la teoría del conocimiento o epistemología.

¹⁵¹ Se refiere a la ética que puede dar instrucciones al ser humano cuando este ha aumentado su poder mediante la técnica moderna.

basa en la confianza entre el médico y la red social a través de la confidencialidad, la legitimidad conferida por su condición de ilustrado y por compartir vivencias con el enfermo y su red social. En cambio, la segunda reivindica el proceso transaccional a lo largo del cual el clínico y el paciente están negociando los términos de su interacción. Se centra en la atención de los pacientes con diagnóstico médico de anorexia nerviosa, al que se refiere con el término «proceso de restricción», con la finalidad de comprender el proceso de significación de ese trastorno. En nuestro contexto, la persona que tiene un problema de salud “negocia” tener voz en su propio proceso, en el que el tratamiento farmacológico es uno de los aspectos, y participar en la toma de decisiones apelando a su responsabilidad individual y no a la de otras personas.

En otra línea de pensamiento, Paolo Bartoli (1989) propuso como estrategia programar intervenciones educativas en las que el personal sanitario se relacionara con los grupos de población cuyos objetivos consistieran en redefinir con ellos la situación problemática y negociar el sentido de la propuesta de cambio. Para ello, afirmaba que era precisa una metodología basada “en el conocimiento del otro, en el dejar espacio a las palabras, a la definición y a los problemas del otro” (Bartolí, 1989:24). De esta manera, se podía resolver la ambivalencia de la educación sanitaria, situada entre ayudar a los individuos a mejorar su salud y el riesgo de convertirse en un instrumento de control social a expensas de una excesiva apropiación de la vida por parte de la medicina, o lo que es lo mismo, de la medicalización. Y parece ser que esta es la vía por la que optaron las aquí implicadas.

A pesar de que la responsabilidad fue un término que no apareció abiertamente en los discursos de las informantes, excepto cuando se hizo referencia a la responsabilidad del agresor respecto al acto de la agresión sexual, sí fue una noción implícita en sus prácticas. Trataremos la cuestión desde tres aspectos para hacerla explícita: el uso del término “negociar” y su definición, el objetivo de establecer la “negociación” y el límite de la “negociación”.

Respecto al primer aspecto, las informantes ofrecieron discrepancias en el contenido que le otorgaron a la palabra “negociar” y en la elección de la palabra que se ajustaba más a la percepción que tenían de sus prácticas. Sin embargo, admitieron dicho término como noción que se aproximaba a la práctica que tenía lugar en el interior de la consulta. El contenido de los discursos, considerando si lo aceptaban o no, fue bastante homogéneo, mostrando diferencias en la forma de expresar sus pensamientos. Nueve de

las diez pacientes entrevistadas rehusaron la palabra “negociar” para referirse a no seguir la recomendación de las profesionales y la psiquiatra lo hizo por considerar que no era la base de la relación con las pacientes y porque, por definición, entendía que negociar era “una cosa a cambio de otra”. Ella prefirió la expresión “llegar a un acuerdo” con la paciente y respetar las decisiones de esta, nociones ambas referidas ya por algunas pacientes. Así mismo, las palabras que sí aceptaron las pacientes fueron “comunicación abierta”, “respetar la opinión”, “pactar”, “dejarse guiar” y “confiar”. Solo una de ellas utilizó “regatear o esquivar” para expresarlo. Paralelamente, Temis y Hebes utilizaron la misma definición que la psiquiatra para expresar la idea de negociar, pero seleccionaron los verbos “pactar” y “confiar”, respectivamente, para representar la práctica llevada a cabo. El resto de las compañeras optaron por definir el acto como “no imponer”, “aceptar la recomendación y decirlo si va mal” y “respetar” que no se esté de acuerdo. Los discursos de las pacientes fueron bastante homogéneos en cuanto a los significados, a pesar de que mostraron alguna diferencia poco significativa. La más relevante se dirigió a la emergencia del término “respeto”, que fue utilizado por dos de las mujeres de más edad, pero también lo hizo una chica en la treintena, motivo por el que consideramos que la edad no es un factor que justifique la diferencia. A pesar del abanico terminológico y de su definición, todas las pacientes estuvieron de acuerdo en que una cosa era aceptar cualquier recomendación sin cuestionarla, lo cual implicaría dejarse llevar de manera pasiva, y otra “dejarse guiar” por las recomendaciones, pensarlas y decidir aceptarlas o no, lo cual implicaba tener en cuenta sus propias opiniones y, a partir de ahí, tomar una decisión activa respecto a lo que querían hacer. Así, se distinguieron dos elementos: la recomendación profesional y su voluntad de seguir o no una recomendación en función de sus creencias. De este modo, la fusión del rol del paciente, que confía en su médico, con la noción de responsabilidad vinculada a la identidad queda patente en la siguiente narrativa:

Isis: (...) Cuando me lo quite, ¿qué va a pasar? ¿Que me voy a volver a quedar hecha polvo? Por eso estuve una época en la que no tomaba nada y también conseguí que la psiquiatra lo entendiera y me fue variando hasta que... me dijo: “Primero intenta salir y luego ya lo vamos variando”.

(...)

Isis: Más que negociar diría, casi es de más, cómo te diría yo, como más divertido, sería regatear [*ría*]. Y no regatear en el sentido futbolístico, sino de intentar evitar, o a lo mejor sí, como en el mercado. A ver, tú me dices esto y yo digo que con menos puedo. A ver, sí, es una negociación, pero yo también lo veo el intentar esquivarlo. (...) Porque yo puedo decirte: yo no quiero tomar nada de esto. Respeto que tú consideres que, si no, no voy a salir. Pero si voy a salir igual sin tomarlo, aunque tarde tres meses, ¿me dejas que lo intente? Sé que soy fuertota, y sé que estás ahí y te lloro las penas o las lloro a otro, las voy

a ir sacando. Entonces, ese era el regateo. Esquivo, saber que tengo esas obligaciones, pero voy a hacer que no me entero. Prefiero eso a decir eso no me funciona, dame otra cosa y tampoco me la tomo.

Némesis: Jo em deixo recomanar per la psiquiatra i la psicòloga [*diu els seus noms*]. Per exemple, si la psiquiatra em vol posar un medicament més que ja m'ha tret, doncs li dic que preferiria que no. Jo el prenia, me'l va retirar pujant-me una altra medicació. Llavors vaig passar dues setmanes d'infern per culpa de treure aquell medicament i ella me'l vol tornar a posar perquè veu que em falta una mica però li vaig comentar que no el vull prendre perquè no vull tornar a passar aquelles dues setmanes que vaig passar. Llavors ella em respecte l'opinió, però també em deixo seguir per les seves recomanacions.

Así, Isis consideró finalmente que la palabra negociación podría ser acertada para expresar su posición ante el tratamiento que había de seguir. Para ella, como para Némesis, esta actitud significaba que sus opiniones contaban en la toma de decisiones, no realizarían una acción en contra de sus creencias y no afirmarían tomar una medicación si no lo estuvieran haciendo. De este modo, entendían que eran responsables de su autocuidado.

Estas pacientes se refirieron a tomar o no un fármaco como tema objeto de negociación. De las dieciséis visitas individuales con la psiquiatra, se pactó el tratamiento farmacológico en once y en las restantes no surgió la cuestión. Veamos dos conversaciones al respecto:

Psiquiatra: ¿Qué hacemos con la medicación?
Paciente: Bajarla.
Psiquiatra: Vale.
Paciente: Para bajar, ¿cuál es la mejor?
Psiquiatra: Es mejor dejar la de la noche, así nos aseguramos de que duermas bien.
Paciente: De acuerdo.
Psiquiatra: Yo te veo mejor.
Paciente: He vuelto a sonreír, a hacer bromas. A ser yo.

Psiquiatra: (...) Te dieron medicación en urgencias. ¿Qué te dieron, diazepam?
Paciente: No, el diazepam me lo dio mi madre sobre las dos de la tarde.
Psiquiatra: ¿Te dio el diazepam?
Paciente: Sí, porque me entró el mayor ataque de pánico que tuve. El más grave fue cuando estaba con mi padre en el coche. No podía respirar, se me inmovilizaron las manos y mi madre me hizo chupar un diazepam, luego me dieron otro.
Psiquiatra: Entonces, ¿qué hacemos con ese tema? ¿Medicamos para tener ese tema más controlado?
Paciente: Yo, sinceramente, no. Porque yo de ansiedad no, porque es lo que te he dicho antes, estoy tranquila.
Psiquiatra: Pero puedes tener síntomas, ¿eh? Puedes tener otro ataque de ansiedad, que lo sepas. ¿Tienes algo por si te da otro ataque de ansiedad?
Paciente: Diazepam.
Psiquiatra: ¿Lo tienes en casa? Lo tomas en caso de crisis.
Paciente: El que estoy tomando por las noches es el de dormir que me recetaste el día que vine la semana pasada.

Psiquiatra: Eso te ayudará un montón y las pesadillas tranquilas. Sigue por ahí. Y en caso de crisis de ansiedad como el que tuviste, ahora ya sabes qué es, te tomas el diazepam.

Paciente: Sí.

Psiquiatra: Entonces, vamos a empezar, esto es un proceso. Si tú nos das confianza, pues.

Paciente: Sí, sí.

Psiquiatra: Pues vamos a ponernos contigo a trabajar juntas. Enfermería, psiquiatría, psicología. Aquí hay todo un equipo para ir ayudándote en tus fases.

En cambio, Minerva, la psicóloga y la trabajadora social sostuvieron que establecían una negociación. Las dos primeras la definieron como “llegar a un acuerdo”, como hicieron algunas del grupo que no aceptaban la palabra negociar, teniendo una clara conciencia de que era una práctica que llevaban a cabo. Sin embargo, la trabajadora social definió negociar como “dar una cosa a cambio de otra”, que fue la definición que rechazó la psiquiatra.

A pesar de las diferencias mostradas entre las profesionales, todas ellas consideraron que negociaban con sus pacientes todo tipo de situaciones: desde el día, la hora y la frecuencia de las visitas hasta el tipo de tratamiento que se iba seguir, las pautas “para superar los miedos” o los cambios que convendría introducir en sus vidas. Profundizando un poco más, las profesionales coincidieron en utilizar el verbo “proponer” cuando exponían un plan de trabajo, un tratamiento o terapia; “respetar” cuando la paciente rechazaba la propuesta y “aceptar” cuando estaba de acuerdo. Más específicamente, la psicóloga utilizó la expresión “creer en la terapia” para referirse a aceptar una terapia específica del trauma, el EMDR o exposición con alta imaginación al trauma:

Psicòloga: Una part seria que jo proposo un tractament i que em digui que no perquè ella creu que està bé, no? Doncs aquesta part, jo tinc en compte si hi ha o no simptomatologia, li dono a entendre, ho respecto, li faig un seguiment, etc. L'altra part, si que és veritat, que hi ha una part de la teràpia psicològica que és altament aversiva que és exposar-se al trauma, EMDR o exposició amb alta imaginació al trauma. Aquesta part sí que m'espero que la persona accepti, i cregui realment en la teràpia. Per tant, li dic, li torno a dir, li repeteixo tantes vegades com sigui necessari fins que la senyora accepti i estigui *convencuda*, i jo la vegi estable.

La terminología escogida indica que consideran que la paciente es la que tiene la última palabra en cuanto a seleccionar la forma en que quiere tratarse y recuperarse, lo cual apunta a la idea de responsabilidad antes mencionada. Esta línea de pensamiento está en consonancia con la de las pacientes puesto que estas consideran que son ellas las que deciden si seguir o no un tratamiento o una propuesta de trabajo. En realidad, esa premisa es anterior al inicio de la relación terapéutica, puesto que las pacientes

sostuvieron que ellas solicitaron ayuda por voluntad propia y, ya en consulta, expusieron las dudas que les iban surgiendo en relación al tratamiento y a todo el proceso de recuperación que vivían.

Respecto al segundo aspecto, el objetivo del proceso de negociación, las pacientes y las profesionales estuvieron de acuerdo en que la mejoría de las primeras guiaba su práctica. Sin embargo, mostraron diferencias en cuanto al objetivo inmediato de la negociación, que estaba vinculado a la pareja de rol complementario. El pensamiento de las pacientes fue muy homogéneo y se engloba en dos ideas: tomar decisiones y buscar su bienestar respetando sus creencias personales. Como dijo Temis, se trataba de ser parte activa en la toma de decisiones, implicarse en el tratamiento y no quedarse en el “obedecer”:

Investigadora: ¿Qué pretendes conseguir con pactar?

Temis: Implicarte totalmente en tu propio tratamiento. Si tomas decisiones, ayudas mucho más, y si formas parte de ello, que no el tú mandas y yo hago lo que tú digas. Sí, tomar decisiones.

Hebes: Que han canviat el tractament o m'han baixat la dosi. Per exemple la psiquiatra em va posar més antidepressius i jo li vaig dir que no em volia prendre tants perquè és un *conyazo* treure-te'ls i jo sóc molt antipastilles. Llavors, em va dir, "perfecte, si vas a pitjor ho augmentarem però sinó ho deixem... "

(...)

Hebes: Jo crec que sinó tens confiança que això no t'ha sentat bé, per més que et diguin "pren això", si tu no vols prendre-ho, no t'ho prendràs. I jo he anat per endavant i he dit no ho faré perquè penso que això no m'està sent tal...què fem? No, és que si tu em dius: "segur, segur que", pues *vale*. Una mica negociar? Si!

Investigadora: Posa la teva paraula.

Hebes: Humm, confiança més aviat.

Investigadora: Què pretens amb "el no-negociar"? [Riu]. El fet de dir no vull tants antidepressius...

Hebes: Pues que estiguis tu segura que fas aquell tractament.

Por el contrario, las profesionales mostraron diferencias significativas respecto a sus razones. La trabajadora social y la psicóloga tenían como objetivo el “cambio”, es decir, que la mujer estableciera un cambio en su vida para conseguir una mejoría, aunque aportaron diferentes razonamientos. La primera lo justificaba considerando que a la mujer, tras sufrir una agresión sexual, le cuesta tomar decisiones y, de forma implícita, pide que le digan qué tiene que hacer y cómo. Esta idea corre paralela a la que las pacientes ofrecían en el capítulo anterior sobre “estar bloqueadas y no poder hacer nada”. Además, afirmó que la idea de crecimiento personal de la mujer va a la par de la negociación. En cambio, la psicóloga observó el “cambio” en términos terapéuticos, lo

cual equivale a utilizar “pautas” de tratamiento psicológico para la mejoría del estado de la paciente. En otra línea de razonamiento, la psiquiatra pretendía que la paciente siguiera el tratamiento de una manera tranquila y que fuera la paciente quien debía orientar a la profesional respecto a la idoneidad del medicamento que procedía recomendar. A través del ejemplo del uso de medicamentos que habría que tomar, expresó que no quería una relación en la que la paciente tomara lo que ella recetara por imposición y que solo las pacientes sabían cómo les sentaba el medicamento. Este sería un aspecto en el que la psiquiatra sí aceptaba que negociaba, aunque seguía rechazando el término. En definitiva, ha resultado bastante significativo que el objetivo inmediato de la negociación sea distinto para cada profesional, hecho que está relacionado con la especificidad de cada profesión. Lo expresaron así:

Psiquiatra: Però negociar no és *esto a cambio* y *esto* ...elles em diuen el què i jo ajusto les coses [*els medicaments*] al que elles em diuen. Això sí.

Investigadora: Per què creus que negocies?

Psiquiatra: Perquè elles saben molt millor que jo com els hi senta. Jo els hi dic: "*Tú me dices si te va bien o mal. Yo te lo subo, te lo bajo, cambiamos. Hay cincuenta mil medicamentos, pero tú me tienes que orientar, yo no estoy en tu cuerpo*".

Investigadora: I què pretens amb això?

Psiquiatra: Que es prenguin la medicació, que accepti el tractament d'una manera tranquil·la, sense sentir-se malament i després aconseguir un tipus de relació que no sigui "*tú te tomas esto porque yo te digo*".

Treballadora social: (...) Negocio contínuament. *Venga, un poquito más que tú puedes, venga un poquito más*. I això fa que a l'anàlisi de la següent visita se n'adonin de tot el que ha anat fent, i això fa que vagi creixent fins que no calgui negociar.

Investigadora: Pots definir què és negociar?

Treballadora social: Sí, donar una cosa a canvi. Allò de jo t'intentaré tramitar un ajut econòmic però tu a canvi què vols fer, què ofereixes? O sigui, no cobraràs una paga por ser una mujer agredida sexualmente y punto, ¿no? A veure, què estàs disposada a fer? Vols continuar vivint? Vols buscar feina? Vols ajudar? Estar amb la teva família? *Bueno*, petits canvis. Alguna cosa a canvi, sí.

Investigadora: Què pretens aconseguir negociant?

Treballadora social: Millorar la qualitat de vida de ella perquè penso que en aquells moments els hi costa molt prendre decisions i necessiten algú que els hi digui i aquesta negociació va cap el camí que ella inexplícitament t'està demanant però que per sí sola ella no anirà a un centre i farà *todo lo que le digan*.

Respecto al tercer aspecto, el límite de la negociación, se encuentra relacionado con la gravedad del estado de la paciente. Este es un aspecto que solo sacaron a colación las profesionales y se refirieron a ello con el término “estar mal”. La psiquiatra recurrió al término “riesgos” para referirse a ese estado. Las profesionales clasificaron el límite de la negociación en dos categorías según la intensidad de la gravedad. Por una parte,

señalaron la ideación suicida, un pensamiento que implicaría iniciar visitas con la psiquiatra en el caso de no estar haciéndolo y/o ser derivada a urgencias. La argumentación que aportaron fue que eran responsables profesionalmente de la integridad de sus pacientes. En estas situaciones negociaban igualmente la forma y el momento de llevarlo a cabo. Por otra parte, la psiquiatra destacó otras formas de sufrimiento intenso, como tener pesadillas relacionadas con la agresión sexual. El hecho de revivir constantemente la agresión conlleva una gran dificultad de concentración, como se observa en la narrativa de esta estudiante:

Investigadora: Hi ha un moment en que consideres que no pots negociar?

Psiquiatra: Si. Quan les coses estan molt malament, quan la patologia està molt greu i és molt severa. A més jo els hi dic. Per exemple, gent que no t'accepten el tractament. *Vale*, no la veig tan malament com per no ...jo li havia posat d'una manera quasi profilàctica i no l'accepta en aquests moments. *Vale*. Però si la veig molt malament, jo li diré, eh? Aquí no podem negociar.

Investigadora: I ho accepten en general quan arriben en aquest punt?

Psiquiatra: En general, si. La veritat és que si. Ho traspases i quan ja ho dius en una altra ocasió: "escolti, ara la veig fatal.- Si, si, és que estic fatal". (...) No és *que yo impongo porque yo soy la médica que sabe que...*no, a ver, tal com la veig, vostè prefereix això, *vale*. Però ara estem en aquest punt i tenim aquests riscos i amb aquests riscos no la puc deixar anar.

Investigadora: I quins riscos són?

Psiquiatra: Si està deprimida, doncs l'intent de suïcidi. L'estudiant: "així no podràs estudiar, suspendràs tot". Aquest cervell no està funcionant, *no te puedes centrar, no puedes atender*. A que no dorm, amb els malsons: "*repites, repites, repites la agresión*". No podem deixar el teu cos d'aquesta manera. Això és *sin piedad!* No tenim pietat del teu cos *que está ahí*. Donem-li *algo* i que descansi tranquil! (...) No la puc deixar anar així, em sentiria malament, preocupada. Em sento responsable d'elles.

Investigadora: Què pretens negociant i no utilitzar al tipus de sistemàtica?

Psicòloga: Doncs que la pacient accepti fer un canvi a alguna cosa.

Investigadora: Hi ha algun límit en aquesta negociació? Algun moment en què això no és pot negociar?

Psicòloga: Si. Si la persona està molt malament en algun aspecte.

Investigadora: Per exemple?

Psicòloga: Si la persona té, si estigués molt deprimida o no respon a un tractament doncs no és molt negociable que te'n vas a una visita a psiquiatria i a partir d'allà ja negociaràs. *[Somriu]*. Si la persona està amb ideació autolítica molt estructurada no és negociable gaire cosa, és a dir, és negociable que porto de la ma o de l'orella a urgències però a urgències vas. Considero que m'haig de fer càrrec de la seva salut mental

Así, expresaron la responsabilidad que tenían en relación a sus pacientes. La psiquiatra, haciendo referencia al término responsabilidad de forma explícita, y la psicóloga, a través de su definición. Considerando la responsabilidad derivada del rol que ocupan las pacientes y las profesionales y la que sienten (a nivel individual), podemos afirmar que la noción de cogestión del proceso de salud/enfermedad/cuidado y el de

coresponsabilidad de este son las bases sobre las que se funda la relación profesional-paciente.

En suma, la responsabilidad y el proceso de “negociación” son prácticas que simbolizan la atribución de significado de la forma en que se asume la relación profesional-paciente en este contexto etnográfico y se entienden aquí como una manifestación más de la forma en que interactúan los dos subgrupos. El término “negociar” ha resultado ser una noción confusa desde el punto de vista epistemológico puesto que no es un término con el que, en general, las participantes se identifican, pero, en cambio, ha sido de utilidad en cuanto a generar la reflexión necesaria para conocer las premisas que acompañan las prácticas sociales y poder dar significado a la práctica asistencial. Dichas premisas están vinculadas a la concepción que tienen ambas partes del rol que desempeñan y al significado moral del cuidar que, en este contexto etnográfico, se aproxima más a la toma de decisiones de forma conjunta y al respeto mutuo que a la imposición, más propia de una concepción paternalista y jerárquica. De este modo, la responsabilidad se materializa en la toma de decisiones, en tener conciencia de los derechos y deberes que cada subgrupo tiene y en el proceso de “negociación”.

El hecho de que el término “negociar” sea rechazado por las pacientes y la psiquiatra y, en cambio, se acepten palabras que hagan referencia a llegar a acuerdos, representa por sí mismo un acto simbólico de relación afectiva “cercana” y “afectuosa”. Paralelamente, e independientemente del término utilizado, todas las implicadas consideraron que llegaban a acuerdos respecto al tratamiento, las pautas o los pasos que habría que seguir. El proceso de la negociación se estableció cuando una profesional proponía un tratamiento o un cambio y, posteriormente, las pacientes no lo aceptaban. La relevancia del término en cuestión, “negociar” vs “llegar a acuerdos”, reside en las implicaciones de la práctica de la negociación en sí, que son dos. La primera es que ambas partes reconocen y potencian que son partes activas de la relación y del proceso de recuperación. La segunda es que asumían que no aceptar una propuesta no significaba el final de la relación, sino respeto hacia la opinión ajena.

Las participantes establecieron un límite en la negociación. Por una parte, las profesionales la situaron en una situación grave para la paciente (la ideación autolítica, la conducta autolesiva y el sufrimiento intenso), vinculado a la responsabilidad profesional que tienen con sus pacientes. Por otra, las pacientes establecieron el límite

cuando deseaban mantener su decisión de no aceptar una propuesta respetando sus propias ideas sobre el autocuidado.

Por último, cabe destacar que la responsabilidad a nivel analítico sostiene la idea de negociación. Por una parte, las pacientes eran responsables de ellas mismas y solicitaron ayuda cuando así lo consideraron. Una vez visitadas por las profesionales, eran ellas las que tomaban la decisión de seguir o no un tratamiento. “Dejarse guiar” por el consejo profesional forma parte de la decisión de seguir un tratamiento. Por otra parte, las profesionales consideraron a las pacientes responsables de sí mismas y respetaron sus opiniones, a la vez que se sentían responsables de su salud mental. Considerar que ambas partes son activas en el contexto de la relación refuerza la idea del autocuidado, la coresponsabilidad y la cogestión del proceso de sanar.

4.3.3 El intercambio recíproco como sustrato

Las ideas hasta ahora presentadas sobre el tipo de relación mantenida pudieran parecer ingenuas a ojos de los defensores del funcionamiento de los sistemas expertos basados en el conocimiento abstracto, de los críticos del sistema médico (Goffman, 1963; Illich, 1975; Menéndez, 1984; Foucault, 2006) o incluso de algún sector de profesionales de la salud (como se pudo observar en el trabajo de campo), pero las aportaciones antropológicas más recientes centradas en la relación entre los pacientes y los profesionales ofrecen una sólida premisa, además de una perspectiva teórica esperanzadora en la que se conjugan los intereses y/o necesidades de ambos lados de la relación. Muestran que no hay una única forma de ejercer la práctica de la medicina, como tampoco la hay de sufrir las enfermedades. Los conceptos de «relación vivida» entre pacientes y médicos y «la experiencia moral de enfermedad» condensan esta nueva perspectiva teórica (Kleinman, 2013)¹⁵². Ya no se trata solo de la distinción entre el sufrimiento –cómo los pacientes experimentan la enfermedad– y la enfermedad –cómo los profesionales de la medicina la clasifican, diagnostican, tratan y entienden–, sino de centrar la atención en el aspecto moral de la enfermedad y del “cuidar”. Este aspecto incluye la medicación que se va a utilizar, el significado de las prácticas

¹⁵²Las nociones de relación vivida entre pacientes y médicos y la experiencia moral de enfermedad fueron gestadas por Kleinman (2013) tras su decepción al observar cómo sus modelos explicativos –formulados en la década de los 70’ con el fin de mejorar la intervención terapéutica y procurar atención además de cura– fueron utilizados como un estereotipo más al transformar los significados dinámicos en categorías estáticas. Además, las narrativas de la enfermedad se convirtieron en símbolos e historias y el método se (re)utilizó en los movimientos de competencia cultural.

asistenciales en relación a las actividades de la vida diaria, la protección y el apoyo. La experiencia moral se sostiene en los procesos de intercambio recíproco entre el paciente y el cuidador, esto es, la relación vivida entre ambos subgrupos, donde la afirmación, el reconocimiento, la emoción, la presencia y la información son los elementos intercambiados. Kleinman (2013) hace referencia a que la atención médica se asemeja al intercambio de favores entre individuos cuya interrelación es realmente importante. Probablemente, el autor estaría satisfecho al saber que sus dos pretensiones principales –convertir la interacción médico-paciente en una “más igualitaria y más rica” y profundizar en el significado moral tanto del cuidar como de la relación médico-paciente– parecen ser también preocupaciones presentes en el contexto aquí estudiado. Ya se ha mostrado que estructuralmente la relación médico-paciente está enfocada de forma pautada, lo cual no se contradice con considerar que, inevitablemente, se trata con seres humanos. Este hecho conlleva acceder a intimidades, es decir, a contextos que están “enormemente cargados de significación emocional y expresivamente simbólica” (Parsons, 1966: 419). Y, desde luego, este contexto etnográfico lo está, de ahí que sea relevante considerar los elementos que se intercambian. Cabe destacar a modo de apunte que, según Parsons, la noción de «transferencia» es notoria en las relaciones médico-enfermo y, máxime, en los casos psiquiátricos. Esto ocurre en mayor medida cuanto mayor sea la duración de la relación o mayor relevancia emocional tenga el problema a nivel sanitario. Parsons (1966) define dicho término como “la atribución al médico de significados del paciente que no son «apropiados» en la situación realista, pero que se derivan de las necesidades psicológicas del paciente” (Parsons, 1966: 420). A pesar de que la noción de transferencia así entendida no es una noción relevante en este contexto etnográfico, sí es interesante considerar el elemento que introduce respecto a las necesidades psicológicas de las pacientes, puesto que estas destacan sentimientos que se orientan en ese sentido. Por otra parte, el aspecto funcional de la pauta institucional de la práctica médica está vinculado a la noción de reciprocidad, en el sentido de que se espera de la relación que sea de «mutua confianza»: el médico trata de hacer todo lo que puede para ayudar a la persona enferma y esta coopera con el médico lo mejor que puede (Parsons, 1966). Esta afirmación implica un cierto grado de autoridad, pero que es legitimada a través de una orientación colectiva recíproca en la relación. Este hecho fue reconocido por las pacientes a través de expresiones como “me dejo guiar” y, en general, por todas las participantes cuando definieron la relación como “de confianza”.

Los elementos que se intercambiaron entre las profesionales y las pacientes fueron la información y los aspectos emocionales. Dichos intercambios corresponden con la noción de experiencia, como algo que está entre dos personas, y también con la de sufrimiento, como forma de experiencia (Kleinman, 2013). Entendemos por elementos intercambiados aquellos que aportan y reciben cada una de las personas implicadas.

La información intercambiada se condensó en las experiencias vividas por las pacientes y en los conceptos teóricos aportados por las profesionales y la noción de “conexión”.

Respecto al primer aspecto de la información intercambiada, las pacientes expusieron cómo estaban, las circunstancias que las rodeaban, sus sentimientos, sus pensamientos y las dificultades que tenían para mejorar su estado de salud. Además, compartieron su experiencia y las estrategias efectivas para sobreponerse al dolor con sus compañeras y con las profesionales. Estas aportaron sus conocimientos teóricos sobre la violencia de género y su efecto traumático a nivel cerebral, los síntomas de los trastornos que tenían las pacientes y la forma de manejarlos, conocida con el término de “psicoeducación”. Paralelamente, la psiquiatra utilizó en una ocasión el término “empoderamiento” para referirse a la (re)adquisición del poder que está incrustado en la información transmitida a través de la “psicoeducación”. No se correspondía con la imagen de pacientes con un “vacío” de conocimientos o un “lleno” de prejuicios o de supersticiones que la educación sanitaria debe completar o erradicar respectivamente (Bartoli, 1989). Esa imagen ya intentó borrarla Paolo Bartoli a finales de los años ochenta. Más bien se trataba de un traspaso de información a unas personas que no la recibían de forma pasiva, sino que era escuchada e interpretada según sus propios valores. De este modo, la vinculación entre la información compartida por las pacientes y el “empoderamiento” usado por la psiquiatra, es equiparable a una atribución de significado de la (auto)promoción de la salud.

En cuanto al segundo aspecto de la información intercambiada, las “conexiones”, cabe señalar que suponen un punto de inflexión entre los conceptos teóricos aportados por las profesionales y las experiencias vividas por las pacientes, y tienen una doble significación. La primera, la relación establecida entre los conocimientos teóricos que adquirieron las pacientes sobre las consecuencias de haber sufrido una agresión sexual y la forma en que ellas se sentían. La segunda, la relación que ellas establecían entre acontecimientos ocurridos en su vida actual y todo lo ocurrido durante o después de la

agresión sexual. En el siguiente caso, no fue fácil para la chica establecer esta “asociación”:

Psiquiatra: De eso hablábamos antes con Ceres [*que había tenido visita individual antes del grupo*]. ¿Les quieres explicar...?

Ceres: Me pasó que durante dos semanas he estado mal. Estaba nerviosa, dejé de ir a clase. Y yo no sabía por qué. Y hablando con la psiquiatra [*dice su nombre*] en el despacho, ella me preguntaba si había pasado algo. Y yo, que no, que no. Al final se me encendió una luz y le he dicho: “Lo que sí he hecho es ir al Apolo”. Allí es donde me pasó. Bueno, no fui. Es que mis abuelos me pidieron que les acompañara a sacar unas entradas para el teatro. Era de día. ¡Y qué les iba a decir! Ellos no saben nada, no se lo voy a decir. Pues les acompañé en autobús. Cuando nos acercamos me empecé a ponerme supernerviosa. Yo solo me quería ir. Y disimulando que no saben nada. Puse una excusa y al final nos fuimos.

(...)

Psiquiatra: Quiero señalar dos cosas. Ceres ha estado mal. En el sofá, en casa. Le ha preguntado ¿te ha pasado algo? Dice no, que será la primavera. Y al final has dicho que sí ha pasado, que has ido al Apolo. Y te he preguntado si al sofá fuiste antes o después del Apolo. Has dicho después. Si identificas lo que te genera cosas negativas, y lo conectamos pues entendemos algo más. Es difícil pasar página aunque quieras porque tu cuerpo va a reaccionar, porque, si percibe algo que asocia a la situación traumática, aunque tú no te des cuenta, tu cerebro lo conecta con el trauma, y el cuerpo reacciona. Hay que conectar la cabeza con el cuerpo. Tu cabeza asocia Apolo con malestar. Entonces es cuando lo identificas y dices: “No estoy loca”. Reaccionas como toca. Pues ahora ya sé lo que pasa y, si te sigues exponiendo al lugar, lo vas tolerando.

La conexión la realizó Ceres, pero a raíz de la pregunta explícita de la psiquiatra. Volver a hablar sobre el lugar donde ocurrió la agresión le generó malestar durante dos semanas. No solo estaba nerviosa, sino que dejó de hacer su actividad diaria durante ese tiempo. La psiquiatra interpretó ese hecho a través de un mecanismo de las asociaciones, diferenciado el cuerpo de la mente, como si de dos entes separados se tratara. Para explicarlo, estableció un triángulo entre la situación que le recuerda al trauma (la agresión), el cerebro que procesa la información y el cuerpo que reacciona ante ella. Utilizó “no estoy loca” para expresar que la persona afectada no entiende su comportamiento si no se conoce este proceso, y las palabras “identificación” e “indicador”, para referirse a dicho mecanismo. Finalmente, afirmó que, una vez conocido el funcionamiento del cerebro, exponerse al lugar, esto es, volver al mismo sitio, era una forma de ir disminuyendo el malestar. En la sexta sesión grupal la psicóloga presentó la forma de aliviar ese tipo de miedo:

Psicóloga: Que estés hiperalerta no significa que no se pueda hacer nada. Las asociaciones se hacen por la emoción, no con la razón. Las asociaciones previas se disparan. La solución es exponerse paulatinamente.

Diana: Yo he pensado “eso es miedo”. Controlo no llorar, pero no controlo el miedo.

Así, el término “hiperalerta” de la psicóloga equivalió al de “tener miedo” de Diana. La primera dijo claramente que la vía por la que se hacen las conexiones es la emoción,

diferenciándola del raciocinio, de modo que “exponerse” constituye la forma de mitigar el miedo.

Las mujeres refirieron que establecían estas conexiones mediante cualquier estímulo que les recordara la agresión sexual, como el aniversario de la fecha en que ocurrió, un objeto, una persona o cualquier otra situación:

Diana: Yo pasaba por la habitación de mi hija. Yo no podía mirar la habitación [*donde le ocurrió*] ni mirar cuchillos, porque me amenazó con cuchillos. Pasaron unos meses hasta que dije yo no me voy a esconder más. Todo pasa. El miedo está ahí, menos, pero está ahí.

(...)

Diana: Me pasó que al año me sentí mal, pero no me di cuenta hasta que una tarde me di cuenta de que ese día hacía un año.

Psicóloga: Se produce esa asociación y lo puedes llegar a extinguir.

Isis: Eso es lo que hiciste. Te he oído por lo *bajini* [*le dice a Selene*].

Selene: Sí. En mi caso es un callejón. Me pasó en el callejón que está al lado de mi casa. Lo evité durante un tiempo, pero me obligaba a dar una gran vuelta para ir a mi casa. Pero decidí ir por el callejón y lo he logrado controlar. Me niego a que ese acto condicione mi vida. A veces una terapia de choque va bien.

Maat: Yo creo que va bien. Yo me cierro en mi habitación. No puedo dormir con alguien. Es mi parte animal que no me deja dormir. Hay que insistir. Hay que ir al Apolo.

Los términos científicos y los coloquiales se fueron alternando, pero tuvieron el mismo significado: “darse cuenta” equivalía a “asociación”; “negarse a que condicione” o “aprender a controlar” sería “extinción”. Los términos “atar cabos” y “ligar” fueron utilizados con el mismo fin. El miedo apareció como elemento común en ellas y consiguieron superarlo mediante diferentes caminos. De las seis pacientes presentes, tres decidieron activamente acudir al lugar donde se produjo la agresión, dos estuvieron a diario ya que ocurrió en sus casas y una de ellas se encontró allí por circunstancias parcialmente ajenas a su voluntad. Todas pasaron un período de tiempo evitando ir hasta que tomaron la decisión de hacerlo. Selene lo expresó como “me niego a que ese acto condicione mi vida”. De este modo, expresaron su posicionamiento frente al acto de violencia sufrido y cómo decidieron proyectar su camino de recuperación.

Por otra parte, las conexiones se establecieron no solo en lo que a malestares se refiere, sino también respecto a los conocimientos. En una visita individual entre Eos y la psicóloga tuvo lugar la siguiente conversación, que era la continuación de una ya mantenida en la visita anterior:

Paciente: Dice que quiere relación seria, pero dijo que el domingo iríamos al cine. No me decía nada. Yo le llamé y me dijo que estaba en el cine con unos amigos.

Psicóloga: Eso es feo. ¿Le dijiste que te molestó?

Paciente: Sí, pero no acabó de...

Psicóloga: Sonar, no suena bien. Pides más compromiso del que pone, lo cual no quiere decir que vaya a más.

(...)

Paciente: Él tiene su vida hecha, tengo que mentalizarme. Quizá soy demasiado tonta.

Psicóloga: No sé si demasiado tonta, más bien “demasiado pendiente”, porque tu círculo es menor, pero se puede aumentar. Pero eres de pocas personas.

(...)

Paciente: Cuando nos conocimos dijimos que los dos teníamos un pasado y de ahí para delante los dos, pero él no quiere que salga sola al baile.

Psicóloga: Esto no es bueno, no suena bien.

Paciente: Por eso me enfado.

Psicóloga: Si el sale con amigos, tú puedes ir al baile. Igualdad es eso.

Paciente: Pero si que queda con los hijos, quiere que esté en casa.

Psicóloga: ¿Tiene miedo de que te pase algo?

Paciente: No.

Psicóloga: Entonces es desconfianza.

Paciente: Sí. Lo que quiere es más tiempo de ti para mí.

(...)

Psicóloga: Dices que él tiene 43, dos hijos, divorciado, catalán. No suena mal, pero suena mal que no tuviera sensibilidad para decirte que ya había quedado y que tú no puedas salir sola. Tonterías las mínimas, pero también puede ser una idea preconcebida. Esto puede ser una alarma y hay que decirlo.

Paciente: Yo lo he dicho.

(...)

Psicóloga: No sé, hay que pensarlo. Pero ver que depender de alguien no es bueno. Ese domingo fue dependencia. Vale la pena que hay que poner alarmas con el chico. Y hablarlo con él.

La paciente expuso tener una nueva relación sentimental y lo que le molestaba del chico y la psicóloga hizo la lectura más conceptual. Lo tradujo como identificar una relación de igualdad (o desigualdad) y de dependencia (“esperar que me llame”) vs autonomía (buscar actividades sociales). De esta manera, las “alarmas” fueron para la psicóloga una forma para que la paciente identificara un comportamiento de desigualdad y la relación de dependencia.

Así, las “conexiones” fueron el mecanismo mental por el que las pacientes establecieron una relación entre ellas y la agresión. Se produjeron a dos niveles. El primero, los conocimientos teóricos adquiridos sobre las consecuencias de haber sufrido una agresión sexual y la forma en que ellas se sentían. El segundo, la relación que ellas establecieron entre los acontecimientos ocurridos en su vida actual y todo lo ocurrido durante o después de la agresión sexual. Consideraron que las conexiones eran necesarias para enfrentarse a sus miedos y, por tanto, formaban parte de su proceso de recuperación. Paralelamente, fueron un mecanismo por el que las pacientes

establecieron una relación entre los conocimientos adquiridos sobre las relaciones desiguales entre hombre y mujer y la práctica real en sus vidas cotidianas.

En el apartado sobre el aspecto legal, ya ha surgido cómo las profesionales aportaban su conocimiento respecto al efecto que un proceso judicial tiene sobre la salud. Higea, la primera vez que estuvo en el grupo, expuso su experiencia de declarar ante la jueza y tener que responder a las preguntas realizadas por el abogado de su agresor. La conversación siguiente se produjo en el contexto de expresión de la culpabilidad que ella sentía:

Higea: Me dijo el abogado que por qué no me corría [*Su expresión es de total pesadumbre*].

(...)

Isis: Es el abogado del agresor, ¿no? [*Se dirige a Higea*].

Higea: Sí. La jueza le hizo callar. Le dijo. “Ya ha hecho la pregunta y ya ha respondido”. El abogado me preguntaba una y otra vez “¿pero estaba desnuda o prácticamente desnuda?” Yo decía prácticamente, porque yo estaba desnuda, pero tapada con una manta, y el abogado volvía a preguntar hasta que la jueza le hizo callar.

Psicóloga: Asociamos la culpa a las veces que nos han culpabilizado.

Isis: Tocan en lo que saben que no sabemos.

Hera: Los hombres controlan con la boca. Ellos hablando también hacen daño. (...)

Psiquiatra: La pregunta sería: ¿qué le pasó? Y ahí te explicas, pero que te pregunten “¿cree usted que fue abusada o fue abusada?”. Eso es victimizador.

Hera: Me decía: “¿Pero soñó?”. “¿Usó drogas?”. Pero yo tenía la seguridad en mí. Mi abogado decía: “¿Pero no sería que se masturbó y se hizo daño?” (...)

Ana: El tema de la culpa le ha pasado a todas. Hay que ir con anticuerpos de la culpa para mí y anticuerpos de la culpa para lo que dicen los demás.

La insistencia del abogado fue frenada por la jueza. Tanto esta como Hera mostraron el dolor que esas preguntas les generaban: la primera, a través de su expresión corporal durante la sesión, y la segunda, verbalizándolo. Para la psicóloga las preguntas fueron culpabilizadoras; para la psiquiatra, victimizantes. Utilizaron diferentes términos, pero estaban de acuerdo en su valoración: la primera recurrió al mecanismo del efecto de la pregunta –la culpa– y la segunda, al efecto en sí –el daño–. No cuestionaron que los abogados tuvieran que hacer o no este tipo de interrogatorio, sino cómo lo llevaban a cabo. La psiquiatra consideró que las cuestiones deberían hacerse de un modo más abierto para reducir el daño y que ellas se pudieran explicar. La psicóloga clasificó la culpa en dos tipos: la que una siente por sí misma y la que siente a través de los discursos de los demás. De esta manera, la información entre las pacientes y las profesionales fue intercambiada en la visita individual y en la terapia de grupo. La forma en que lo hicieron fue mediante una comunicación abierta que cubrió los diferentes ámbitos de las vidas de las mujeres.

Respecto al segundo aspecto de los elementos intercambiados, el emocional, representó un factor común en los discursos de las pacientes y las profesionales. A pesar de esa similitud, las diferencias obedecían al rol que desempeñaban, motivo por el cual presentaremos sus perspectivas de forma sucesiva.

Ya hemos presentado que las profesionales aportaban la premisa de creer en la capacidad de recuperación de la paciente y los conocimientos propios de cada una de sus profesiones. En una esfera más íntima, las profesionales coincidieron en destacar la admiración que sentían por la capacidad de recuperación y superación personal que mostraban sus pacientes. Las discrepancias que hemos observado en sus discursos obedecen a sus maneras respectivas de expresarse, más o menos expeditivamente, y al contenido de sus argumentos: la psiquiatra enfatizó el aspecto conceptual de la relación con sus pacientes y el aprendizaje; la psicóloga, el proceso de recuperación; la trabajadora social, las emociones que sentía que circulaban entre ella y las pacientes. Por otra parte, una diferencia significativa obedeció a la profesión. La psiquiatra y la psicóloga refirieron aportar conocimientos teóricos. Además, la psicóloga señaló que se sentía bien al observar la mejoría de las pacientes (“refuerzo”). La trabajadora social apuntó a la materialidad de la emoción de lo que da y recibe en lugar de hacerlo a nivel abstracto (“sonrisas, lágrimas, rabia, aumento de la autoestima y sentirse querida”).

Una vez más, la narrativa generosa de la psiquiatra ofreció un foco de reflexión añadido. Refirió que las pacientes le aportaban disfrutar con su trabajo y aprender como profesional mientras ejercía su profesión. Además, destacó la fortaleza, la lucha, la capacidad de soportar las dificultades como aspecto que aprende a través de las vidas de las pacientes. Paralelamente, contrapuso esta fortaleza a la idea de que las mujeres “sean etiquetadas” de “sexo débil”:

Psiquiatra: M'aporten molt. M'agrada molt la meva feina. M'agrada molt. A vegades he pensat: "Quan surti, que li paguin!" perquè el que jo he après té un preu. Aprenc perquè estàs en un lloc privilegiat. T'expliquen la vida, el que han fet, el que no han fet, i tu veus...Jo sempre he dit que les dones han estat sempre etiquetades del *sexo débil*, *las rentistas*, las que volen treure no sé què, i a mi, la visió que tinc en general, sempre hi ha de tot, la visió en general és d'una lluita, d'una fortaleza i venga y venga i són les que estan *ahí aguantando las historias de todo el mundo*. I aquest *aguante* que tenen malgrat les crisis de no se què, que les veus deprimides, que cuiden al nen, que fan uns esforços. Jo les veig súper esforçades. I a mi, m'ensenya aquesta fortaleza.

Respecto a lo que aportaba ella, consideró que las pacientes captaban una vinculación personal que iba más allá de la estrictamente profesional, que calificó de ética, y que mostraba un interés en la persona que tenía delante. La combinación de este aspecto con

la aportación de conocimientos teóricos equivalió a la noción de trabajo conjunto con las pacientes:

Psiquiatra: También els hi apporto. Perquè crec que elles capten que hi ha una vinculació molt ètica, que no estem fent comèdies ni ...Aquesta cosa autèntica, no sé com dir-te, és molt beneficiosa, *no estamos ejerciendo de médico ni de paciente ni de nada. Estamos fulanita, menganita. A mí me pasa esto, yo sé esto y yo pienso contigo. Y voy.* I aquesta cosa de aquesta persona *viene conmigo, se arremanga, vamos, yo me pongo contigo a lo que yo sé, lo que yo te puedo aportar. Hasta ahí. Y luego tú ya haces.* Però aquesta actitud de *me interesas, me pongo con el que yo sé.* Jo tinc uns coneixements i els poso aquí y *vamos las dos, a ver a dónde llegamos con esto.*

Psicòloga: D'alguna manera que pateixis més tu com a terapeuta. I això fa que millorin, et reforça molt a tu i et fa entendre d'alguna manera que la gent és capaç de superar coses tremendes.

(...)

Investigadora: Creus que la pacient t'aporta alguna cosa sigui a nivell material o emocional?

Psicòloga: Sí. Totalment. A nivell emocional sí. El que he comentat abans. Reforç quan veig que millora.

Investigadora: I què els hi aportes tu?

Psicòloga: Pues espero que estratègies perquè millorin.

Investigadora: Creus que les pacients t'aporten a tu alguna cosa?

Treballadora social: Sí, i tant! A tots els nivells. A nivell emocional, *de riqueza, mucho amor. A todos los niveles. Me aportan sonrisas, me aportan lágrimas,* m'aporten sentir-me estimada, m'aporten ràbia, m'aixequen l'autoestima contínuament.

Investigadora: I tu que els hi aportes a elles?

Treballadora social: El mateix. *¡Mis abrazos son geniales![Riem].*

Los discursos de las pacientes fueron bastante homogéneos. Todas coincidieron en recibir elementos de la esfera emocional (afecto) y solo una de ellas, Némesis, hizo referencia a los conocimientos teóricos sobre violencia de género y los recursos para afrontar la situación por la que estaba pasando. Del primer aspecto, mayoritariamente destacaron la confianza, la seguridad, la tranquilidad y la comprensión recibida. Individualmente, Eos señaló que le “quitaran la culpa y la tristeza” que tenía y que ganó confianza en sí misma; Isis añadió que recibió fuerza; Hera se refirió al crecimiento personal tras la ayuda profesional. Diana se extendió y afirmó haber recibido escucha, ayuda, comprensión, apoyo, seguridad, confianza, no sentirse sola, sentirse arropada e incluso estar en “su segunda casa”. Dichas emociones contribuyeron a su mejoría. Estas afirmaciones las estableció en oposición a la falta de apoyo recibido por una de sus amigas, que le cuestionó que no le pusiera un preservativo cuando sufría la agresión sexual:

Diana: Hombre, de sentirme mejor, de que pueda hablarlo ya, que soy mucho de hablar, pero depende cómo y que solía callarme o ¡buf, esto no se lo cuento! YA no. Es una cosa que te ha pasado a ti, lo has vivido tú. Tú decides, tú sabrás lo que dices, lo que haces y a quién se lo cuentas, ¿entiendes? Y, claro, me han ayudado, me han aportado muchísimo. Si no llega a ser por esto [*venir al centro*], ¡Dios mío de mi vida! Esto vamos, fue como mi segunda casa. (...) Porque es el sitio donde tú vienes, te escuchan y te entienden y saben por lo que has *pasao*. Es igual que el grupo de terapia al que venimos, que tú se lo cuentas a otra que no haya *desto*, y bueno, porque incluso te han llegado a decir: "Bueno, es que no te han *matao*, te han *dejao* viva". Porque incluso te han llegado a decir esto. Mira, cuando yo he venido a buscar lo de los análisis y cuando lo de la prueba del SIDA, yo estaba cagada y digo: "Como es que tenga algo, ya es que me muero". Entonces ya sí que después de todo lo que me ha *pasao* y encima que me haya hecho esto y encima esta enfermedad es que me tiro..., ahí sí que yo... [*se le hace un nudo en la garganta*]. Y ahí sí que me dijo una amiga: "Haber puesto preservativo". ¿Entiendes? Entonces, con lo que tú vienes aquí, y te sientes bien, apoyada, arropada, entendida, escuchada, lo que sea.

Los discursos respecto a lo que aportaron a las profesionales fueron algo más heterogéneos, quedando condensados en dos aspectos: confianza en la experiencia profesional y sufrimiento. Dos de ellas no supieron qué responder. La mitad de las pacientes hicieron referencia a que las profesionales iban adquiriendo experiencia a medida que trataban a las víctimas y ellas, en este caso, contribuían a tratar mejor a otras mujeres que llegaban al Programa con posterioridad. Esta idea de reciprocidad en un segundo tiempo no fue observado en las visitas ni individuales ni grupales, aunque sí se asemeja al apoyo que refirieron sentir las mujeres que participaron en la terapia grupal, como se presentará más adelante.

Por otra parte, la referencia al sufrimiento que generan a las profesionales vino de la mano de tres mujeres. Dos de ellas estaban por encima de los sesenta años y una de ellas, en la cuarentena. De este modo, la edad apareció como un factor correlacionado con este tipo de reflexión. Las expresiones que utilizaron fueron "aportar problemas", "sufrimiento" y "dolor". Por otra parte, estas mismas mujeres fueron las que hicieron referencia a aspectos positivos que podían ser de utilidad para las profesionales: Hestia sostuvo que podía encontrar en ella una amiga y Hera e Isis destacaron que se fortalecían como mujeres a través de su dolor y, además, que se sintieran bien haciendo su trabajo. Lo relataron así:

Investigadora: ¿Qué crees que les aportas a las terapeutas?

Hestia: Qué le apporto yo: problemas. ¡A mogollón! [*Ríe*]. Estoy llorando siempre.

Investigadora: ¿Eso es un problema?

Hestia: Es un problema.

Investigadora: ¿Para ti o para ellas?

Hestia: Para ellas, pobres, ¡que me tienen que aguantar! [*Ríe*]. ¡Es una terapia llorosa!

Investigadora: ¿Y en positivo, qué les puedes aportar?

Hestia: En positivo, tener una amiga, tener una paciente, que quizás se pueda hablar, que con otro no se puede. Yo creo que sí, que soy abierta. En un principio quizá no más distraída o más metida en mi mundo, pero yo creo que en el tema diálogo está la riqueza. Creo. Y si podemos dialogar pues, creo que todos tenemos algo de riqueza ahí.

Investigadora: ¿Y qué te han aportado a ti ellas?

Hestia: A mí, todo. Todo. Con esa fe que yo vengo, con esa tranquilidad, esa serenidad, con ese poder hablar de todo. Y sentirte que hay alguien que se interesa por ti con todo el respeto del mundo. No podía verlo de otra manera.

Isis: Pues yo creo, yo lo tomo en plan científico. Ya sé que, porque no soy yo quién, no he hecho estudios psicológicos. Yo supongo que también os sentís bien porque estáis haciendo un trabajo muy positivo de cara a estas víctimas que llegan aquí. Pero creo que lo que estamos aportando son diferentes casos de estudio que dan pautas de estudio para enfrentarse a nuevas cosas que lleguen y es como si fuéramos una piedra para pulir vuestros instrumentos, ¿no? Otro instrumento más. Que aparte de ser una víctima, estamos aportando con la explicación de cómo nos sentimos, la evolución que vamos teniendo y demás, pues estamos aportando nuevas herramientas para nuevos casos más complicados. Somos todas muy diferentes.

Investigadora: Eso es como tú dices, a nivel científico; ¿y a nivel emocional, crees que aportas algo?

Isis: Pues es que a mí me resulta difícilísimo, por eso te digo que no sabría explicarlo, cómo sois capaces de recibir todo esto sin acabar hechas polvo. Entonces, supongo que tendréis que hacer todo un gran trabajo emocional de meditación y de ommm, para conseguir, porque quieras que no, supongo que todas tenemos, en todas las profesiones hay una manera de que esto no te desmonte. (...) Pues hay métodos para conseguir que en todos esos problemas te impliques para solucionarlos, pero no te los lleves a casa y saber coger lo bueno que tiene esto, el trabajo que estás haciendo, y no quedarte con la lástima. No, yo creo que moriríais en tres meses escuchando tanto dolor. Creo que también os fortalecemos como mujeres, como seres humanos.

De esta forma, Isis mostró una doble visión de lo que ella aportaba. Una científica, consistente en incrementar el conocimiento de las profesionales para tratar a posteriores víctimas; otra emocional, que desdobra en dos aspectos. Al primero le da un valor negativo por considerar que aporta su dolor; el segundo lo categoriza positivamente al generar fortalecimiento personal en las profesionales.

Es interesante observar cómo este modelo local de práctica de salud se produce por iniciativa propia, y con ello nos referimos a que no está marcada por directrices gubernamentales ni por la institución hospitalaria. Los modelos de atención «monológica» se basan en los principios de unidimensionalidad de los procesos de salud/enfermedad/cuidado, unidireccionalidad de la comunicación, y en que tienen una naturaleza jerárquica. En cambio, las pacientes y las profesionales de nuestro contexto siguen las premisas opuestas: multidimensionalidad, bireccionalidad y simetría. Estos son los principios propuestos en el «modelo dialógico», basado en el método etnográfico, en los que se han de basar las prácticas sanitarias que pretendan realmente fomentar la participación social en la salud (Martínez-Hernández, 2010). Por una parte, son tenidas en cuenta las relaciones de multicausalidad del fenómeno de enfermar. Ya

hemos señalado que las profesionales tuvieron muy presente el contexto en el que se ubica el proceso de salud/enfermedad, que es haber sufrido una agresión sexual, y la lógica que sustenta la violencia de género. A partir de ahí, y a pesar de que la interpretación de los síntomas que refieren las pacientes se hace en clave biológica, dicha esfera no parece mantener una relación jerárquica con los aspectos sociales ni con los psicológicos, sino que ambos son considerados en relación a su peso específico. Dicha afirmación no entra en contradicción con que el modelo que sigue la institución que ampara el Programa AGRESX-TEPT sea el “bio-psico-social”, con la implicación jerárquica que ello conlleva. Así, las intervenciones que realizaban las profesionales estaban dirigidas al entendimiento de la dolencia en clave social, siendo las intervenciones basadas en el aspecto biológico una de las estrategias utilizadas. Ya hemos presentado cómo la reasignación de la culpa al agresor era un asunto que aparecía con frecuencia en la interacción profesional-paciente y suponía otra estrategia. Otra cosa es que la solución para no enfermar no esté en manos de las implicadas, de lo cual son conscientes, sino en las instancias sociales envueltas en el proceso de erradicación de la violencia de género.

La bireccionalidad de la comunicación queda materializada en dos sentidos. Por una parte, el saber y el no-saber de las profesionales y de las pacientes constituyeron para las implicadas una realidad que mutuamente tenían en consideración. El saber profesional, que equivale al no-saber de las pacientes, fue entendido por estas como un saber experto en el que “confiaban”, pero sin descuidar sus creencias personales; el saber de las pacientes, el no-saber de las profesionales, era considerado por estas como un mundo específico de la persona que tenían delante y al que solo podían acceder si la persona lo permitía. Esta afirmación hace referencia a que el malestar expresado por las pacientes no solo era traducido en términos clínicos, sino que las percepciones y creencias de la mujer (lo que ha supuesto para ellas la agresión, qué significados le atribuyen o si ha entorpecido o no sus relaciones sociales) eran expresados por las mujeres e indagados por las profesionales. Por otra parte, ya hemos mostrado que la comunicación “abierta” entre ambos subgrupos era básica para ellas y constituyó uno de los elementos que definió la relación. Como señaló la psiquiatra, la idea es “trabajar juntas”, o, utilizando sus propias palabras, su posición es la siguiente:

Psiquiatra: (...) *yo me pongo contigo a lo que yo sé, lo que yo te puedo aportar. Hasta ahí. Y luego tú ya haces. Pero aquesta actitud de me interesas, me pongo amb el que jo sé. Jo tinc uns coneixements i els poso aquí y vamos las dos, a ver a dónde llegamos con esto.*

Respecto a la simetría, es definida¹⁵³ como el principio que coloca “los diferentes actores sociales en una mayor posición de reciprocidad sin desdibujar el papel activo de los profesionales” (Martínez-Hernández, 2010). Ya hemos presentado que la finalidad del proceso de negociación era “llegar a acuerdos” en el camino terapéutico que se iba a seguir, así como en la toma de decisiones que afectarían a la vida de las pacientes, de manera que estas y las profesionales propiciaban la participación (social) en el proceso de búsqueda de salud. Así, la noción de cogestión del proceso de salud/enfermedad/cuidado y la de coresponsabilidad antes mencionadas representan la forma en que se visibiliza la reciprocidad.

En suma, este modelo local de práctica de salud sigue los principios básicos del modelo dialógico, multidimensionalidad, bireccionalidad y simetría, donde la información y las emociones son elementos de intercambio entre las pacientes y las profesionales. Las primeras aportaron información sobre su estado y circunstancias, pero también ofrecieron la posibilidad de generar experiencia a las profesionales con el trabajo realizado con cada una de ellas; las profesionales lo hicieron respecto a los conocimientos teóricos sobre la violencia machista, los trastornos y estrategias y pautas para poder manejarlos. Las “conexiones” o “asociaciones” aparecieron como elementos que simbolizaban el contacto entre dos mundos de conocimiento, el profesional y el lego, y que eran percibidos como importantes porque contribuían a la recuperación. Además, representaban el punto de inflexión entre dos aspectos. El primero, los conocimientos teóricos adquiridos sobre las consecuencias de haber sufrido una agresión sexual y la forma en que ellas se sentían. El segundo, la relación que ellas establecieron entre acontecimientos ocurridos en su vida actual y todo lo ocurrido durante o después de la agresión sexual.

A nivel emocional, las pacientes refirieron recibir tranquilidad, confianza, seguridad y protección como elementos más destacados, pero también manifestaron no sentirse solas por la comprensión que detectaron en las profesionales; estas, a su vez,

¹⁵³ Ángel Martínez-Hernández (2010) parte de la clasificación de David Werner sobre los dos tipos de participación en la salud, la “fuerte” y la “débil”, que no son sino dos polos clasificadores de las diferentes intervenciones. La diferencia marca la direccionalidad de la acción, siendo en el primer caso de la comunidad hacia los profesionales y, en el segundo, a la inversa. Ambos tipos de participación mantienen la verticalidad y la unidireccionalidad propios del modelo monológico, motivo por el cual Martínez-Hernández se decanta por el principio de simetría basado en la reciprocidad.

expresaron sentir admiración por la lucha y fortaleza que tiene cada una de las mujeres, además de malestar o rabia por la injusticia que supone una agresión sexual.

Capítulo 5. De la interacción en la terapia grupal

Este apartado tiene como finalidad mostrar la interacción entre las profesionales y las pacientes¹⁵⁴ en el contexto de la terapia grupal, así como la de las mujeres entre sí. El motivo para hacerlo es que se observa un funcionamiento del grupo de terapia que le es propio y se perciben unos aspectos específicos que en la consulta individual no habían sido detectados, como son la relevancia de la protección en el contexto de la relación materno-filial y la forma en que el conflicto aflora durante las sesiones grupales. Además, mostraremos dos aspectos que habían sido observados en las consultas individuales, pero que fueron tratado con mayor profundidad en las sesiones grupales: el poder masculino como elemento central que sustenta los discursos sobre las agresiones sexuales y, también, sobre el proceso de recuperación de las mujeres tras haber sufrido la agresión sexual.

Las sesiones siguen un esquema basado en cuatro fases: una presentación de cada persona, el cuerpo o contenido de la sesión, una conclusión individual sobre lo que se ha expuesto a lo largo de cada sesión y un ejercicio de relajación dirigido por la psicóloga.

Las sesiones de terapia grupal se iniciaron con una breve introducción de las profesionales en la que daban la bienvenida a las mujeres e inmediatamente después tuvo lugar el turno de presentaciones. Primero lo hizo la profesional que había tomado la palabra enunciando su nombre, su edad, el motivo de estar en el grupo y su ocupación laboral. Una vez hecha su presentación, le pasaba la palabra a la persona que tenía más próxima y así sucesivamente hasta completar el total de las personas que estaban presentes¹⁵⁵. Con el transcurso de las semanas, las presentaciones fueron sustituidas por una breve explicación de cómo había ido la semana o se iniciaba la sesión sin preámbulo alguno. Solo volvían a presentarse cuando se incorporaba una nueva integrante. Los motivos explicitados para acudir al grupo se podían resumir en dar y recibir ayuda y compartir su experiencia personal con otras personas que también

¹⁵⁴ En este momento utilizo el término “pacientes” y no “señoras”, como he hecho anteriormente, para subrayar que la relación entre estas y las profesionales se produce en el contexto institucional.

¹⁵⁵ Un elemento central de dinamización de las sesiones grupales fue el uso de una pequeña pelota de espuma que se pasaba de una persona a otra. Quien recibía el objeto tenía la palabra. Además, resultó ser un medio para distender el ambiente algo tenso en las dos primeras sesiones.

hubiesen sufrido una agresión sexual puesto que hasta el momento se sentían “solas”, que equivalía a “no sentirse comprendidas”.

El cuerpo o contenido de las sesiones fue muy variado. Las conversaciones giraron en torno a las emociones de las mujeres y las circunstancias que en aquel momento rodeaban sus vidas, las cuales hacían referencia a sus actividades laborales, los progresos o dificultades en los estudios y el proceso legal, la toma de decisión sobre mudarse del piso donde vivían antes de la agresión, la situación económica y las preocupaciones que tenían los hijos y los padres de las pacientes. Paralelamente, se fueron alternando los conceptos teóricos que aportaron las profesionales sobre la violencia de género y el malestar que expresaron las pacientes y las experiencias vividas por las mujeres. Un elemento que cabe destacar es que las mujeres que participaron más activamente en las primeras sesiones fueron las que sufrieron la agresión sexual hacía más tiempo y, una vez roto el hielo, las otras mujeres se incorporaban a las conversaciones.

La conclusión u opinión individual sobre lo expuesto durante cada sesión fue expresada por todas las participantes mediante una frase breve a la que llaman “frase flash”, y cuyo objetivo era expresar lo que les resultó más relevante a cada una.

Por último, los ejercicios de relajación dirigidos por la psicóloga al final de cada sesión consistieron en que cada persona centrara la atención en su respiración. En ese momento solo se oía la voz de la profesional, que durante unos minutos daba breves instrucciones sobre dicha técnica para posteriormente permanecer en silencio. El objetivo de ese ejercicio era que las mujeres, y las profesionales, pudieran finalizar la sesión de una manera tranquila tras haber tratado los temas que las preocupaban.

5.1 El grupo de terapia en busca de sentido: el proceso intragrupal

En el capítulo 4 hemos afirmado que los motivos de las mujeres para participar en las sesiones de terapia grupal fueron, en primer lugar, evitar la soledad que sintieron por no sentirse totalmente comprendidas por su entorno y, en segundo lugar, dar y recibir ayuda y compartir su vivencia con otras mujeres que habían sufrido una agresión sexual. Ambas prácticas son interpretadas aquí como formas de autocuidado.

Definir conceptualmente el tipo de «cuidado lego» en el que se engloba la práctica llevada a cabo por estas pacientes es una tarea algo compleja. En primer lugar, debido a la falta de consenso en el campo de la antropología médica en cuanto al significado atribuido a dicho concepto dada la variedad de prácticas sociales que incluye. Pretender encasillarlas en un solo término podría suponer una limitación analítica, como ocurrió con las nociones de «mujer» y «hombre» y su vinculación con la «feminidad» y la «masculinidad», solo superable con el uso de categorías que permitan visualizar mejor las relaciones humanas. En segundo lugar, porque, en el contexto del grupo de terapia en el que investigamos, el cuidado está, casi por definición, en un terreno a mitad de camino entre el cuidado profesional y el lego, tal y como ha sido construido por las integrantes del grupo desde su inicio.

Es interesante explorar la inconsistencia semántica presente en las nociones de autocuidado, autoatención y autoayuda. Por un lado, la autoatención y el autocuidado se consideran sinónimos ya que ambas categorías son de tipo informal al pertenecer al contexto domiciliario. Sin embargo, no lo son. Ambas guardan en común su pertenencia a un mismo marco sociocultural, es decir, no son prácticas aisladas o autónomas. No obstante, se diferencian en que el autocuidado está más vinculado a la prevención o promoción de la salud a nivel cotidiano y, en cambio, la autoatención de la salud se refiere a las prácticas que se realizan en los “episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento que tienden a activar respuestas colectivas” (Haro Encinas, 2000: 114). De ese modo, la autoatención sirve para ubicar las relaciones en que se inscriben estas prácticas, que incluyen tanto el grupo doméstico como las redes sociales (Haro Encinas, 2000). Por otro lado, el autocuidado (*self-care*) supone el primer nivel real de definición de atención mientras que la autoayuda (*self-help*) corresponde a un segundo nivel que va más allá del ámbito doméstico para acceder “a redes sociales que van desde la familia extensa y los grupos de amigos y vecinos hasta otras iniciativas mucho más organizadas” (Haro Encinas, 2000: 113). Estas iniciativas organizadas operan entre iguales en condiciones de reciprocidad y mutualidad, pero no representan instancias informales ya que se encuentran institucionalizadas a un nivel formal fuera del ámbito doméstico y de los círculos de sociabilidad primaria. Se organizan para la atención de problemas sanitarios cuestionando la oferta de la atención médica profesional, razón por la que quedan definidas por su autogestión.

La cuestión se va complicando conforme se contemplan las áreas donde tiene lugar la búsqueda de solución a los problemas de salud. El término de «redes sociales» se utiliza para referirse a instancias de formas de organización más o menos amplias que oscilan entre la familia extensa y los grupos vecinales u otras formas comunitarias que ofrecen asistencia ante la enfermedad o cualquier forma de sufrimiento, así como a las instancias formales e institucionalizadas de corte civil y autogestionario. La diferencia entre las redes sociales informales¹⁵⁶ y las formales reside en que las primeras se integran en el concepto de autoatención y, en cambio, las iniciativas formales¹⁵⁷ son generadas para responder a necesidades que no han sido cubiertas por los sistemas profesionales y oficiales de salud y de asistencia social. Por este motivo, se pueden englobar en el modelo de autoayuda y no en el modelo de autocuidado/autoatención. A pesar de ello, las redes de iniciativa formal comparten algunas características con las redes informales, como el carácter recíproco y no lucrativo de sus prácticas y constituir iniciativas locales. Estas pueden ser dirigidas a colectivos particulares o asumir un enfoque comunitario (Haro Encinas, 2000). Finalmente, una característica específica de este tipo de red social es que está motivado por ideales de solidaridad mutua y no está dirigido por profesionales sanitarios ni otras instituciones externas al grupo que ha motivado la práctica. Como hemos señalado al inicio del apartado, este tipo de diferenciación estricta entre las redes formales y las informales presenta limitaciones. Una de ellas es que, si se comparan las primeras con el sistema de salud, que es una red formal, podrían también ser consideradas informales.

Una vez presentado este conjunto de definiciones, los discursos de las participantes ofrecen las claves para conocer cómo se encuentra imbricada la práctica del grupo de terapia dentro del complejo asistencial. De este modo, es preciso analizar el proceso por el que se consolidó el grupo de terapia. La agresión sexual fue el fenómeno que llevó a estas mujeres a participar en él. La cuestión relevante aquí es que hacerlo fue vivido por ellas como una “identificación” con sus compañeras. Las mujeres expresaron que se sintieron identificadas entre sí por haber sufrido una agresión, pero

¹⁵⁶ Según Haro Encinas (2000) este tipo de redes sociales surgen de forma espontánea a instancias de la familia extensa, nexos de amistad y compadrazgo, compañeros de trabajo o estudio, grupos vecinales o de paisanos y otras formas comunitarias que brindan asistencia en caso de enfermedad o de cualquier causa de aflicción.

¹⁵⁷ Las iniciativas informales se identifican como grupos secundarios o macrogrupos, “de vínculo utilitario, contacto indirecto, acceso teóricamente más abierto y organización formal” (Haro Encinas: 2000, 115).

también lo hicieron a través del tipo de agresión sufrida, por el contexto en que ocurrió o por la forma en que ocurrió. Dos de ellas lo expresaron del siguiente modo:

Hestia: Yo soy la mayor del grupo. Es la primera vez que vengo. Me gusta la gente joven y respeto a los mayores. Pero me identifico con vosotras. Esta experiencia... *[Llora]*.

Maat: (...) Pero me pasó cuando dormía. Ya te voy a preguntar lo del curso de defensa. Cuando me ha pasado otra vez de mayor..., me identifico porque no me pude defender.

Hestia señaló como motivo de identificación el acto en sí (haber sufrido agresión) y Maat la circunstancia en que ocurrió (estaba dormida). Otro mecanismo de equiparación fue el que expresaron las mujeres que eran madres, independientemente de la edad, por tener hijos a los que cuidar, educar, y además tener que sobreponerse a la agresión. De este modo, las mujeres se podían identificar entre sí por diferentes motivos. Como consecuencia de este proceso surgió la idea de unión, de lucha y de apoyo entre sí:

Diana: Hay que dar un mensaje de lucha, de lo fuerte que es la mujer.

Isis: Las dos últimas películas de Disney no son de príncipes, algo empieza a cambiar. Las mujeres somos educadoras de los hombres. Yo eduqué a mis hijos como personas, no como hombres. Hay un efecto expansivo en la reeducación: yo se lo digo a dos y estas a otras dos mujeres y así sucesivamente. Por eso va bien que estemos juntitas, para apoyarnos.

Isis, cuyos hijos eran adultos, hizo referencia al papel que las mujeres tenían sobre la educación de sus hijos. Ella optó por hacerlo en dirección a educarlos como personas, sin seguir la educación sexista tradicional. Se refirió a su forma de educar como “reeducación” haciendo referencia implícita a la característica del sistema patriarcal en el que las mujeres y los hombres son educados de forma diferenciada y siguiendo los estereotipos de género. Por último, Diana recalcó la fuerza que hay en una mujer. Así, las pacientes se centraron en tres puntos que las unían: ser mujeres, ser mujeres que han sufrido una agresión sexual y estar luchando a favor de una reeducación del sistema. De hecho, al final de la tercera sesión y algunas posteriores expresaron la idea de unión, de ayuda, aprendizaje y de progresión:

Psicóloga: Cada sesión es diferente. Esta ha sido muy didáctica. Ha salido el apoyo. Conocer la gente que más me apoya.

Ceres: Yo estoy contenta porque he hablado. Hasta ahora no lo había hecho. Si os he servido de algo...

[Todas sonríen].

Aurora: Cualquier cosa ayuda. Estoy contenta. He aprendido.

Afrodita: Estoy contenta porque todas, o casi todas, hemos tenido una semana positiva. Contenta porque todas hablemos más y más.
Dicea: Yo creo que cada vez es más natural, hablamos más seguido entre nosotras. Tengo ganas de volver la semana que viene.
Cibeles: Yo estoy contenta porque vengo más relajada.
Diana: Estoy contenta. Muy bien. Me da fuerza para seguir adelante.
Psiquiatra: (...) Hay una sensación de avance: empezar a trabajar, menos miedos, reflexiones como construir con serenidad tu casa, que ha dicho Diana. Hay fases chungas, pero es esa capacidad de remontar de calidad, no a lo tonto. “De ahí salgo mejor” y eso ya se ve ahora. Para mí es un lujo.

Las seis mujeres presentes destacaron la satisfacción que les proporcionaba formar parte del grupo, hablar entre ellas con mayor fluidez e ir más relajadas que en las primeras sesiones. La comunicación les permitía aprender de la experiencia ajena, lo cual representó una ayuda y un factor que permitió la unión entre ellas. Diana lo expresó como “el grupo me da fuerza para seguir adelante”. Paralelamente, la psicóloga se refirió al apoyo como elemento que protagonizó esa sesión y la psiquiatra se posicionó abiertamente: para ella fue un lujo presenciar “esa capacidad de remontar” que veía en estas mujeres. De hecho, en las presentaciones de la siguiente sesión, expuso cómo la fuerza que ella captaba en las visitas individuales podía ser (re)utilizada en formato grupal:

Psiquiatra: Soy psiquiatra. Estoy superencantada con el grupo porque sale de vosotras. Pensé que era buena idea que vuestra fuerza individual para salir adelante, si se ponía en común, sería terapéutico.

Pero hablar en público no siempre resulta fácil. Se animaba a ello y, además, se aplaudía la exposición:

Psiquiatra: Yo quiero felicitarte por tu intervención [*se dirige a Ceres*]. Has descrito muy bien cómo te sientes. Es un avance. Has sido muy valiente en decir lo que creías que hiciste mal y lo has explicado: lo de tu prima, los piojos... [*Todas sonrían*].

Un factor que contribuyó a la consolidación del proceso intragrupal fue la posibilidad de poder compartir las preocupaciones más profundas y de forma amplia con las integrantes del grupo de terapia, puesto que se sintieron comprendidas. Las mujeres establecieron una jerarquización de la capacidad que tiene la otredad para comprender cómo se sentían ellas tras la agresión sexual. En primer lugar, las entendían más otras mujeres que también fueron víctimas de una agresión sexual. Dentro de este grupo, lo hacían en mayor grado las que tenían más puntos en común respecto a lo

ocurrido durante la agresión. En segundo lugar, captaban su sentir con mayor profundidad las profesionales que las visitaban. Establecieron el conocimiento teórico sobre la violencia de género y la proximidad a la experiencia vital de las mujeres agredidas sexualmente como elemento vehicular de la comprensión. En tercer lugar, los familiares y/o amigos que las apoyaron tras la agresión sexual y que no las juzgaron o culparon de lo ocurrido.

Una práctica bastante frecuente fue que una de las participantes expusiera ampliamente su pesadumbre, lo cual ocurrió de forma espontánea. En la quinta sesión tuvo lugar esta conversación:

Flora: Estoy sensible. Ha sido una mala semana [*Llora*]. Quizá tenga la enfermedad de transmisión sexual [*Por contexto se entiende que se refiere a virus de la inmunodeficiencia humana, VIH*]. Tengo que aprender a convivir con ello. Si hay accidentes, pues cargas con ello. Me alegra saber que puedo hablar con personas que me entienden. A los demás, es difícil que entiendan por lo que pasas.

[*Minerva llora. Todas tienen en sus caras expresión de angustia*]. Me ha cambiado toda la vida. Agradecer que me estén escuchando. Nada más.

Psiquiatra: ¿Alguien quiere decir algo?

Isis: Yo la quiero abrazar.

Afrodita: Y yo.

[*Se levantan las dos y la abrazan*].

(...)

Afrodita: Lo bueno que tenemos es que lo entendemos. Yo también lo pasé fatal, toqué fondo.

Flora: Gracias.

Afrodita: Yo no te diré que olvides, pero sí que te enfrentes encontrándote a ti misma.

Maat: Llorar es muy sano. Un dolor tan profundo poco a poco sale.

Diana: Es la primera vez que no te veo llorar al hablar [*mira a Maat*].

Maat: Es verdad. Hasta ahora siempre he llorado. Ahora estoy mejor, puedo hablar y no llorar.

Flora expuso claramente su miedo a haber contraído el virus del VIH y que sentirse comprendida y escuchada por sus compañeras resultó ser una ayuda para ella. Isis y Afrodita le ofrecieron su abrazo como manifestación visual de su apoyo, reforzando así las palabras de consuelo al miedo que expresaba Flora. El acto del abrazo conlleva simbólicamente la protección, la seguridad y la comprensión y, en aquel momento, fue bien recibido por Flora. Las presentes manifestaron explícitamente sus respectivas percepciones sobre la sesión en las “frases flash”:

Hestia: Fantástico. Pensé que no hablaría. Estoy contenta de venir y hablar. Un honor estar con vosotras.

Diana: Yo más relajada. Más saber escuchar.

Flora: Sentí empatía, escuchada. Comprendida. Cariño recibido.

Maat: Todas hemos sentido esto. Hablamos más.

Psiquiatra: Intenso, empático. Aparecen abrazos. La función del abrazo es de contención madre-osa.
Cibeles: Reconfortante. Empatía
Minerva: Contar con gente nueva.
Afrodita: Emotiva. Me siento muy identificada.
Selene: Identificada, cercana, empatía, contenta. Agradecida.
Isis: Yo no he dado antes abrazos porque sé que no nos gusta que nos toquen. Me he sentido mamá. Un gran pastel que nos ha gustado a todas.
Salvia: Quisiera hablar más.
Aurora: Comprensión, apoyo. Contenta.
Psicóloga: El grupo está cada vez más enriquecido. Cada vez es más fluido. Afectivo, emotivo. Intenso.

Las palabras de las mujeres fueron concluyentes y la emotividad que contenían fue casi palpable. Los elementos destacados y que describen las características de este grupo fueron la inclusión de las personas nuevas en el grupo, el creciente nivel de participación global, hablar y escuchar, la empatía, la comprensión, el apoyo, la identificación, la protección y la afectividad. Isis condensó tales elementos en la metáfora de un “pastel que gusta”. La alusión al abrazo, cuya función de contención fue evocada por la psiquiatra y reverberada en el sentir de Isis cuando se “sintió mamá” de ellas, fue un elemento que mostró protección e insufló coraje al tiempo. Compartir estas vivencias individuales en el contexto del grupo tuvo para ellas un doble efecto. Por un lado, el ya presentado de apoyo y comprensión que consideraron como positivo. Por otro, un impacto emocional que tenía repercusiones físicas y emocionales cuando el contenido era “emocionalmente duro”, como así lo calificaron. Dicho efecto fue planteado en la sesión posterior a la que habló Flora:

Psicóloga: Hace dos semanas de la última sesión. No, hace tres semanas, ya que la última era festivo y la anterior se tuvo que anular. *[Recuerda que ella estaba enferma y la psiquiatra tenía otro compromiso, del cual advirtió]*. ¿Cómo han ido estas semanas? ¿Bien?
Afrodita: No. No descanso, tengo pesadillas. Como menos. Hoy estoy cansada. La última semana he estado resfriada. Fatal. Y he hablado con Diana y me he dicho que ella también ha estado mal. Que la última sesión fue muy dura y removimos mucho.
Psicóloga: Está bien que lo hayas dicho. Vale la pena tener cosas en cuenta. Hay un momento emocional duro y otro más controlado.
Todas: Como ahora. *[Ríen]*
(...)
Perséfone: Estas tres semanas, o por pastillas o por no venir, vuelvo a tener pesadillas.
Psicóloga: Hubo mucha empatía. Está bien que lo digan.
Psiquiatra: Habrá que llamar a Diana.
Afrodita: Fue muy interesante, pero intensa. Yo creo que hemos avanzado.

De las doce mujeres presentes en la anterior sesión, nueve afirmaron que se sintieron mal posteriormente; las demás o no se pronunciaron o no vinieron. Relacionaron las

pesadillas, el cansancio, el miedo e incluso tener un resfriado con dicha sesión. Afrodita afirmó que se “removió mucho” y, aunque no explicitó qué se removió o dónde, por el contexto se entiende que el discurso de Flora repercutió en las emociones de todas las presentes. La psicóloga atribuyó dicha reacción a la empatía entre ellas. A pesar de este aspecto negativo, la percepción sobre la terapia grupal fue positiva como así lo manifiestan en las “frases flash” de ese día:

Ceres: Me ha parecido bien. Estaba más relajada.

Perséfone: (...) He hablado más.

Minerva: También he hablado más. El tema es cuestionar, aunque me pesa. Me alegro de haber venido.

Isis: He perdido 500 g[*se refiere por lo que ha llorado*].

[*Ríen*]

Aurora: Contenta, comprendida.

Cibeles: Contenta. Mejor esta sesión más calmada.

Psiquiatra: Estoy de acuerdo. Más teórica, pero con ejemplos vitales. Participativa, todas habéis hablado.

Psicóloga: Muy bien. Participativa. Teórica y evidencial. Aparte de lo que moviliza lo que se dice. Compartir.

Las mujeres evaluaron la sesión basándose en cómo se sentían ellas al finalizarla (más relajadas, contentas y participativas) y en el efecto que tenía el grupo sobre ellas considerando los pros y los contras, siendo mayores los primeros. En cambio, las profesionales lo hicieron en relación al contenido de la sesión. Lo expresaron en las “frases flash” de la sexta sesión:

Isis: Recuperada del bajón. Más contenta.

Aurora: Bien. Contenta.

Hestia: Superbién ahora. Hablaré con mi hija.

Diana: Me hacía falta que me escucharan. Apoyada. Haré los deberes, buscar recursos.

Maat: Lo mejor, porque solo aquí nos entendemos. Al salir voy a seguir mi vida. Es nuestro secreto.

Psiquiatra: Sesión de cuidarnos. De salud. Nos hemos de cuidar. El grupo, relajado pero activo, avanza.

Psicóloga: También a mí me ha gustado. Grupo activo, de apoyo, de ayuda.

De este modo, la estructura y la función del grupo se consolidaron a través de compartir preocupaciones individuales y la aportación de posibles soluciones por parte de las mujeres del grupo, hecho que Maat catalogó de “nuestro secreto”, de un espacio que les pertenece solo a ellas. De nuevo, las profesionales describieron al grupo como activo, de apoyo, de ayuda y cuidado, aunque el proceso de la ayuda mutua no se da por finalizado, sino que se redimensiona:

Perséfone: He cogido miedo a las entrevistas.
Isis: Pues te acompaño.
Hera: Este temor. Yo antes era más lanzada. ¿Es normal? [*Su expresión es triste, preocupada*].
Psiquiatra: Sí. Son etapas.
Psiquiatra: ¿Por qué crees que tienes miedo a la entrevista? [*Mira a Perséfone*].
Perséfone: Porque pienso en negativo. Me siento insegura y tengo pensamientos negativos. Tengo miedo a no estar a gusto con el trabajo.
(...)
Perséfone: No tengo trabajo. No tengo dinero. No tengo comida. Eso me hunde. [*Llora*]
Diana: Como te tengas que quedar en casa, no paras de pensar y pensar y te acabas deprimiendo.
Hera: ¿Crees que te ofendería que, como mujeres, te pudiéramos ayudar? Hoy podríamos...
Perséfone: ¿Cómo?
Isis: Yo tengo una habitación que podrías usar mientras necesites.
Hera: Hoy por mí, mañana por ti.

La ayuda mutua se condensó en el soporte emocional, pero también a nivel material mediante el ofrecimiento de una habitación para sobrellevar las inclemencias económicas o acompañar a una integrante del grupo a una entrevista de trabajo. Hera introdujo la ayuda a partir de identificarse por ser mujeres que comparten una experiencia cuyo factor común fueron el sufrimiento y las dificultades, pero también momentos de ocio:

Isis: Somos un *lobby* de mujeres. Vamos juntas a pasear, al cine, a reuniones. Podemos ir al teatro...

Así, el proceso de identificación entre las mujeres dentro del grupo, la ayuda mutua a través de la empatía y la protección contribuyeron a la consolidación del grupo. Serían los casos ya expuestos, pero también otros, como el de Minerva cuando suspendió varias asignaturas y se ofrecieron varias mujeres para darle clase; cuando se aconsejaban acudir a un curso de autodefensa que les ayudaría a subir la autoestima, hacer yoga o cuando comparten los buenos momentos como encontrar un trabajo o la celebración de la comunión de la hija de una de ellas. En otro orden de materia, en la sesión doce surgió una idea para luchar por el “cambio”:

Hera: Sería bueno hacer algo, buscar agrupación de mujeres víctimas. Podemos cambiar leyes si unimos fuerzas.

En este caso habló de cambio de leyes. Dos sesiones más tarde, surgió otra idea:

Psiquiatra: Bueno, ¿cómo estáis, jóvenes?

[Cuchichean] [Risitas]

Isis: Como dices jóvenes no nos damos por aludidas.

Hestia: Eso.

Psiquiatra: Vale. Pues, ¿cómo os ha ido sin tener en cuenta la edad?

Isis: Pues nos hemos llamado y le hemos dado al tacón.

Hera: Es una buena líder. Da maravillosos mensajes profundos.

Isis: Que no soy consciente de eso. Me siento alagada y feliz.

(...)

Hera: Haces bien de terapeuta *[se dirige a Isis]*.

Psiquiatra: Podrías montar un grupo de ayuda mutua y los profesionales a la calle.

Psicóloga: No toquemos el tema. *[Ríen] [El comentario va por la rescisión de contratos y la crisis económica]*.

Psiquiatra: Este grupo es abierto. Da para hacer de todo. Salidas...

(...)

Psiquiatra: Esto sería el germen [...] Los grupos de ayuda mutua dan asesoría en Lesseps.

Allí hay una sede de grupos varios de ayuda mutua. Podíais ver de qué va.

Minerva: Yo vivo por allí, podría preguntar.

La conversación fue distendida y bromearon, lo cual no excluyó que, a colación de la ya declarada capacidad de liderazgo de Isis, a la psiquiatra se le ocurriera la idea de formalizar un grupo de ayuda mutua. A pesar de que en el momento de llevar a cabo la investigación esa idea no llegó a materializarse, sí se pudo observar que en la decimocuarta sesión se definió abiertamente el grupo como grupo de ayuda mutua –al menos, a nivel conceptual– y cómo surgió la idea de crearlo:

Psiquiatra: En principio, es un grupo de ayuda mutua. Las profesionales lo montamos. Montamos la estructura, el sitio. Pero lo demás, se trata de que de vosotras salga organizar, preparar lo que sea para vosotras. *¿O es que venim a fer ganxet?*

[Ríen]

Hera: ¿Es una idea nueva?

Psiquiatra: Aurora un día dijo que iría bien un grupo. Lo estuvimos pensando. Toda esta fuerza de cada una. Todas esas ganas de ayudar..., pensamos que todo ese potencial puesto en común podría ser beneficioso para todas.

Hera: ¿Lo evalúan?

Psiquiatra: Sí. A cada sesión. Si algo no va bien, lo hablamos. El miedo de una afecta a las otras.

Hera: Yo salgo hecha polvo.

Psiquiatra: En el grupo también hay iatrogenia. Puede hacer daño.

Fue una de las integrantes del grupo quien lo propuso y las profesionales recogieron la idea y pusieron los medios. Así, el verdadero motor del grupo fueron las “ganas de ayudar” de las pacientes; las profesionales velan por lo que consideran dañino. De hecho, la psiquiatra afirmó que el miedo de una de las pacientes afectaba directamente a las demás, efecto que catalogó de iatrogénico. Una iatrogénesis similar a la iatrogénesis clínica que sostiene Illich (1975), en tanto se pueden observar consecuencias negativas provocadas, paradójicamente, por los testimonios, información, explicaciones y

confidencias que el propio grupo genera. Consecuencias negativas que son inherentes a este.

La práctica llevada a cabo por estas pacientes se concretó en una forma híbrida de la terminología antes presentada. Por una parte, no se puede definir como práctica de autocuidado, puesto que las mujeres no trataban de prevenir su estado de salud, sino aliviar un sufrimiento. Más bien, se acercaba a una práctica de autoatención precisamente por ese motivo, ubicando las relaciones en que se inscribe esta práctica en una indefinición. El motivo de la indefinición es que no puede ser considerada puramente como una forma de autoayuda basada en redes sociales informales, puesto que la relación en los grupos terapéuticos y los grupos de ayuda mutua (GAM) no se inicia de forma espontánea. En este sentido, Canals (2003) señala que los grupos de ayuda son una transposición a un contexto extradoméstico de la reciprocidad que mueve a la autoatención en el medio familiar, aunque esta trasposición presenta diferencias. Una de ellas es el hecho de que, mientras en el grupo familiar la obligación de ayuda es previa a la necesidad, los GAM se forman a partir de una necesidad existente. Aquí se debería considerar que la idea primaria de crear un grupo de apoyo surgió de una de las pacientes y las profesionales pusieron los medios, motivo por el que adquiere una pequeña pincelada de espontaneidad. Tampoco puede ser considerada una iniciativa formal puesto que el grupo de terapia está dirigido por las profesionales. Además, esta búsqueda de alivio al sufrimiento no se da al margen de la atención médica profesional, por no estar cubiertas sus necesidades, sino que se encuentra dentro de ella. El grupo de terapia se muestra como una práctica eficaz para la resolución del sufrimiento basada, siguiendo a Menéndez (1984), en modelos de reciprocidad. Para Menéndez, la reciprocidad es un elemento constituyente de la autoayuda que está presente en todas las sociedades. Gouldner (1979) señala las reglas básicas de la reciprocidad: “La gente debe ayudar a quien le ha ayudado, y la gente no debe perjudicar a quien le ha ayudado” (Gouldner, 1979: 232). Pero la reciprocidad no provoca por sí sola ayuda mutua. Para ello, según Menéndez, “la reciprocidad solo implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o, por lo menos, entre equivalentes” (Menéndez, 1984: 92). Por tanto, la ayuda obtenida a partir de los grupos de terapia se da en condiciones de horizontalidad, en las posiciones relativas de los participantes, en simetría en los intercambios y la equivalencia entre sus miembros construida a partir de sus vivencias relativas a la historia compartida de un mismo problema (Canals, 2002 y 2003). En este sentido, Mauss (1971) afirma que la moral y la economía propia de las sociedades “primitivas”

actúan todavía hoy en nuestras sociedades de una forma constante y subyacente a través de la mezcla de dones, obligaciones y del carácter aparentemente voluntario y libre de las prestaciones que se realizan en forma de presente. Considera que todavía continuamos esperando que lo que hemos dado se nos sea devuelto.

En suma, las sesiones grupales de terapia son un dispositivo terapéutico de atención a las mujeres víctimas de agresión sexual que permite la interacción entre las pacientes y las profesionales en el mismo centro hospitalario en el que acuden a las consultas individuales. La frecuencia semanal en que tuvieron lugar las sesiones, así como el nivel de asiduidad con la que asistieron las pacientes, favoreció la participación activa y la comunicación entre ellas. Al mismo tiempo, el grupo como tal siguió un proceso interno de consolidación progresiva en el que la inclusión de las nuevas integrantes en el grupo, el creciente nivel de participación global, hablar y escuchar, la empatía, la comprensión, el apoyo, la identificación entre ellas y la protección fueron los elementos que permiten dicha consolidación. Las mujeres se identificaron entre sí por haber sufrido una agresión sexual, por el tipo de agresión, el contexto y la forma en que ocurrió y, además, por circunstancias personales que se asemejaban a la de otras pacientes, como ser madres. Como consecuencia del proceso de identificación surgió la idea de unión, de lucha por la recuperación individual y de apoyo entre sí. Finalmente, las participantes del grupo lo definieron como grupo de ayuda mutua por autoasignación, a pesar de no cumplir los criterios para serlo debido a que las sesiones son dirigidas por las profesionales.

Por otra parte, el grupo de terapia tuvo un doble efecto sobre las pacientes a nivel individual: de ayuda por la comprensión y el apoyo recibido, pero también generó malestar en las mujeres por presenciar el dolor ajeno. A pesar del efecto negativo, las integrantes del grupo le atribuyeron una percepción positiva en la que el concepto de “fuerza individual”, que rewertió sobre el grupo, permitió la continuidad de las sesiones grupales.

5.2 La reconstrucción de vidas rotas: un proceso por fases

Las ideas de recuperación, de lucha y de fuerza emergieron como las claves culturales que aportaron claridad en el proceso que siguieron las mujeres a nivel individual, pero

también en el grupal, siendo estas unas nociones compartidas por los saberes profesionales y los legos. En el trasfondo de sus discursos quedó implícita la noción de «resistencia» de la persona que vive el proceso en primera persona. A pesar de no ser un término utilizado en este contexto etnográfico, sí lo ha sido en otros contextos como el hospitalario. Más concretamente, nos estamos refiriendo a la terminología utilizada en un servicio hospitalario destinado a la atención de hombres y mujeres que han sufrido quemaduras de gran envergadura. La «resistencia del enfermo» hace referencia al resultado final del proceso por el que pasan las personas respecto a sus dolencias (Comelles, 2000). El autor advierte de la diferencia sustancial entre el tratamiento que recibe la persona enferma, que está relacionada con su capacidad de autorregeneración y cicatrización, y las razones por las que una persona supera las dificultades para finalmente sanar. Esas razones recaen en un terreno que resulta pantanoso para el discurso biomédico positivista y lo hace en la esperanzadora noción de resistencia de la persona enferma, que señala hacia la sutil línea que separa la vida y la muerte. Su significado está en relación a la expresión «va a salirse o no» de la enfermedad y a la segregación entre el «dentro» y el «fuera», la cual conlleva tanto la representación simbólica de ese límite como su ubicación espacial:

La «resistencia» se constata y trata de explicarse al familiar a partir de un confuso discurso que relaciona lo genético, lo constitucional y lo psicofisiológico, que justifique que un enfermo «se deje caer» y «se quede», y que otro «tenga ganas de vivir y se salga» (Comelles, 2000: 331).

La interpretación del proceso de enfermedad/salud se produce en el espacio de interacción entre saberes y prácticas médicas y saberes y prácticas populares, y no exclusivamente en el discurso biomédico. Se trata de la combinación del discurso científico basado en lo genético, lo constitucional y lo psicofisiológico que explique que la persona que ha sufrido quemaduras graves sobreviva a ellas o no, del discurso de características esotéricas¹⁵⁸ y/o de la idea religiosa del milagro, como la mediación de

¹⁵⁸ Según Comelles (2000), las características esotéricas se refieren a que el «vivo muerto» se comunica invisiblemente con el mundo mediante la irradiación de las mentes que sus familiares le ofrecen, transmitiéndole, así, mágicamente la fuerza que necesita para resistir. Es un tipo de resistencia que remite al alma de las personas a pesar de que, como dice el autor, en el modelo biomédico el alma no existe. Dicha incredulidad no supone una limitación práctica en el servicio para grandes quemados puesto que la magia y la religión se muestran en ese contexto como los elementos fundamentales para estructurar la cultura del hospital, que es producto de la interacción de todos los actores sociales: los enfermos, sus acompañantes y el personal. Por otra parte, la noción de resistencia es vital en el período de incertidumbre donde las «ganas de vivir del enfermo» tienen una posición central en la recuperación y, una vez superado ese período, es desplazada a otro plano para ser sustituida por la efectividad de la práctica médica y su despliegue de recursos técnicos.

los santos. De este modo, la resistencia del enfermo equivaldría a «aguantar» los problemas que le conllevan las quemaduras y su tratamiento y, en definitiva, a la «fuerza interna» de una persona enferma para soportar el sufrimiento. Ese tipo de fuerza a la que se refirió la psiquiatra y esa capacidad de aguantar que referieron las mujeres. La crudeza del término «muerto vivo» genera cierta inquietud en los lectores sensibles al sufrimiento ajeno y refleja a la perfección la liminalidad en la que se encuentran los cuerpos físicos que han tenido la desgracia de sufrir grandes quemaduras, así como la liminalidad de sus correspondientes cuerpos sociales. La aplicabilidad de la noción resistencia en nuestro contexto no reside en la situación límite de los cuerpos entendidos como materia viva en situación limítrofe, como un muerto vivo, sino en esa fuerza interior que remite al alma no reconocida en el discurso oficial de la biomedicina, y del que discreparon estas profesionales, que se revela contra la violencia sexual impuesta en los cuerpos de las pacientes, esa violencia que rompió sus vidas, que destruyó sus identidades ahogándolas en su desesperación y sufrimiento. La resistencia, en este caso, está en «aguantar» los efectos de *tsumani* emocional y tratar de reconstruir sus identidades para, de este modo, volver a reconocerse a sí mismas. A diferencia del contexto antes referido, la resistencia de las mujeres que han sufrido una agresión no queda restringida a un primer tiempo de incertidumbre en el que no se tenga claro “si se va a salir o no” (Comelles, 2000:342). La segunda es una posibilidad que no tiene cabida. La idea compartida por las profesionales y las pacientes es que “va a salir adelante”. Otra cosa distinta es que queden “cicatrices”, como dijo Isis, como efecto permanente de sufrir la agresión.

Es interesante observar el lenguaje que utilizaron las integrantes del grupo para referirse a superar las consecuencias que tuvieron las mujeres. Las terapeutas utilizaron términos como “reparación”, “remontar”, “procesar”, “terapéutico”, “rehabilitación” y “fuerza individual y/o grupal”; en cambio, las pacientes usaron “cambio”, “lucha”, “superación” y “fuerza”. Así, las primeras utilizaron palabras que mayormente quedan vinculadas a un registro técnico, sin dejar de lado el lenguaje coloquial, y las segundas recurrieron a vocablos que señalan a un trabajo personal de carácter emocional. Es también sugestivo ver como todas ellas compartían “seguir para adelante” y “energía” como forma de expresarlo, puesto que queda implícita a partes iguales la idea del desgaste personal que supone tratar de superar el sufrimiento generado por la agresión.

Es también relevante observar como el lenguaje técnico se articula con las nociones de “energía” y “fuerza”, sin que ello suponga una articulación con la religión ni la magia antes referidas en el contexto de los grandes quemados. Lo que las mujeres buscaban en el grupo de terapia y las profesionales ofrecían fue expresado en la siguiente narrativa:

Psicóloga: Es necesario verbalizar lo ocurrido porque va bien para procesar tanto a nivel de grupo como individual. Sentirse comprendida forma parte de la reparación. Aquí os sentís apoyadas, pero es diferente en otros sitios.

Reparar implica que ha habido una ruptura previa, como ya se ha mostrado en anteriores apartados. Cibeles lo expresó de un modo abierto:

Cibeles: La vida se rompe y se tiene que construir. Movilizas todo. Y aparecen cosas buenas.
Diana: Ahora miras los ladrillos. Yo antes construía una casa y ya está. Ahora me miro cada ladrillo cómo está, dónde y cómo está puesto.
Psiquiatra: ¡Qué metáfora más bonita!
Afrodita: Algo he aprendido y está a fuego: a poner límites. Ahora los pongo demasiado, pero estoy en ello.

Ambas pacientes coincidieron en la imagen de vida rota y su reconstrucción. El significado que le atribuyeron a la “recuperación” fue el de aceptación no pasiva del hecho, su superación. La psicóloga lo expresó como un proceso que se desarrolla “por fases”; Afrodita utilizó la expresión “ir con capas de cebolla” y Maat “ir superándolo semana a semana”. Estuvieron de acuerdo en que no es un proceso uniformemente lineal, sino que incluye fases de retroceso:

Minerva: Se lo he dicho a mis amigas y ellas me dicen que pase página.
Psicóloga: Es un proceso de ida y vuelta. Seguro que has avanzado en conjunto.
Cibeles: Aquí me he dado cuenta de que pensaba en olvidar en lugar de superarlo, aceptarlo.
Psicóloga: Eso es de lo que se trata. Integrar en tu historia y avanzar en diferentes fases.
Afrodita: Yo me veo como con capas de cebolla. Voy quitando capas hasta llegar al corazón.
Maat: Estamos protegidas por ellas, por los Mossos. Luego estamos solas. Solo aquí lo van a entender. A veces nos engañamos con que va bien, pero no. Vas subiendo. Cada semana lo vas a superar.
Afrodita: Somos supervivientes, no robots. Por eso digo paciencia, queremos correr y me doy cuenta de que tengo que tener más paciencia.

Las ideas expuestas se muestran interrelacionadas. En primer lugar, Minerva y Cibeles se posicionaron ante la agresión sexual sufrida como un hecho vivido del que pretendían distanciarse: la primera lo expresó a través de la opinión de sus amigas como “pasar

página” y la segunda con el verbo “olvidar” utilizado en primera persona. En segundo lugar, Cibeles presentó la oposición entre “olvidar” y “aceptar y superar” la agresión sexual. Dicha dicotomía implica pasar de “hacer ver que no ha pasado nada”, lo cual es entendido como una forma encubierta de negar el hecho, a aceptarlo y sobreponerse a las consecuencias que ha tenido para ella la agresión. En tercer lugar, la puesta en común de las experiencias de cada mujer y de la opinión de las profesionales en el contexto del grupo de terapia, esto es, la interacción entre ambos subgrupos, permite “darse cuenta” de que no es posible “olvidar” y contemplar la superación como mejor opción para ellas. Por otra parte, Maat destacó la idea de protección de las profesionales hacia ellas en contraposición a la idea de soledad que sentían fuera del grupo. La protección y el bienestar que sentían las participantes en el grupo van ligados a la cohesión que provoca la solidaridad mecánica (Durkeim, 1987) que se encuentra en este. Una solidaridad que se funda a partir de la identificación entre sus miembros, por sus condiciones de igualdad y por sus vivencias en común que provocan un fuerte compromiso entre ellos. Solidaridad que no se encuentra fuera del grupo y de ahí los sentimientos de soledad. Por último, Afrodita manifestó ser una “superviviente”¹⁵⁹ del desastre vivido, destacando la lentitud del proceso de recuperación. En este sentido, Wozniak y Neuman (2012) señalan que el estado liminal en el que la identidad social se caracteriza por ser víctima o sobreviviente se recupera a través de ritos de curación en el contexto de grupos de sobrevivientes de violencia doméstica, que recorren una trayectoria de curación para la construcción de una identidad fundada en la fuerza y la plenitud. La expresión de Afrodita se refirió precisamente a esa recuperación de fuerza. En una sesión posterior, cuando ella volvió a recurrir a la expresión “capas de cebolla”, las profesionales y ella concluyeron que había que trabajarlas una a una:

Psiquiatra: Son muchas capas de cebolla...

Psicóloga: Quizá sería mejor una capa y parar.

Afrodita: Hasta ahora no me he ocupado de la agresión sexual. Me había ocupado de la agresión física, pero no había llegado a más.

Afrodita, que había sufrido la agresión sexual tres años atrás, afirmó haber dedicado su atención durante ese tiempo a la recuperación del aspecto físico de la agresión, pero no

¹⁵⁹ La noción de “ser superviviente” versus “ser víctima” ya ha surgido en apartados anteriores. Para las participantes de esta investigación, el primero hace referencia a continuar con vida tras la agresión sexual y tratar de superar las consecuencias que ha tenido haberla vivido; el segundo término está vinculado a haber sido objeto de una agresión.

el sexual, haciendo una distinción entre ambas áreas. Lo expresó como “no había llegado a más”, reseñando que no pudo ahondar antes en dicho aspecto por no estar preparada para ello. Para ella, la agresión física se diferenciaba de la sexual por el objetivo que perseguía el autor de la agresión. Si bien ambos tipos de agresiones tienen lugar a través de la corporalidad de la víctima, la parte “física” hace referencia a la dominación del cuerpo como forma genérica de sometimiento mientras que la “sexual” se refiere a la dominación del cuerpo entendido como objeto y objetivo sexual. De este modo, expresó que el proceso de recuperación de los dos tipos de agresión ha seguido dos tiempos distintos, estando el aspecto íntimo más comprometido.

Maat, quien había sufrido la agresión sexual hacía un año, aportó una sugestiva idea: “ser mejor mujer”. A pesar de expresarlo brevemente, puesto que lo expone en la ronda de “frases flash” que cierran las sesiones, Maat estableció una relación entre sufrir una agresión sexual y posteriormente ser mejor mujer, según su propia experiencia:

Maat: Serás una mujer mejor que si no te hubiera pasado [*mira a Minerva*]. A mí me pasó.

Esta idea muestra, y demuestra, que, aun en el contexto de la expansión de la medicina, las personas continúan dotando de significado a los sufrimientos y las enfermedades, posibilidad que Illich (1975) no contempló.

La noción surgió de nuevo en la undécima sesión grupal cuando Aurora expresó sentirse víctima:

Psiquiatra: ¿Y lo de estudiar? ¿Cómo consigues decidir estudiar?

Aurora: La psicóloga [*dice su nombre*] me preguntó qué quería hacer. Me vio capaz de estudiar.

Psiquiatra: Ves. De fuera lo ven. Ven las capacidades. Se trata de nuevo de confianza y autoestima.

Maat: Es lo mismo.

Aurora: Me rompió la confianza. No sé ni lo que era. Si era persona o no. No fui capaz de protegerme. La confianza se recupera haciendo cosas, trabajando...

Psiquiatra: Es importante ponerte metas.

Aurora: Me sentía víctima. Solo eso.

Psiquiatra: Luego reconstruyen algo asombroso. Casi “mejor que antes”.

Aurora: Soy mejor persona.

Psiquiatra: Esa necesidad de reconstruirte saca cosas que estaban durmiendo. Hay que pensarlo. Aurora estaba muy mal. Se deprimió, además de la sintomatología postraumática.

Salió una fuerza que no conocías.

Aurora: Yo me quería morir.

Maat: Llega a ser atractiva esa idea. Quedarse dormida y no despertar.

Hera: ¿Qué te motivó?

Aurora: Fueron saliendo cosas. No sé.

Psicóloga: Se motivó ella.

Isis: Es cosa de los supervivientes. Necesitan más fuerza que otros. Todas tenemos un bagaje. [...] Hay un piso destrozado y ponemos paredes, techos. Nos hace crecer. En temas espirituales, cuanto más sufres, tu espíritu se fortifica.

Psiquiatra: Lo vamos viendo en todas con el tiempo. No una salida natural, sino ¡una espectacular!
[Aurora sonríe]
Hera: ¿Recibiste apoyo?
Aurora: De mi pareja.

Aurora presentó tres aspectos que vinculó entre sí. El primero hizo referencia a la relación que estableció entre perder la confianza en sí misma y no “saber protegerse” de la agresión sexual, es decir, que esta no tuviera lugar. El segundo aspecto vincula perder su confianza con “no saber si era persona o no” y con “sentirse víctima”, mencionando indirectamente que no se reconocía a sí misma. Además, expuso que la idea de muerte, y más concretamente su voluntad de morir, pasó por su mente en aquellos momentos. El tercero muestra la relación entre recuperar la confianza en sí misma y “ser mejor persona”, hecho que consiguió llevando a cabo actividades como estudiar y trabajar. Paralelamente, destacó el apoyo de su pareja como un valor. En cambio, la psiquiatra equiparó “estar mal” a la noción de signo ya que equiparó el malestar de Aurora con tener una depresión y presentar sintomatología postraumática¹⁶⁰, sin olvidar la idea de recuperación a través de la fuerza que veía en la paciente. Por otra parte, Isis utilizó el término “superviviente” y expresó cómo, según su experiencia, se fortificó y creció a través de su sufrimiento espiritual, comparándolo a la reconstrucción de un piso “destrozado”. Así, las mujeres expresaron como la idea de víctima estaba asociada a la de superviviente a través de la ruptura y reconstrucción del ser, que simbólicamente representaron en la expresión “ser mejor mujer”. La psiquiatra calificó este proceso de espectacular.

Más tarde, las profesionales hicieron una reflexión sobre la recuperación de las pacientes desde una perspectiva global:

Psicóloga: Hay que valorarse por el camino recorrido, no solo por los logros, los aprobados en sí.
Psiquiatra: Someterse a una terapia, a un trabajo emocional, conductual, social y vital. Es una trabajera. Cibeles venderá mucho; Aurora estudia además de la terapia, el EMDR¹⁶¹... es un esfuerzo para el organismo.

La psiquiatra describió la recuperación como un proceso duro que requería trabajar en tres áreas de la persona: las emociones, el comportamiento y el área social¹⁶²; en

¹⁶⁰ La depresión y la sintomatología postraumáticas a la que hace referencia la psiquiatra corresponden para ella a Depresión Mayor y Trastorno de Estrés Postraumático, respectivamente, que son diagnósticos médicos del DSM-IV. Esta información fue facilitada al finalizar la sesión.

¹⁶¹ EMDR, Eye Movement Desensitization Reprocessing o Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares, es un abordaje psicoterapéutico en el tratamiento de las dificultades emocionales causadas por experiencias difíciles en la vida del sujeto.

cambio, la psicóloga destacó que no se trataba de atender los logros parciales, sino el conjunto del proceso de recuperación, haciendo referencia indirecta a las fases de retroceso antes mencionadas. Pero las profesionales no se centraron solo en aspectos teóricos, sino que trataron de transmitir conocimientos a las mujeres para aprender a controlar las emociones negativas antes referidas. Así, dos sesiones de terapia grupal están parcialmente dedicadas a realizar un ejercicio para aprender a controlar el miedo. En la primera explicaron cómo funciona:

Psicóloga: Hay dinámica de grupo para enseñar terapia cognitiva. Es un ejercicio en el que te dicen que imagines que es de noche y que oyes un ruido. Al grupo se le pregunta qué haría.

Psiquiatra: Hagámoslo.

Hestia: A mí me ha pasado esta noche. *[Ríen]*

Hera: ¿Qué ha pasado?

Hestia: Yo estaba sola. Cerré todo. Oigo la puerta de casa. Me levanté porque pensé que era mi hijo, pero no me podía levantar.

Psicóloga: ¿Y la emoción?

Hestia: Me levanto despacio, descalza. Tengo dos habitaciones hasta la puerta. No había nadie, pero tocaron la puerta, se la veía como forzada.

Psiquiatra: *Fem l'exercici, no?*

Psicóloga: El ejercicio sería diferenciar qué he hecho a nivel de razón, de emoción y de conducta. Aquí sería la razón, me dice que es mi hijo el que toca la puerta; la emoción sería tener miedo; la conducta sería de comprobación de qué viene el ruido. Creo que el pensamiento dice que creo que es mi hijo, pero si realmente pensara que es mi hijo, no tendría miedo. Por tanto, tenía otro pensamiento que es el que me provoca el miedo.

[Todas las presentes hacen el ejercicio]

(...)

Psiquiatra: ¿Y qué? *A quina conclusió arribem?*

[Ríen]

Psicóloga: Todo el mundo tiene miedo en este grupo. En otros, en general, los hombres siguen durmiendo y las mujeres piensan que ha entrado alguien. Entre el 70-90 % de las mujeres lo piensan. Se hace valoración de peligro.

(...)

Psicóloga: Todas lo pensabais, que era alguien que entraba. Algunas *[mira a Aurora]* pensabais que era el agresor.

La psicóloga, además de informar que se trataba de un ejercicio de terapia cognitiva para disminuir el miedo, instruyó sobre sus tres principales componentes: la razón (lo que se piensa), la emoción (lo que se siente) y la conducta (lo que se hace). Asimismo, explicó la relación con la valoración que las pacientes realizaban sobre el peligro percibido. En la siguiente sesión se repitió el entreno con una situación real:

¹⁶² Para la psiquiatra, el área social de la persona incluye, entre otros, a su círculo de apoyo, sea familiar o de amistades, su situación laboral y económica, el funcionamiento global de la persona y las actividades que lleva a cabo.

Maat: Cambiaron mi coche de sitio. Iba con mi amiga, si no, entraría en pánico. Pero mi amiga decía que no era sitio. Tenía miedo. Yo intenté olvidar, no entrar en la espiral paranoica. Y encima lloviendo. Fue algo positivo compararlo con lo que antes tuve.

Psiquiatra: Estar con alguien fue bien.

Maat: Sí. Yo le hablaba de alquilar un coche si me habían robado el mío. Yo tenía claro que me iba el fin de semana. Además, con todo lo que he pasado, no me iba a poner mal ahora por esto.

Psiquiatra: Positivizas con más facilidad.

Maat: Es el karma de mi familia. Y luego, va, dale la vuelta. Me libré del karma.

Psiquiatra: ¿Por qué no explicas la cognición, emoción? Primero piensas en el karma familiar, me han robado el coche. He cambiado el pensamiento.

[*La psicóloga escribe en la pizarra las frases*]

Psicóloga: ¿Os acordáis del ejercicio del ruido? [*de una sesión anterior*]. Haremos algo parecido. Situación, pensamiento y emoción. La situación es que el coche no está.

[...] El pensamiento es el karma familiar, el gafe de que me han robado el coche. La emoción, yo diría que calma, alivio porque me he librado del karma.

Perséfone: Yo sentiría miedo.

Maat: Cabreo también porque me han robado. Yo pensaba que me habían robado, y me *era* regalado. [*Se refiere a que su familia se lo regaló.*]

Psicóloga: Para cambiar la emoción, cambio el pensamiento.

(...)

Maat: Yo me di unas horas para solucionarlo. Antes me hubiera ido a llorar a casa.

Psicóloga: ¿Qué ha cambiado?

Maat: Que no he sufrido.

Psiquiatra: Lo interesante es ver que el pensamiento puede afectar el sufrimiento. El pensamiento genera emociones negativas. Son recursos para la vida y es un pensamiento automático.

Maat: Pero fue positivo.

Psiquiatra: Sí, ahora sí. Pensaste que has vivido cosas peores. El coche tiene solución. Soy patito feo, todo me pasa a mí.

La secuencia que presentó Maat fue la siguiente. Primero, su coche no estaba en el lugar esperado y lo interpretó como un robo producto del efecto del karma familiar, el principio que contempla la causa y efecto de las acciones y experiencias humanas. Segundo, sintió miedo, pero estar acompañada por su amiga le dio tranquilidad. Tercero, el robo del coche no era grave comparado con lo vivido a raíz de la agresión. Cuarto, sintió alivio con ese pensamiento. En cambio, las profesionales establecieron otra explicación siguiendo el mismo esquema mostrado por Maat. Primero, que el coche no estuviera fue interpretado como una situación concreta. Segundo, el karma familiar aludido fue equiparado a un pensamiento. Tercero, el “alivio por librarse del karma” fue catalogado de emoción. Cuarto, estableció una correlación entre pensamiento-emoción-sufrimiento de la siguiente manera: el pensamiento genera emociones negativas que hacen sufrir. En este caso, la interpretación fue positiva y la paciente no sufrió. Es interesante observar cómo el miedo, como factor común en las mujeres, es verbalizado, y por tanto compartido, y reinterpretado a través de las

instrucciones técnicas de las profesionales como emoción negativa que es posible positivizar. Así, las profesionales ejercían una función como catalizadoras de la seguridad y la confianza que buscan las pacientes a través de sus discursos tecnificados.

En suma, las profesionales y las pacientes significaron la recuperación como la aceptación no pasiva de la agresión sexual y la superación de sus consecuencias a través de un proceso desarrollado por fases, las cuales incluyeron la negación de la agresión sexual, su aceptación y el crecimiento personal a través del sufrimiento. En dicho proceso intervinieron valores culturales heterogéneos como la comprensión, el apoyo, la fortaleza individual, el aprendizaje del manejo de las emociones y los pensamientos mediante terapias específicas como la terapia cognitiva. El resultado, para alguna de ellas, fue pasar de sentirse víctima o superviviente a “ser mejor persona”. Como trasfondo, la noción de resistencia de las pacientes condensa diversos significados asociados a la lucha activa que de forma constante mantuvieron esas mujeres para soportar el sufrimiento y superar las consecuencias que había tenido para ellas sufrir una agresión sexual. En definitiva, la idea del “crecimiento personal” corresponde al significado atribuido a la experiencia del dolor (emocional).

Por otra parte, para las pacientes la recuperación hizo referencia a las diferentes áreas de su vida en general, a la pérdida de confianza en sí mismas y a la ruptura interior de sus personas; en cambio, para las profesionales –y teniendo también en cuenta estos aspectos– incluyó la noción de enfermedad condensada en los trastornos específicos asociados a la vivencia de una situación traumática. Una vez más, los modos explicativos de cada subgrupo corren paralelos en contenido, pero difieren en la forma en que se muestran.

5.3 La interacción personal como fuente de conflicto

La idea de unión entre las pacientes fue mostrada de forma subyacente y explícita, lo cual no excluyó que hubiera diversidad de opiniones o que apareciera el conflicto. Entendemos dicho término como algo existencial que atañe a la vida humana de cada uno y no se tiene que concebir en términos estrictamente políticos o bélicos (De Haro-Honrubia, 2012). Recurrimos a esta definición con el objetivo de discernir entre los

grandes conflictos de la humanidad en un mundo globalizado, en el cual los avances positivos, como los socio-sanitarios o los técnico-científicos, también están presentes, y el conflicto que surge de la interacción entre personas en un contexto localizado. No trataremos de profundizar en el concepto teórico del conflicto social en un sentido amplio puesto que esa dirección nos alejaría del objetivo de esta investigación. Por el contrario, pretendemos exponer las situaciones concretas que suponían una actividad conflictiva para las pacientes en su día a día. Giner (1995) sostiene que la vida social es conflictiva y simultáneamente consensual. Para ello, el autor distingue entre dos categorías: la acción social integradora, basada en la cooperación, y la actividad opositora o conflictiva.

La opinión que dos mujeres presentaban respecto a las consecuencias de saber, o, más bien, identificar a un hombre como “maltratador”, sería una forma de discrepancia:

Afrodita: Yo ahora detecto un maltratador por los comentarios que hacen.

[...]

Maat: No nos podemos engañar. Si siempre pensáramos que este es un maltratador, pues siempre tendríamos miedo. Y no se puede estar así.

Psicóloga: Creo que hay las dos cosas. Primero, que hay un perfil de maltratador; y segundo, que no podemos tener siempre miedo.

Perséfone: A mí también me pasa [*reconocer un maltratador*]. Soy consciente de que antes no lo pensaba. Es malo para mí.

Maat: Yo creo que es positivo porque te tienes que defender.

Afrodita: Pues sí. Un día estaba con una amiga y se acercó un chico para ligar y dijo algo como que estaba mirando cuál de las dos será el trofeo. Yo le contesté que aquí no hay trofeos. Nos tenemos que respetar nosotras si queremos que nos respeten los demás. Trofeo es de mala educación. Es un tema sexual ser un objeto. Si me entiendo como un objeto, no me respeto. Hay que reeducar.

Maat y Perséfone mostraron dos aspectos opuestos de la figura del “maltratador”, entendiéndolo por ello a una persona –un hombre– que maltrata a otra –una mujer– y, en este momento, se referían al maltrato psicológico. Para Maat, el término maltratador conllevó “tener miedo” e interpretó ese miedo como un aspecto positivo puesto que le permitía identificar a un maltratador y, con ello, tener la oportunidad de poder defenderse; en cambio, para Perséfone, hacerlo representaba un aspecto negativo para ella. La psicóloga propuso el término intermedio entre ambas posiciones: reconocer el “perfil de maltratador” para no tener siempre miedo. En ese momento no describió cuál era ese perfil; en cambio, Afrodita sí lo hizo. Para ella, un maltratador era el que realizaba comentarios de tipo sexista, los cuales asumen a la mujer como objeto, uno

más entre los que elegir para seleccionar el que consideran el mejor “trofeo”. Inmediatamente catalogó ese tipo de pensamiento como falta de respeto hacia la mujer, lo vinculó a la educación transmitida, rehusó el concepto porque aceptarlo implicaría “no respetarse a sí misma” y, finalmente, propuso la reeducación como forma de finalizar con esta forma de maltrato. Así, que las mujeres no estuvieran de acuerdo generó discusión y reflexión, pero no conflicto. Sin embargo, en alguna ocasión estar en desacuerdo llevó a cierta tensión ambiental. Dicha tensión se dio a colación de que una de las chicas explicara que acudía a un curso de defensa personal y lo recomendará a sus compañeras del grupo de terapia:

Hera: Defenderse va bien. Tenemos que saber defendernos.

Afrodita: Va bien para la autoestima.

Hera: Pero no sabes cómo vas a reaccionar.

Afrodita: Yo lo que sé es que si estoy aquí es porque actué como actué.

Psicóloga: Es autoconfianza.

Hera: Aparte de hablar aquí, ¿hablas con alguien más?

Afrodita: Sí, sí. Hablo con amigas y mi familia, pero yo lo que digo es que el curso de defensa me ha aumentado la autoconfianza y yo puedo ir por la calle en la noche y voy tranquila. No sé, si me atacaran, que me sepa defender.

Hera: Hay que aprender a defenderse.

Afrodita: Si me volviera a pasar, yo haría lo mismo porque sé que me funcionó. En el curso nos enseñan a que, si nos agreden, salir corriendo o cómo hacer para salir corriendo.

Hera: No sabes cómo reaccionarías si pasaras por otra amenaza. Es tu apreciación. *[Su tono es seco]*.

Afrodita: Mira, yo he estado en una situación límite. Salió lo más animal de mí y sé que salí viva porque hice lo que hice, por reaccionar como lo hice.

Psiquiatra: ¿En qué pensabas?

Afrodita: Yo pensaba en 7 pasos por delante de él. Yo ya lo tenía todo calculado. “En cuanto robe y se vaya, llamaré a la Policía”.

Psiquiatra: ¿Llegaste a negociar?

Afrodita: No. Bueno, sí. Pero cada vez que negociaba, el tío quería otra cosa o cambiaba de opinión. Pensaba en cómo podía salir.

Hera: Un acto reflejo.

[Ha habido un poco de tensión entre la opinión de Hera y Afrodita. Parece que ambas se han incomodado].

(...)

Afrodita: Yo pensé que tenía que demostrar qué pasó. Fotografié con la mente todo lo que pude mientras me agredía. Sus tatuajes, los lunares...

(...)

Hera: Te admiro por tu fortaleza.

Esta fue una discusión respecto a los objetivos que ambas mujeres le presuponían al curso de defensa personal. A pesar del nombre del curso, Afrodita consideró que la meta realista no era defenderse presentando lucha, sino adquirir confianza en sí misma y aumentar su autoestima puesto que, según su experiencia, fue lo que le permitió sentirse segura en la calle. Sostuvo que la mejor defensa en caso de peligro era salir

corriendo y evitar un daño mayor. Además, afirmó que utilizar su inteligencia y no luchar contra el agresor fue lo que la salvó. En cambio, Hera apostó por saber defenderse. La repetición de sus respectivos discursos, la invariabilidad de su contenido y el tono que utilizaron contribuyeron a que se creara una cierta tensión interpersonal, aunque se disipó en el transcurso de la sesión. Así, las dos mujeres atribuyeron al concepto “defenderse” dos significados diferentes: para Afrodita implicó usar la inteligencia para escapar del peligro y para Hera equivalió a utilizar el cuerpo para contrarrestar el ataque. Pero esta diferencia de opiniones tampoco implicó conflicto. Para las mujeres este estaba fuera del grupo y aparecía cuando una situación determinada superaba la posibilidad de la persona para resolver el problema. En la octava sesión, Perséfone explicó que solicitó una ayuda económica a través de la trabajadora social de su barrio y expuso el tipo de dificultad a la que se enfrentó:

Perséfone: No tengo trabajo. No tengo dinero. No tengo comida. Eso me hunde [*Llora*] (...).

Perséfone: Me echaron de la oficina. La asistente social de mi barrio me preguntaba cosas y me decía que no tenía derecho a ayudas. Que yo había trabajado un tiempo en un sitio y luego en otro. Insistía en que fuera mi padre porque está enfermo. Debemos dinero.

Psiquiatra: Tuviste visita con Elena, la trabajadora social del equipo. [*Explica que ha estado de baja maternal y ahora pueden volver a contar con ella*]. La mayoría de vosotras la conoce. Tiene mucho empuje.

Perséfone: Sí. Al hablar con mi asistente social, quiso saber por qué otra.

Psicóloga: Se hacen cosas, pero pensemos más cosas que podríamos hacer.

Perséfone: Nunca me han dado una ayuda y pienso que no la tendré.

Minerva: Tienes los teléfonos. Me llamas y vamos.

Psiquiatra: Estás apurada, y Elena presionará para que te den la ayuda.

Isis: Hay sitios a los que vas con el carrito y te dan comida.

Diana: Se llaman bancos de alimentos, ¿no?

Hera: o Cáritas...

Perséfone: Me dijo Ceres lo de la ayuda...

Psicóloga: Eso bien, pero veamos qué puedes hacer tú activamente.

Perséfone: Subir la autoestima.

Psiquiatra: Estamos contentas de que estés aquí.

Psicóloga: Es una actitud activa estar aquí.

Perséfone: Me gusta estar aquí.

La reacción del grupo fue de apoyo a Perséfone y se materializó en la búsqueda de soluciones: las mujeres se ofrecieron a acompañarla a hacer las gestiones pertinentes para conseguir la ayuda económica y de alimentos y las profesionales trataron de aportar nuevas formas de conseguir recursos a través de la trabajadora social del Programa, potenciaron lo que ella podía hacer de forma individual (mantener una actitud activa) y subrayaron su vinculación al grupo. Otra muestra de solidaridad mecánica (Durkheim, 1987). En la decimotercera sesión volvió a salir el tema:

Perséfone: He venido porque Isis me insistió. He estado sin salir de casa todos los días. Solo fui a ver a mi madre. (...) Dice la asistente que no me puede dar la ayuda de las víctimas, pero me dará una de 200 euros. Y también comida.

Hera: ¡Muy bien!

Perséfone: Sí. Y comida bien, de todo. Menos carne, que me dan un dinero. Pero no he salido a la calle.

(...)

Perséfone: Cuando veo a la trabajadora social me pongo mala. Es muy seca. Una borde.

Hestia: Se tienen que proteger. No puede ofrecer lo que no puede.

Hera: Pero otra cosa es ser borde.

Hestia: La que se protege es porque es más débil. Y la que es más fuerte habla de otra forma. Es mi análisis. Por lo que he visto.

Perséfone: Estaba pensando que es borde. Solo tenía que hacer un informe y no quiso poner que tuve una agresión porque ella no sabía si yo le decía la verdad.

Psicóloga: No todas las trabajadoras sociales tienen las mismas competencias.

Perséfone: Me lo tenía que hacer una de una institución pública y ella lo es.

Diana: Donde tu cabecera puedes preguntar. No entiendo cómo se puede negar. Es tu problema si mientes.

Psicóloga: Yo tampoco lo entiendo. Hay documentos: el informe de urgencias, la denuncia.

Perséfone obtuvo una ayuda económica en concepto de paga puntual y dispensación de alimentos¹⁶³ a través de la trabajadora social del barrio, pero tenía dificultades para que esta le tramitara la ayuda específica que se ofrecía a las víctimas de agresión sexual. Para ella, el conflicto no estaba en que le denegaran la ayuda, sino en que la trabajadora social que debía hacerlo, la de su barrio, no la estaba gestionando “por no saber si tuvo o no” una agresión sexual. En otra sesión ya se había hecho referencia a que esa cuestión era competencia exclusiva del juez a través de la sentencia judicial, de modo que esas palabras supusieron una forma de revictimización. Paralelamente, consideró que el trato personal recibido no fue el adecuado. Ni las compañeras ni la psicóloga entendían el motivo de no gestionar la ayuda, teniendo en cuenta que había documentación que así lo acreditaba. Fueron pasando los meses y la ayuda para las víctimas siguió sin gestionarse. Una mujer del grupo fue con Perséfone a tratar de solventarlo y, aunque no lograron obtenerla, sí consiguieron una información adicional:

Perséfone: He estado en el CAP con la trabajadora social. Me ha explicado que han prohibido las ayudas a agresiones en el Ayuntamiento de Santa Coloma.

Isis: Yo lo voy a decir a ADAS para hacer una denuncia.

Minerva: Pues vamos todas.

Psicóloga: ¿Por los recortes?

Perséfone: No, porque en Barcelona las siguen dando.

Isis: Este trimestre han bajado un 3.9 % las denuncias.

Psiquiatra: Es revictimizar. Y lleva 4 meses esperando a que le firmen la solicitud de ayuda [por agresión].

Isis: Hasta que no ha venido una eventual no ha habido manera de que se lo dijeran.

¹⁶³ La situación económica de esta chica era precaria.

Finalmente averiguaron, por medio de una trabajadora social suplente, que el motivo de no gestionarse la solicitud de ayuda fue por una decisión del Ayuntamiento de esa localidad. La paralización de esa ayuda en una localidad concreta cuando en Barcelona se continuaba proporcionando y que la trabajadora social de referencia no facilitara dicha información fueron dos cuestiones que no comprendieron, motivo por el que decidieron denunciar que se tramitara la ayuda económica. A pesar de la relevancia de ambas cuestiones, no disponemos de datos complementarios para reflexionar sobre los motivos que llevaron al Ayuntamiento en cuestión y a la profesional a no hacerlo.

En otro orden de conflictos, la preservación de la confidencialidad de haber sufrido una agresión sexual fue tema de preocupación de las profesionales y las pacientes, siendo el ámbito informático de la red intrahospitalaria y de la red de salud su máxima inquietud. La duda surgió a raíz de que una de las mujeres acudiera a su ambulatorio por un problema de salud a nivel ginecológico y se sintiera maltratada:

Hera: ¿Siempre va a estar en nuestra historia clínica?

Psiquiatra: Sí. En urgencias y en el SAP¹⁶⁴ consta. Esto es un problema, debería no estar saliendo.

Afrodita: Está codificado.

Psiquiatra: Nosotras lo podemos poner en confidencial.

Hera: ¿Lo estáis pretendiendo hacer?

Psiquiatra: Sí.

Psiquiatra: Pero si lo escribo yo, solo lo puedo ver yo, no ella [*mira a la psicóloga*]. Y entonces también es un problema.

(...)

Psiquiatra: Ese equilibrio entre trabajar bien y en confidencial se está planteando en psiquiatría.

Hera: Hay gente que se predispone. Fui a urgencias de ginecología y me vio una ¿llevadora? Sí. Fue muy borde en el tono, el trato. “¿Qué tienes?” Pues tengo flujo, me pica. La llevadora me trató mal. Fue en Manso. ¿Es que tienen acceso a mi historial?

Enfermera: Tu CAP y Manso forman parte del mismo circuito, es bastante probable que sí tengan acceso.

Hera: Le tuve que pedir mis resultados. Mi marido discutió, dio un golpe en la mesa, así [*lo hace*]. Se enfadó. Ellos no tenían por qué saber que tuve una agresión. Yo iba por un problema ginecológico.

Psicóloga: Hay que encontrar equilibrio porque los médicos tienen que saber la información para poder tratar mejor. Aquí los servicios en general quieren información compartida, pero no en psiquiatría, que queremos más confidencial para evitar este tipo de cosas.

Isis: También hay que tener en cuenta la interferencia de los tratamientos.

Psiquiatra: Es verdad que estos temas... Los profesionales no están bien formados. Incluso hay quien tiene otro antecedente, otra agresión y les dicen: “¡Otra vez!”.

(...)

Psiquiatra: No hay que entender, solo formación. La salud, las secuelas, entender cómo afectan las cosas.

¹⁶⁴ SAP es el nombre del programa informático que se utiliza en el hospital y el CSMA/CE

La polémica giró en torno a dos temas: la confidencialidad y el trato recibido. Respecto al primero, la premisa de partida fue que en el historial de una persona constara la agresión sexual junto a los diagnósticos médicos. Las pacientes y las profesionales presentes debatieron acerca de los pros y los contras de dicha premisa. Por una parte, ambos grupos consideraron que debería ser información restringida a las profesionales que trataran de forma directa a la paciente con el motivo de respetar la intimidad de la persona y mantener la confidencialidad. Por otra parte, como contras señalaron dos argumentos. Las profesionales indicaron a la importancia de compartir la información con otros profesionales para poder ofrecer una mejor atención y una paciente destacó la posible interacción entre los fármacos que las mujeres pudieran estar tomando tras la agresión y los recomendados por otros problemas de salud.

Respecto al trato recibido, Hera expuso brevemente que la profesional que la atendió estaba “predispuesta” a tratarla mal, hecho que atribuyó a saber que había sufrido una agresión sexual. A pesar de no haber explicado el motivo de la correlación, hizo referencia al contenido y al tono de voz, que catalogó de “borde”, y sostuvo que la constancia de la agresión en su historial vulneraba su intimidad. La psiquiatra, sin cuestionar las aseveraciones de la paciente, recalcó que era necesario que el personal sanitario realizara formación específica en violencia de género para evitar este tipo de situaciones. Así pues, el conflicto apareció en la relación con el otro en el contexto institucional y, concretamente, cuando la paciente sintió que no recibía un trato adecuado.

En suma, el conflicto se observa en la terapia grupal en varios grados. El primero, la diversidad de opiniones de las pacientes entre sí y con las terapeutas. A pesar de la controversia generada, para las participantes del grupo no representó un problema el hecho de no estar de acuerdo entre sí. De hecho, utilizaron la diversidad de opiniones como materia de reflexión y crecimiento personal que incorporaron como elemento para la recuperación de las consecuencias de haber sufrido una agresión sexual. El segundo, el conflicto entendido como una forma de relación que genera malestar en las pacientes. Dicha situación se estableció entre las mujeres y el personal institucional que intervino en su proceso concretándose en el trato personal recibido y la calidad del funcionamiento institucional. Por último, la confidencialidad de la historia

biográfica de las pacientes representó un conflicto de intereses cuando dicha confidencialidad no queda totalmente salvaguardada.

5.4 La protección y las relaciones materno-filiales

En este apartado presentamos un aspecto observado en el transcurso de las sesiones de terapia grupal que vincula la agresión sexual con las relaciones materno-filiales. Se trata de las preocupaciones de las pacientes que son madres respecto a sus hijos y de las que tienen las pacientes jóvenes respecto a sus padres después de haber sufrido una agresión sexual. El tema surgió en casi la mitad de las sesiones observadas, siendo breve el tiempo que se le dedicó en siete de ellas, mientras que fue extenso en tres. Es significativamente relevante que las mujeres que eran madres hicieron referencia a sus hijos con más frecuencia que las pacientes jóvenes a sus progenitores, de manera que la narrativa sobre la evolución en los estudios, sus logros o dificultades, el interés por mantener su bienestar y su seguridad o tranquilidad fueron los temas más recurrentes. Además, expresaron su malestar cuando sus hijos percibían que ellas no estaban bien. En cambio, las pacientes jóvenes destacaron la preocupación que generaban a sus padres y la ayuda que recibían de ellos.

Una inquietud común en las pacientes que eran madres fue la reflejada en frases como “no quiero que mis hijos me vean mal” o “hago las cosas por ellos, que por mí no haría nada”, independientemente de la edad de sus hijos, la de las madres u otro factor sociocultural. De las cinco pacientes que eran madres, solo dos de ellas tenían hijas alrededor de diez años; el resto, se encontraban en la edad adulta. Señalamos este punto como un hecho, no porque presupongamos que la maternidad tenga que estar (pre)definida o porque adquiriera unas connotaciones específicas a partir de cierta edad de la prole. Contrariamente, lo que estas mujeres manifestaron de forma explícita fue que la (pre)ocupación por la descendencia tenía un papel central en su concepción de la maternidad también en su edad adulta. No hemos podido establecer una correlación entre la demanda de fármacos y la atención de hijos. En este caso sí nos estamos refiriendo al cuidado de las hijas de edad más corta. En otros contextos etnográficos, dicha demanda sí estaba más relacionada con la percepción de la necesidad de ayuda

externa para el autocuidado¹⁶⁵ en relación a la atención de hijos pequeños (Otegui, 2000). Las madres de este contexto consideraron que las niñas en la edad mencionada requerían de un cuidado continuado, como es acompañarlas al colegio, servirles la comida o tener preparada la ropa que precisan, por señalar algunas actividades a las que hicieron referencia estas madres. Dado que cuando hicimos el trabajo de campo no acudían al Programa mujeres que tuvieran hijos que requirieran una atención constante y estrecha, como sucede por debajo de los tres años, no podemos presentar más conocimiento al respecto.

Las aportaciones de las feministas ya señalaron que el concepto de madre no se manifiesta únicamente por los procesos naturales (embarazo, alumbramiento, lactancia, crianza), sino como una construcción cultural y social (Moore, 1991; Beauvoire, 1962). La deconstrucción de la supuesta identidad entre «mujer» y «madre» clarificó que la «maternidad» mantiene una relación entre la cultura y una ideología que, a su vez, genera una desigualdad entre hombres y mujeres. Las nociones de «instinto maternal» o el «amor maternal» forman parte de la estrategia utilizada por las sociedades patriarcales, las cuales valoran la maternidad por la posibilidad de garantizar hijos varones y donde las mujeres son valoradas en función de su capacidad reproductiva (Mead, 1982; Scheper-Huges, 1997; Juliano, 2004). La primera noción hace referencia a conductas que corresponden a “unos patrones de socialización temprana de la niña respecto a la madre, de la que aprende conductas que más tarde desarrollará¹⁶⁶” (Juliano, 2004:46), mientras que la segunda se caracteriza por el cuidado continuado, la postergación de los propios proyectos y la atención a los deseos y necesidades del otro. Estas premisas conllevan una actividad altruista, un conjunto de toma de decisiones que está lejos de estar vinculadas al instinto, la importancia que las mujeres dan al hecho de ser madres y el lugar que le asignen en su vida entre otras cosas (Juliano, 2004). La «culpabilización»¹⁶⁷ de la madre que no cumple con el papel que le ha sido asignado según la ideología descrita es calificada de «mala madre» o «madre desnaturalizada», ya que se negativizan aquellas actitudes que no se avienen a la total abnegación por los

¹⁶⁵ Otegui (2000) señala que las personas con más demandas sociolaborales inmediatas, como las amas de casa con niños pequeños, pedían más medicamentos para tratar el dolor reumatoide. En cambio, las personas que, por su situación sociolaboral podían rearticular un proceso de autoatención para resistir el sufrimiento cotidiano pedían menos medicamentos.

¹⁶⁶ Para establecer esta afirmación, Dolores Juliano se basa en las aportaciones de Nancy Chodorow.

¹⁶⁷ El aspecto culpabilizador respecto a la maternidad fue introducido en el siglo XX asociado a las aportaciones de la psicología y de la pediatría. La teoría del apego de John Bowlby fue una de ellas, la cual subrayaba la relación entre madre e hijo y las consecuencias de la privación maternal (Esteban, 2000)

hijos. La reincorporación de la mujer a la actividad laboral es un ejemplo de esa clasificación (Esteban, 2000).

A pesar de que el objetivo aquí no es profundizar en la atribución de significado de la maternidad de estas mujeres, sino destacar como sufrir una agresión sexual se articula con las relaciones materno-filiales, la escucha atenta del relato de estas mujeres ha permitido poner de relieve parte de sus creencias y valores respecto a la noción mencionada. La emergencia de la protección y de la culpabilidad por generar dolor fue notoria. La siguiente conversación contempla la forma en que una de las pacientes actuó mientras tenía lugar la agresión sexual considerando las circunstancias en las que se produjo:

Diana: Yo estaba en mi casa. Iba con un pijama que me tapaba toda. Ya no iba ni en bragas. Yo no iba provocando. (...)
Psiquiatra: Tenemos la necesidad de explicar la ropa que usamos como justificación cuando no debería ser así. También hay que tener en cuenta que actuaste como lo hiciste porque tenías a tu hija en casa. La protegías. Y te estaba amenazando con un cuchillo.
Diana: ¡Y vaya sí la protegía!

La agresión sexual ocurrió en el domicilio de la paciente, estando su hija mayor en la casa. En la conversación mantenida destacan dos aspectos: la relación establecida entre el tipo de ropa que viste la mujer y ser objeto de agresión sexual y la idea de protección de la madre hacia la hija. El desacuerdo entre la paciente y la profesional respecto al primer aspecto radica en que la paciente incluyó la culpabilidad implícita a través del término “provocar” y la profesional, en cambio, señaló la “necesidad de justificarse” por el tipo de ropa utilizada. Respecto a la protección, la profesional estableció una relación entre la forma de actuar de la paciente y el hecho de que las dos estaban amenazadas con un arma blanca y la mujer subrayó dicha protección de forma contundente, pero ninguna de las dos profundizó en el concepto. Sesiones más tarde, la paciente expresó cómo repercutió en los estudios de su hija vivir aquella situación de violencia:

Diana: Yo estoy contenta porque a mi niña le fue bien el examen. Mi hija bajó mucho el rendimiento en los estudios. Ella estaba allí cuando me pasó. Ella lo vio todo y también está pasando lo suyo. También estoy contenta porque tuve la reunión con la pedagoga del colegio de la pequeña y ya me ha dicho que necesita ayuda. Y yo ahora estoy tranquila porque veo que se están haciendo las cosas que le hacen falta.

Diana asimiló la preocupación por su hija mayor y la que sentía por su hija menor, que, sin haberse visto involucrada en la agresión puesto que no estaba en la casa esa noche, también tenía dificultades a nivel escolar. La resolución de ambos problemas le generó tranquilidad. De este modo, el bienestar de sus hijas le comportó el suyo propio.

Otro aspecto de la protección de madre a hija fue presentado en la sexta sesión bajo el prisma de prevenir del peligro. Hestia manifestó su pensamiento, algo confuso en un principio, respecto al tipo de relación que estableció un amigo de su hijo con su hija. Ambos estaban en la treintena:

Psiquiatra: ¿A alguien se le ha disparado el miedo?

Hestia: A mí. Hay un amigo de mi hijo. Es joven. Tiene 37 años. Es como un hijo y siempre ha estado en casa. Yo les llevaba arriba y abajo [*se refiere a cuando eran niños*].

Psicóloga: ¡Es joven! [*Bromean con la edad del chico, que se acerca a la de la psicóloga, y de algunas chicas*]

[*Ríen todas*].

Hestia: Yo le dije a mi hija: “Cuando venga a casa, que esté tu hermano”. Vi a mi hija en peligro. ¡Yo no sé qué vi! Pero mira. Me cogió una cosa, aquí [*señala el pecho*]. La tocó o la miró de una manera que me cogió no sé qué... Hablaré con mi hija. Sé que tengo que hablar con ella. No me gustó su actitud.

Psiquiatra: Tienes miedo por tu hija.

Hestia: Soy protectora. (...) Ahora se ha agravado... ¿Tiene relación?

Psiquiatra: Parece que sí. Revives lo que te pasó. Estás más sensible a los peligros.

Hestia: Me dio mala espina. Mi hija me dijo “¡estás tan seria!”. No lo he asociado hasta hablar con Diana en el bus.

La confusión procedió de la contraposición entre la idea que tenía Hestia sobre el chico, al que conocía desde pequeño y al que consideraba de la familia, con la imagen que estaba teniendo sobre él en los últimos tiempos. En este fragmento destacan tres aspectos: el miedo de Hestia, el peligro que detectó y la protección hacia su hija. Dichos aspectos no se muestran como elementos deslavazados, sino entrelazados entre sí mediante la conexión¹⁶⁸ que estableció la paciente tras mantener una conversación con Diana. La secuencia fue la siguiente: ella ya sentía miedo desde que sufrió la agresión sexual, pero se intensificó tras una vivencia reciente¹⁶⁹, detectó un comportamiento en el chico que la alarmó (“no me gustó su actitud”), tuvo la sensación de que su hija estaba en peligro y, finalmente, se magnificó la necesidad de proteger a su hija. Así, la mujer, que vivía su sesentena, se definió como protectora y reflejó como su concepto de maternidad estaba vinculado a la protección de la prole, independientemente de la edad

¹⁶⁸ El término “conexión” es utilizado aquí tomado prestado del vocabulario de las pacientes y en el sentido que ellas lo usan: el de relacionar dos acontecimientos de forma racional.

¹⁶⁹ La situación que le provoca a Hestia una intensificación del miedo es la conversación que tuvo lugar en la anterior sesión, en la que otra paciente, Flora, expone su miedo a haber sido infectada por el HIV.

de la progenie. La situación descrita no finalizó en este punto, sino que, tres sesiones más tarde, la protección se transformó en culpa por no haber detectado de forma más precoz una situación de acoso hacia su hija:

Psiquiatra: ¿Y con tu hija bien? El otro día explicaste el episodio con el amigo de la familia. Tuviste una sensación de algo entre él y tu hija.

Hestia: Sí. Hablé con mi hijo. Me quedé sorprendida. Él me dijo:

–Hijo: ¿Te acuerdas del día de la boda de David?

–Ella: Sí.

–Hijo: Yo te dije que no quería más comidas. David siempre ha estado detrás de mi hermana.

–Ella: ¡Lo podías haber dicho!

Yo me enfadé mucho. Me hizo bajar [*Se refiere a bajar de ánimo. Lo explica muy aireada*].

(...)

Psiquiatra: Tú eres mamá protectora y tú también [*mira a Hestia y a Hera*]. Pero protegiste a tu hija de una posible agresión a partir de tu agresión. Esa violencia sexual se nos pasa por alto hasta que no te paras.

Isis: No te sientas culpable [*a Hestia*] porque has sido protectora hasta que has visto algo.

Hestia: Me sentía culpable porque no me di cuenta antes.

Psiquiatra: Pero tenías que saber cuál era el indicador y, mientras tanto, lo normalizamos.

A lo que Hestia no le ponía nombre, pero sabía que “no le gustó”, para la psiquiatra fueron “indicadores” de violencia sexual, aquellos aspectos del comportamiento humano que denotan una relación no respetuosa con la mujer en el área sexual. Consideró que los “indicadores” no se visualizaban por estar “normalizadas” ese tipo de conductas: si no se ven, no se puede establecer el peligro. Pero, para la señora, no identificarlos antes, aunque estuvieran y no los viera, hizo que se sintiera culpable. Su compañera y la psiquiatra trataron de descargarla de la culpa. El silencio de su hijo respecto a la detección de esa forma inadecuada de actuar en su amigo generó en ella enfado y malestar, el cual interpretó como tener un ánimo más bajo. La cuestión no quedó zanjada en esta sesión, sino que se volvió a retomar en la siguiente. Hestia explicó que el chico volvió a su casa preguntando por su hija y decidió echarlo:

Hestia: Hoy estoy de bajón, pero no viene por ahí. Mi hijo está mal, está deprimido. Se ha sentido mal. Volvió el chico a casa (...) Yo me puse fuerte y le dije: “¿Has quedado con mi hijo? Te dijimos que quedaras con él. No vengas cuando no esté”. Le dije a mi hijo que lo eché de casa. (...) Pero no me creyó. (...) Menos mal que no dije lo de la agresión porque no me creerían. Si no han creído esto...

Afrodita: Es muy serio eso de la agresión para inventarlo.

Psiquiatra: ¿Has conectado con qué hubiera pasado si lo hubieras dicho?

Hestia: Mi marido pondría cara de espanto. Me diría: “¿Esas son horas de llegar?”. Me pasó sobre las once de la noche cuando salía de cuidar a mis amigas en su casa.

Psiquiatra: ¿Te hubiera culpabilizado?

Hera: ¿No lo hubiera asimilado?

Hestia: No sé. Mi hija me dice: “A mí no me engañarás”.

Isis: Llegado a este punto, con nosotras has verbalizado. ¿Crees que ellos también necesitan que te abras con ellos? Tu hija lo intuye.
Hestia: Ella lo sabe. Yo encerrada 7 meses... no es normal.
Maat: Es un hecho. Es real. Van a sufrir, sentir compasión.
Isis: Te ayudarán.
Afrodita: En cuanto empieces sale solo.
Hestia: Pero es duro. Mi hija tuvo un ataque de epilepsia.

Hestia mostró tres nociones. La primera, tuvo que insistir y “mantenerse fuerte” en su decisión para conseguir que el chico se marchara de la casa. La segunda, la incredulidad de su hijo cuando le relató lo ocurrido. Tras este hecho, Hestia reflexionó sobre su credibilidad ante los ojos de su hijo, lo cual le hizo pensar que tampoco creería que sufrió una agresión sexual si optara por compartir el hecho con su familia. La incertidumbre de Hestia se confrontó a la solemnidad de Afrodita al sostener que la agresión era algo muy serio para haberlo inventado. En cambio, y respecto a la tercera noción, Hestia recalcó la seguridad que tenía respecto a que su hija la creería y la certeza de que esta “sabía” que algo le había ocurrido por el comportamiento que había tenido en los últimos siete meses. Así, Hestia presupuso dos reacciones opuestas en sus hijos que están relacionadas con su credibilidad. La conversación continuó y expuso los motivos por los que no comunicó a su familia que la habían agredido sexualmente:

Psiquiatra: ¿Cuándo fue [la agresión]?
Hestia: Ahora será el aniversario, quizá un poco más.
Psiquiatra: Tú has hecho el proceso de recuperación. Te deprimiste. Tuviste ayuda psicológica y psiquiátrica. Ahora dices yo sola, tus razones tendrás.
Hestia: No dar dolor a los demás. Eso me habría desmontado.
Psiquiatra: Que tú captaras el dolor de los demás, ¿no lo podrías sobrellevar?
Hestia: No. Creo que es eso. Vosotras lo veis más.
Psicóloga: Reflexionemos lo que dices.
Psiquiatra: Ahora piensa, ¿en qué te ayudaría decirlo? ¿Lo metes en el mismo saco?
Hestia: En dos sacos. Mi hija me diría que me he comportado como una jabata. Yo... me tenía por el cuello. Tengo dos tornillos en la espalda. Mi hijo justo se separó, volvió a casa. Mi marido se fue a la otra casa y yo en medio de todo.
(...)
Psiquiatra: ¿Se lo piensas decir a tu hija?
Hestia: Sí. Pero necesitaría estar mejor. (...)
Psicóloga: Me gustaría que contestaras la pregunta: ¿Qué te aportaría decirlo?
Hestia: Me aportaría darle más carga.
Psicóloga: ¿Y para ti?
Hestia: Quizá sí. Lloraríamos. Somos uña y carne.
Psicóloga: Tienes que pensarlo.
Hera: Piensa en ti. Tú necesitas apoyo de quien amas.

Para Hestia, comunicar a sus hijos la agresión sexual sufrida equivaldría a generarles “dolor” y “carga”. Además, saberse generadora de ese dolor le incrementaría el suyo

propio y no estaba dispuesta a ninguna de las dos cosas. De esta manera, prefirió centralizar el dolor en sí misma y llevar el problema en soledad a intranquilizar a su entorno familiar. Paralelamente, reconoció que compartir su dolor con su hija le haría sentirse aliviada y consideró que, probablemente, recibiría la admiración de su hija por su capacidad de lucha. La psiquiatra, que no cuestionó su decisión de silenciar la agresión, mencionó la depresión que había tenido Hestia, su proceso de recuperación y contrapuso la ayuda que buscó en el ámbito sanitario a la decisión de no comunicar el acto de violencia a su familia. Respecto al dolor, las compañeras opinaron que era mejor repartirlo:

Perséfone: Con un apoyo se reparte el dolor y el dolor disminuye.

Psicóloga: Tú valoras negativamente que los otros, la familia, sufra.

Psiquiatra: Es una actitud muy femenina eso de pensar que el dolor hay que aguantarlo y no comunicarlo. Se protege a los hijos, pero los hijos también protegen a los padres. Te dicen: “No quiero que mi madre sufra”.

Psicóloga: Con la madre se entiende que sea así, pero de los hijos a los padres no se entiende tanto en general.

Hestia: Sabes el dolor que tienes y no sé lo que podré decir ni cómo me ayudarán. Será soltar una bomba ahí en medio. Con uno que sufra es suficiente [*Maat llora*]. Yo no quería [*mira a Maat que llora*].

Perséfone opinó que el dolor “repartido”, el que se comparte con otras personas, duele menos. Las profesionales estuvieron de acuerdo con esta paciente aunque expusieron sus posturas bajo dos prismas complementarios. La psiquiatra aportó la pincelada teórica afirmando que, a modo de generalización, proteger a los hijos del dolor es una “actitud femenina”, pero también destacó que los hijos hacen lo propio con los padres. En cambio, la psicóloga centró la atención en que, generalmente, no se asume a los hijos como protectores y se reserva esa función a los progenitores. De cualquier modo, Hestia tenía claro que mantendría su decisión. Higea actuó en la misma línea:

Higea: Lo dije a mi hermana. Yo tenía temor por mis nietas. Le hago saber a mi nuera para que les hable a ellas. Al contárselo a mi nuera, me hizo sentir bien. Ahora lo saben tres personas. Mi hijo no sabe nada.

Psicóloga: ¿Existe la posibilidad de que ella se lo cuente a tu hijo?

Higea: No creo.

Minerva: Yo tampoco. Es mujer y sabe que serás tú quien se lo diga cuando quieras.

Higea: El peso a mi hijo cuesta, porque son chicos sensibles. Le va a causar un dolor...

Higea decidió no explicarle a su hijo que ha sufrido una agresión sexual por el dolor que le iba a causar. Para ello, se basó en la “sensibilidad” del chico, pero no expresó el significado que le atribuía al término. En cambio, sí lo expresó a su nuera y hermana

con la finalidad de que estas protegieran a sus respectivas descendientes, obviando que su hijo también podría querer proteger a sus propias hijas. La palabra que eligió Higea, “ese peso”, es similar al que utilizó Hestia, “carga”, para referirse a la sensación que provocaría en sus hijos conocer la vivencia violenta que sufrieron. Ambas recurrieron al término “dolor” para expresar sus consecuencias. La simbología a la que recurrieron representa la materialización de algo intangible, el sufrimiento, y acercan el mundo de las ideas al terreno material, que es más accesible. Por otra parte, Minerva destacó que la nuera respetaría su decisión de guardar silencio asociando ese respeto al hecho de ser mujer. Paralelamente, hemos observado una diferencia significativa entre Hestia e Higea respecto a la decisión de no comunicar la agresión sufrida y es que la primera no distinguió entre el sexo de sus hijos (tenía un hijo y una hija) y, en cambio, la segunda sí lo hizo.

A modo de contrapunto, Isis decidió comunicar a sus hijos la agresión sexual que sufrió y describió el apoyo recibido por su hijo mayor, pero también la incompreensión del menor:

Isis: Yo decidí decírselo a mis hijos. Mi hijo, con cuarenta años, me dijo: “Si no estoy aquí para ayudarte, ¿para qué estoy?” Eres generosa para dar y también que lo seas para ti y te devuelvan lo que has dado.

Isis: A mis hijos les he inculcado y cuando veo que mi hijo pequeño mira para el otro lado... No me cree. (...) Sé que también es víctima.

A pesar de que Isis presentó estas dos ideas en dos sesiones diferentes, aquí las reproducimos de forma consecutiva para establecer una comparativa entre ambos hijos¹⁷⁰. El hijo mayor de Isis expresó una relación de ayuda y de reciprocidad generalizada. Sahlins (1983) califica la reciprocidad generalizada como el extremo solidario, que se caracteriza por el hecho de que el aspecto material de la transacción está reprimido por el social y por la contraobligación de la devolución de las deudas¹⁷¹. Esta reciprocidad se encuentra básicamente en los lazos de parentesco, en tanto que la

¹⁷⁰ Un elemento que se ha de considerar es que los dos hermanos lo eran por sistema matrilineal. El hermano mayor fue concebido con una pareja de Isis a sus veinte años; el menor era hijo biológico del hombre que se casó con Isis. Ese hombre fue quien la violó tras años de matrimonio y maltratado psicológicamente al hijo menor en su adolescencia.

¹⁷¹ El reconocimiento de las deudas importantes no puede ser expresado abiertamente, pero no significa que no genere una contraobligación, incluso a los seres queridos. La característica de esa contraobligación es que no se estipula por tiempo, cantidad o calidad, sino que es indefinida (Sahlins, 1983)

reciprocidad generalizada presupone unas relaciones estables constituidas por fuertes vínculos estructurales, emocionales y morales. La idea que expuso Isis de dar ayuda fue vinculada a recibirla en el contexto de la relación materno-filial. No hizo referencia al tiempo, así que no puntualizó si se refería a lo que él recibió cuando era niño, pero, en cualquier caso, afirmó que lo dado sería devuelto y, por tanto, la ayuda sería prestada. Por otra parte, aludió al término “ser generosa” en relación a la acción de ayudar, relacionando así la ayuda con un acto de generosidad. En cambio, el hijo menor no creyó que la agresión sexual se hubiera producido. Isis relacionó este hecho con que él hubiera sido también víctima de violencia por parte de su padre.

Hera, en su primera sesión grupal, manifestó el apoyo y la comprensión recibidos por su familia (marido y su hijo e hija mayor) e introdujo brevemente el miedo que tenía por sus hijas:

Hera: Os recién conozco y ya me siento bien. Mis hijos lo entienden, pero no del todo. Aquí tengo la opción de explicarme. Esta experiencia, trago amargo..., estuve fuerte. Cuando estuve en mi casa, me apoyaron. Me dijeron: “Necesitas ayuda”. Y la pedí. Es una mezcla de fuerte, débil, autoestima baja, lloro. (...) Mi mejor amiga de la infancia. Me enteré de que también tuvo una agresión sexual. Niños, señoras, jóvenes... Es terrible. (...) Me da miedo por mis hijas.

Ella describió su sufrimiento tras la agresión como un “trago amargo” que no era único, sino que otras mujeres de su entorno también lo habían sufrido. Su miedo va dirigido a que sus dos hijas se vieran expuestas a una agresión sexual; en cambio, no extendió ese miedo a su hijo. De esta manera, vinculó ser víctima de agresión sexual con el hecho de ser mujer.

Las pacientes más jóvenes hicieron escasa alusión a la preocupación hacia sus madres y padres durante las sesiones grupales. Utilizaron los términos “sentirse apoyadas y comprendidas” por ellos así como “acompañadas” cuando tienen que llevar a cabo las gestiones relacionadas con la cuestión legal. La más joven de las chicas expuso brevemente tres cuestiones en sesiones diferentes:

Minerva: *[Que está llorando]* Yo no sentía la necesidad del grupo. Yo pensaba que lo puedo superar. Los Mossos se lo dijeron a mi madre. Yo me sentí fatal por mi madre porque sufría mucho. Aquí siento que me entienden.
Psicóloga: Y eso que hoy has venido sin previo aviso *[se refiere a que ha sido invitada hoy a participar en el grupo]*.

Fue el primer día que Minerva participó en la terapia de grupo y expuso cómo se sintió sabiendo que su madre había sido informada de la agresión sexual. Ella no hizo referencia a la culpabilidad, como hicieron sus compañeras, sino a sentirse mal por el “sufrimiento” ocasionado a su madre¹⁷², expresando con este término el dolor al que apelaba Hestia. En la siguiente sesión, en la que Flora compartió su miedo a estar infectada por el VIH, Minerva declaró lo siguiente:

Minerva: Sí. Lo he pasado mal durante una semana. Mi madre me decía que el grupo no me va bien, que lo dejara. Yo estaba muy enfadada con ella. Pero yo me sentía bien y mal a la vez. Yo lo escondía. Ahora estoy mejor.

En este fragmento Minerva expone que se sintió mal tras la mencionada sesión de alto contenido emocional debido a las “conexiones” que estableció entre los miedos de Flora y los suyos. Lo relevante aquí es que la madre de Minerva concluyó que el grupo “no le iba bien”, motivo por el que quiso que se retirara de él, y por el que la diferencia de opinión entre ambas generó enfado en ella. De esta manera, Minerva apeló a su sentir respecto a su madre, “sentirse fatal”, cuando su madre fue informada de la agresión, y “estar enfadada”, cuando discreparon en torno a la forma de terapia que le resultaba efectiva. Por otra parte, el motivo por el que la madre consideraba que Minerva debía dejar el grupo está implícitamente vinculado a evitar que su hija lo pasara mal y, por tanto, a protegerla del dolor.

En una nueva ocasión, Minerva volvió a hacer referencia a su madre para señalar que decidió evitarle una preocupación:

Minerva: Tuve globales, no fueron bien. Me pasó que unos días antes tuve una cena con el equipo de *bàsquet*. Yo había dejado pasar dos cenas de equipo y pensé en ir porque mis amigas insistieron. Me vinieron a buscar a casa y luego me venía a buscar mi madre. Pero tenía miedo porque me pasó después de una cena de equipo. Al final fui. Pero me puse nerviosa y me puse a llorar. Mi amiga se dio cuenta y me trataba de distraer. Llamé a mi madre para que me viniera a buscar.

(...)

Minerva: Lo recordé todo. No pude estudiar. Lo pasé mal. (...) No quería preocupar a mi madre, no le quise decir nada. No quería remover todo.

Una vez más, el miedo reapareció tras establecer una conexión. La atención de Minerva se dirigió hacia no preocupar a su madre por el miedo que sentía. En definitiva, Minerva

¹⁷² Minerva no hizo referencia al padre, que había muerto el año anterior, excepto cuando expuso la tristeza que sintió desde su muerte o la soledad que rodeó a su madre y a ella.

y Hestia utilizaron el silencio para proteger del dolor a sus familiares. En el primer caso, el dolor estuvo vinculado a conocer su real estado emocional; en el segundo, a ocultar que sufrió una agresión sexual.

En suma, la protección del dolor emocional a las personas que integran las relaciones materno-filiales supone un valor sociocultural de carácter bidireccional, en el que el silencio supone una estrategia para evitar el sufrimiento de los seres queridos. Ese dolor fue descrito como un “peso” o “carga” que disminuye mediante el apoyo familiar o social en caso de que se decida compartirlo.

La maternidad es mostrada como una condición que incluye la protección y el cuidado de la prole, esto es, asegurar el bienestar y la ayuda en la infancia, prácticas que se prolongan hasta la adultez. Prevenir las situaciones de peligro, y específicamente las situaciones de violencia sexual, fue una preocupación que adquirió una especial relevancia y apareció vinculada a la culpa, cuando no se consiguió evitar una situación potencialmente peligrosa, y al miedo, cuando esta no se produce. Por otra parte, los “indicadores” de violencia sexual aparecen como elementos que permiten evitar satisfactoriamente el peligro, siendo este un aspecto que fue observado en las pacientes que eran madres, pero no en las que no lo eran.

En lo que a la agresión sexual se refiere, la protección a los ascendentes y descendentes se vehicula con silenciar la agresión sufrida o el malestar generado para evitar el dolor emocional de la otredad. Por otra parte, comunicar que se ha sufrido una agresión sexual generó dos reacciones. La primera, ser creída y, por ello, sentirse comprendida; la segunda, no ser creída y, como consecuencia, sentir dolor por la incompreensión.

El hecho de que las pacientes que eran madres hicieran referencia a sus hijos con más frecuencia que las pacientes jóvenes respecto a sus madres podría estar relacionado con el hecho de que para ellas la maternidad tiene un papel más central en su identidad personal, pero aquí no disponemos de suficientes datos para confirmarlo. Paralelamente, la figura del padre de las jóvenes apareció de forma aislada en la sesión grupal, lo cual no significa que no tuviera relevancia para ellas. Por último, el efecto de protección y apoyo que ofrece el grupo sobre cada una de las pacientes facilitó que compartieran sus preocupaciones más inmediatas.

5.5 La construcción y deconstrucción del poder masculino

La reflexión de las pacientes y las profesionales respecto a la violencia de género, concretamente sobre las agresiones sexuales y el pensamiento que las sostiene, fue un tema bastante recurrente en la terapia grupal. Dicha cuestión surgió en diez de las dieciocho sesiones a partir de las vivencias personales de las mujeres, aunque también a instancias de las profesionales. Fue relevante que la cuestión no surgiera producto de un guión preestablecido por las profesionales, sino a raíz de las conversaciones mantenidas de forma espontánea puesto que implica la necesidad de comprensión y clasificación del mundo que las rodea.

Ya se ha mencionado que las integrantes del grupo fueron compartiendo sus pensamientos y preocupaciones con las compañeras. Hera, siguiendo esta línea de actuación, expuso que le comunicó a su suegra la situación traumática que sufrió, pero, en cambio, decidió no decírselo a su madre:

Hera: Yo entiendo ahora porque yo reflexiono. No le digo a mi madre porque ella es machista. A mi suegra se lo expliqué.

Psiquiatra: El machismo se transmite también por la mujer.

Hera: A mi hija le enseñé a hacerse respetar. No somos delicadas.

Psicóloga: Dentro del machismo... Eso de delicadas... Hay estudios que dicen que hay dos formas de machismo: el abierto y el encubierto. El abierto sería tal cual, abierto, dicho claramente. El otro sería diciendo que las mujeres sean delicadas, se las deja entrar antes, abrir la puerta... Pero es machismo igual.

El machismo que Hera atribuyó a su madre fue el motivo por el que no le confió que había sufrido una agresión sexual, pero no definió dicho concepto. Ella expresó en términos dicotómicos la oposición entre “hacerse respetar” y machismo, de manera que este supone una falta de respeto a la mujer. Seleccionó la expresión “ser delicada” para reflejar que el pensamiento machista considera a la mujer débil. Paralelamente, mostró la educación de su hija basada en el respeto a sí misma como solución a esa dicotomía. La psicóloga, a colación de la afirmación de Hera, clasificó el machismo de dos tipos: el declarado y el encubierto. En el primero no hay dudas, una persona expone claramente que está de acuerdo con esa forma de relación entre hombres y mujeres; en el segundo tipo, el encubierto, el machismo se esconde tras los cánones de una manera “protectora” o “educada” de tratar a las mujeres, pero realmente oculta lo que es, lo cual, como expresaron las mujeres, dificulta su identificación. Por otra parte, el machismo expresado bajo ese término no fue una cuestión que surgiera de forma recurrente en las

sesiones de terapia grupal, así que no es posible aportar más información al respecto. En cambio, en la quinta sesión tuvo lugar una conversación en la que se entrelazaron los términos “ser mujer”, “agresión sexual” y “dominio” de la siguiente manera:

Psiquiatra: ¿Y eso del taller?

Afrodita: Pues nos hacen entrar y presentarnos diciendo el nombre y “soy mujer”.

Psicóloga: ¿Qué te remueve?

Afrodita: Decir soy mujer implica muchas cosas.

Psicóloga: ¿Es al decirlo?

Afrodita: Sí. Tienes la parte femenina más tocada, pues cuesta decir “soy mujer”. Había chicas que lloraron.

Psicóloga: Es todo emocional.

(...)

Afrodita: Hasta ahora no me he ocupado de la agresión sexual. Me había ocupado de la agresión física, pero no había llegado a más.

Psiquiatra: Tiene un aspecto de dominio del hombre sobre la mujer. Hay gente que lo ve más cerca o lejos.

Isis: Es como decir “soy alcohólica”, que es un atributo, pero decir “soy mujer” es inherente a tu persona.

Psiquiatra: La agresión sexual tiene un gran impacto. Toca temas de género. Es agresión, pero además es sexual. Es más traumática porque toca un área que es más estructurante: de identidad, de sexualidad, de intimidad. Por eso tiene un potencial dañino a nivel psíquico. Por eso las pesadillas. De día controlas, de noche no.

En el apartado correspondiente ya presentamos la relación que Afrodita estableció entre “feminidad”, y, por tanto, su “ser mujer”, y el efecto que la agresión sexual tuvo en ella. Aquí queremos destacar que, para ella, el hecho de decir “soy mujer” implicó recordar que su parte “más femenina” había sido invadida, suponiendo este un aspecto del que no había conseguido ocuparse, es decir, reflexionar y trabajar a nivel personal. En cambio, la psiquiatra, siguiendo con la diferenciación de Afrodita, expuso abiertamente que la agresión sexual, para ella, se sostiene sobre la idea del dominio de los hombres sobre las mujeres. La consideró con sus dos palabras por separado. La “agresión” como acto de violencia; y “sexual”, por atacar directamente a la sexualidad de la mujer. Uniendo los dos términos, consideró que la violencia sexual es más traumática que otros tipos de violencia ya que la sexualidad es un área estructurante de la persona por vincularse con la identidad de la persona, en la esfera más íntima.

El término dominación fue expresado por una chica a través de la palabra “fuerza”:

Venus: Pues por unos minutos de gloria del tipo ese a mí me queda para toda la vida. Y vaya manera de conseguir lo que quiere, por la fuerza. Porque sabía que él tenía más fuerza que yo. Y una cosa que me da mucha rabia es que tengo que pasar por todo un juicio, para que me digan lo que yo ya sé que pasó, si es que me dan la razón. Y, si no me la dan, peor porque él se queda como si nada.

El término fuerza que seleccionó Venus conlleva dos significados. El primero hace referencia a conseguir mantener una relación sexual sin considerar la opinión de la mujer. El segundo, está dirigido a la dimensión física, la fuerza que un cuerpo aplica sobre otro. Así, la “fuerza” sería la causa primera por la que se produce la agresión sexual y equivale a la voluntad del agresor (“por la fuerza”) y también el medio de conseguir lo deseado (“tener fuerza”). La diferencia entre las terminologías mencionadas es que la “dominación” implica la relación de género y el aspecto físico de la fuerza sería también aplicable en otras circunstancias, como, por ejemplo, un robo¹⁷³.

Las integrantes del grupo no ahondaron en el acto de dominación hasta la séptima sesión, cuando una de las mujeres refirió que los agentes policiales no habían creído su relato:

Isis: A mí me veían mal y me dijeron que era por otra cosa. Como si lo que me pasó no fuera suficiente motivo. No te sientas la única. O qué has hecho mal. La sociedad es machista. [*Llora*]. No te extraña la manipulación de la seguridad social. [*Hace referencia al extravío de una muestra de sangre en el país donde Hera sufrió una agresión sexual*].

Psiquiatra: En tu caso aprovechó una posición de autoridad [*mira a Hera*]. Eso pasa con los médicos, los profesores..., trabajos así.

Hera: Yo confíe en él. Yo estaba en el hospital.

Psiquiatra: Ese caso está más penado. Para la sociedad es menos creíble. Se imagina a un agresor como un tirado, pero no. En un juicio dijeron “no tiene el perfil”. ¿Qué perfil?!

Utilizan el poder. Ese es el perfil.

Afrodita: Lo utilizan para tapanlo.

Isis se sintió cuestionada y no creída por los agentes de Policía y denunció una sociedad machista que lo permitía y que lo generaba a un tiempo. La psiquiatra recurrió a la palabra “perfil”¹⁷⁴, que oyó en un juicio que presencié, en el que se exculpaba a un hombre acusado de haber cometido una agresión sexual, y lo reutilizó dándole otro sentido. Para ella, el “perfil del agresor” era el de quien utiliza el poder. Además, destacó la “posición de autoridad” del agresor de Hera, puesto que formaba parte del personal sanitario de una institución hospitalaria, y expuso que tal situación conllevaba una pena mayor. En cambio, Afrodita apuntó al propio poder como elemento que conseguía difuminar –e invisibilizar– un acto delictivo. De esta manera, los términos “poder” y “posición de autoridad” fueron dos conceptos que resultaron claves para la

¹⁷³ El robo fue un delito al que la psiquiatra y alguna paciente hicieron referencia durante las sesiones como ejemplo de situaciones en la que se toman las cosas por las fuerza, sin que la sexualidad quede implicada, motivo por el cual aquí lo exponemos.

¹⁷⁴ La psiquiatra no aportó más información respecto al modo en que se mencionó el término “perfil”. Se limitó a tomar prestada la palabra.

comprensión de la existencia de las agresiones sexuales. Conocer su funcionamiento fue el medio para deconstruir dicho poder.

La sesión continuó y la psiquiatra reflexionó sobre el uso del lenguaje como una de las áreas en las que el pensamiento patriarcal tiene influencia y que, a la vez, permite la reproducción del dominio masculino. Asimismo, una paciente extrapoló tal uso al utilizado en los programas de televisión:

Psiquiatra: Hay que tener conciencia del uso que hacemos del masculino y del femenino.
Conserje. Te imaginas un hombre con su traje. Portera. Te la imaginas con el mocho y los trapos. Modisto y modista. Estilista y peluquera. Lo mismo. El lenguaje médico es en masculino.

(...)

Hestia: En el programa “Tú sí que vales” hay un presentador que es muy maleducado e irrespetuoso con la gente, el vocabulario que usa...

Psiquiatra: Hay que buscar el maltrato para identificarlo.

[...]

Psiquiatra: Un adjetivo para resumir.

Maat: Adjetivo, no, nombre. Fuerza. Energía.

Afrodita: Coraje.

Isis: Intensidad.

Psicóloga: Intensidad.

Psiquiatra: Empoderamiento.

Minerva: Guarromen.

La psiquiatra destacó la frecuencia del uso del masculino en el lenguaje, en el que incluyó el lenguaje médico, y la atribución de una mayor relevancia a las actividades llevadas a cabo por hombres. En este sentido, su discurso se asimiló al presentado por las investigadoras feministas que localizan en la división sexual del trabajo una herramienta para dar soporte a la desigualdad (Comas D’Argemir, 1995). Asimismo, la paciente denunció la falta de respeto que mostró el presentador del programa, hecho que la psiquiatra tildó de maltrato. Finalmente, la psiquiatra utilizó el término “empoderamiento” en la ronda de las “frases flash” para expresar de forma sintética el proceso de adquisición de poder a través de los conocimientos referidos, que en este caso son la identificación del maltrato y sus diferentes formas de expresión.

La palabra empoderamiento volvió a surgir en la decimoctava sesión en boca de Isis. El significado que le atribuyó fue similar al de la psiquiatra, aunque el contexto en el que lo aplicó fue otro:

Isis: Y en el Ayuntamiento, con la trabajadora social que no podía firmar. Pues el secretario. Y, si no, pedí por la alcaldesa. Y, si no, quien sea. Y vamos las doce [del grupo], y como ella está deshecha, pues hablo yo.

Psicóloga: Es aprender a tener morro.

Isis: Es empoderamiento.

Psicóloga: Sí, aprender a negociar.

Isis no ofreció una definición explícita sobre el significado atribuido a empoderamiento, pero por el contexto interpretamos que era actuar con decisión y conseguir un objetivo. Saber que tenía derecho a acudir a los recursos que mencionó o buscar los medios para llevarlo a efecto fue el medio para hacerlo. En este caso, el objetivo de la acción fue ayudar a una compañera a realizar una gestión para obtener la ayuda económica para las mujeres víctimas de agresión sexual.

En esta línea de pensamiento, Isis expuso un sistema que había ideado para identificar públicamente a su agresor. Lo expresó así:

Isis: Pues yo, “al agresor, tarjeta roja”. Cuando me he cruzado con mi exmarido, he sacado la tarjeta roja del bolso y la levanto al aire [*Lo hace*].

Psiquiatra: ¿Qué tarjeta roja?

Isis: Tarjeta roja. Como a los futbolistas cuando hacen falta. Pues yo, tarjeta roja al agresor. (...) Y lo digo en voz alta. Un día, cuando todavía estaba en casa, yo dormía allí, y se presentó con una mujer. Yo le dije a ella: “Te ha enseñado la cartera, el rabo, pero no te ha enseñado las garras. Ves con cuidado”

[*Ríen*]. Ahora le enseño la tarjeta grande. Tengo dos. La pequeña y la grande que hice más tarde.

Hera: ¿Cómo te sentiste? Buena estrategia.

Isis: Él dijo: “Es capaz de llamar a los Mossos”. Me sentí potente y yo le decía “no quiero hablar con usted”. Y la otra no decía nada. Luego dijo: “Yo no tengo que preocuparme”. Y yo le dije: “Tú misma”. Incluso cuando lo veo de lejos, tarjeta roja. [*Ríen*].

Psicóloga: Es muy bueno. ¿Te dio alguien la idea?

Isis: No, yo... Dejamos la salud. Treinta y cinco años de malos tratos y tengo dos hijos. Cuando le dije: “Me voy”, vino la escalada de violencia. En el juicio le dieron “presunción de inocencia” que no es lo mismo que “inocente”. Me reBela cuando lo veo con otra, pero es género igualmente.

Hera: Si todas las mujeres hacen esto...

Isis estableció una sucesión de hechos que interrelacionó de la siguiente manera: sufrir maltrato psicológico durante el matrimonio, intensificación de la violencia tras plantear su decisión de finalizar el matrimonio, sufrir una agresión sexual, perder la salud, un proceso judicial que falló a favor del denunciado y procurarse ayuda para recuperarse de la pérdida de salud. Ella optó por visibilizar el sufrimiento y la violencia descrita a través de un objeto. El valor simbólico atribuido a la tarjeta roja, que tomó prestado de un deporte, el fútbol, fue reubicado en el contexto de la relación de género para señalar la grave falta recibida. Dicho objeto adquirió cuatro funciones: señalar a su ex-marido como agresor ante sí misma y también ante otras personas, mantenerlo alejado de ella, preservar su seguridad, prevenir la violencia que pudiera ejercer sobre otras mujeres y utilizar el humor para distanciarse emocionalmente del dolor. La consecuencia inmediata de enseñar la tarjeta roja a su agresor residió en que, según ella, la hizo “sentirse poderosa”. De esta manera, el término poder se redefinió y tomó un nuevo

significado. Para ella el poder significó ponerle fin a su antigua posición de mujer maltratada y, además, transmitir conocimientos sobre la forma en que la violencia está presente en las relaciones de género, tratando de evitar nuevas víctimas. En definitiva, poder equivale en este contexto a conseguir un objetivo: la igualdad de género.

Cuatro sesiones más tarde, Hera utilizó la palabra poder con un significado similar al de Isis e introduciendo una nueva variable:

Minerva: Lo recordé todo. No pude estudiar. Lo pasé mal. No quería preocupar a mi madre. No quería remover todo. He suspendido dos. No voy a poder entrar en la Escuela de Trabajo.

Isis: ¿Te podemos dar clases?

Hera: Ellos utilizan sus poderes para hacer daño, nosotras lo usamos para hacer el bien.

(...)

Minerva: Después de hablar con ella [*mira a Aurora tras oír su testimonio de su reconstrucción personal*] con esa buena cara, pues yo también quiero.

Psicóloga: Intentarlo es bueno.

El poder al que se refirió Hera fue opuesto al utilizado en contra de ellas. Era un poder que permitía la ayuda, la unión y la superación de las dificultades personales. Utilizó dicho término para referirse al medio por el que conseguir un nuevo fin. Estableció una categorización de esa nueva finalidad presentándola en términos dicotómicos vinculados a la dimensión ética: hacer el bien/ hacer el mal. Siguiendo con esta clasificación, Hera les atribuyó a ellos, los agresores, hacer daño; a ellas, las víctimas, hacer el bien.

Otro aspecto del poder que observamos en las sesiones de terapia grupal fue el presente en la violencia de pareja. La decimoquinta sesión fue un monográfico del maltrato psicológico que recibió Isis y de cómo su marido la insultó, menospreció y faltó al respeto durante años. Expuso que encontró unas cartas donde su marido anunciaba que “esperaría a que el matrimonio fracasara para luego destruirla”. El siguiente extracto de la conversación mantenida revela las conclusiones a las que Isis llegó:

Isis: No sé, pero dos o tres mujeres me han buscado a mí después de un tiempo de estar con él, me han dicho que también las ha maltratado. Es un depredador absoluto. Pienso que me lo cargaría. Me da igual que me pillen.

(...)

Isis: [...] Tenía 20 años. Yo creía que él quería estar conmigo y yo tiraba del carro y él encima.

Psiquiatra: Son relaciones de poder. El valor de hombre está relacionado con el poder económico, social, político, sexual. Las mujeres con las que tiene relaciones hacen lo mismo. En lugar de relaciones sentimentales, se lo montan igual y es su estrategia para llegar al poder.

Isis: Ha sido un monográfico. (...) Yo era la más apetecible. El trofeo. Y él lo quería. En mi juventud resultaba atractiva. Era independiente y se fijó en mí. Pensaba que era por mí, pero ahora pienso que es porque él quería el trofeo que no tenían los otros, y lo consiguió.

Los elementos que Isis destacó son dos. El primero hizo referencia a la condición de maltratador de su exmarido. Afirmó que ella no fue la única en recibir maltrato, sino que las mujeres que posteriormente se acercaron a él también fueron maltratadas. El segundo elemento señala las vías a través de las cuales ella identificó el maltrato: visualizarse como un trofeo que él deseaba y que no estuviera al alcance de otros hombres y sentirse como “estar tirando del carro y él encima”. Aunque no explicó el significado de esta expresión, refleja una práctica de dominación de su exmarido y de servidumbre en ella y, por el contexto, se podría entender que se refería a la vida cotidiana a nivel de pareja y familiar. La mujer echó la vista atrás y analizó el transcurso de su matrimonio, y, desde la experiencia ya vivida, concluyó que el interés de su exmarido hacia ella no era por ella, sino por él mismo. Por otra parte, la psiquiatra fue taxativa en su intervención e hizo referencia directa a las “relaciones de poder”, en las que incluyó la de Isis y su marido. Afirmó que se valora al hombre en función de su relación con el poder en diferentes esferas (la social, la política, la económica y la social), entendiendo que el tipo de funcionamiento que permite al hombre llegar al poder en el ámbito público lo aplica al privado. Es más, sostuvo que este sistema de relación valora al hombre en tanto en cuanto consigue parcelas de poder. De este modo, la psiquiatra hizo referencia a un poder al que “se llega” y el cual se ejerce, pero no lo define. Por último, estableciendo una comparación entre los discursos de ambas, observamos que no hay diferencias en cuanto al contenido, pero sí en la forma: Isis se expresó desde la vivencia personal y la psiquiatra desde los conceptos teóricos, siendo el poder ejercido por el hombre el nexo común en sus exposiciones.

Conocer el funcionamiento del poder ejercido en el contexto de la violencia de género fue un punto de partida para las pacientes y las profesionales para, posteriormente, establecer su proceso de deconstrucción, evitar su reproducción y procurar la reconstrucción de la forma en que se relacionen las mujeres y los hombres. Hera, la paciente que afirmó que “ellas utilizan el poder para hacer el bien”, ya introdujo la idea de la redefinición del poder, e Isis, al principio de este apartado, propuso la “reeducación” como un sistema de educación que no inculcara la desigualdad entre los hombres y las mujeres. Paralelamente, el término “desmitificar falsas creencias” fue utilizado por la psiquiatra en conversación informal tras la primera

sesión. Ella entendía las “falsas creencias” como los valores que “normalizan”, es decir, que dan por normales y válidos los pensamientos y las conductas en la relación entre hombres y mujeres desarrollada de una forma desigual, agresiva y violenta. Así, hizo referencia a las creencias que dan soporte a este tipo de violencia, que la justifican y, por tanto, permiten su perpetuación. Por “desmitificar las falsas creencias” entendió cuestionar los valores descritos para dejar de normalizarlos y, finalmente, no aceptarlos. Las profesionales trataron de deconstruir tales premisas. La siguiente conversación ya ha sido presentada anteriormente para ilustrar la protección en la relación materno-filial, pero aquí se utilizará para mostrar uno de los prejuicios que trataron de deconstruir:

Diana: Yo estaba en mi casa. Iba con un pijama que me tapaba toda. Ya no iba ni en bragas. Yo no iba provocando. Y se lo explicaba a la *mossa*. Pero ella me dijo que eso no te tenía que ver, que lo que había hecho [*el agresor*], que la agresión no tenía que ver con mi ropa.
Psiquiatra: Tenemos la necesidad de explicar la ropa que usamos como justificación cuando no debería ser así. También hay que tener en cuenta que actuaste como lo hiciste porque tenías a tu hija en casa. La protegías. Y te estaba amenazando con un cuchillo.
Diana: ¡Y vaya sí la protegía!

El uso de determinado tipo de ropa forma parte del corpus de “falsas creencias” que tratan de exculpar al agresor de la acción realizada y culpabilizar a la mujer que ha sido víctima de agresión sexual. La mujer, a pesar de no creer en ello¹⁷⁵, vinculó el tipo de vestimenta a que el agresor hubiera sido “provocado” a realizar la acción. La agente de Policía y la psiquiatra desmitificaron tal premisa.

Retomaremos una “falsa creencia” expresada por Afrodita e Isis. Ellas lo expresaron en términos de “ser trofeo”:

Afrodita: Yo ahora detecto a un maltratador por los comentarios que hacen. (...) Un día estaba con una amiga y se acercó un chico para ligar y dijo algo como que estaba mirando cuál de las dos será el trofeo. Yo le contesté: ¡aquí no hay trofeos! Nos tenemos que respetar nosotras si queremos que nos respeten los demás. “Trofeo” es de mala educación. Es un tema sexual, ser un objeto. Si me entiendo como un objeto, no me respeto. Hay que reeducar.
Psiquiatra: Se entiende que las mujeres son el trofeo para los hombres [*El tono es irónico*]. La educación interviene. Se enseña a las mujeres a ser dóciles, sumisas y a que los hombres salgan a por dinero [*tono irónico*]. Los piropos antes nos hacían gracia, ahora ya no.

Afrodita expresó tres conceptos asociados entre sí. El primero, la idea de la mujer como objeto sexual y su frontal rechazo. El segundo, la idea de maltrato y de falta de respeto implícita en el anterior punto. Selecciona el término “maltratador” para referirse al

¹⁷⁵ Diana afirmó en la entrevista en profundidad que personalmente no estaba de acuerdo en que la ropa fuera una forma de provocar que un hombre decida utilizar a una mujer como objeto de deseo sexual. En cambio, sí sostuvo que así lo considera la sociedad.

chico que buscaba “trofeos”. El tercero, la necesidad de “reeducar” tales premisas. Ella introdujo la reeducación como medio de reconstruir la forma en que las mujeres y los hombres se relacionan. Asume el respeto como la base de interacción desde una doble vertiente: respetarse a una misma y que los demás respeten a la persona. En respuesta a Afrodita, la psiquiatra describió las características que la educación sexista inculca sobre lo que se espera de la mujer, una actitud sumisa, y del hombre, una actitud dominante. Pero la conversación continuó y la psiquiatra señaló la forma en que se “normaliza” la agresión sexual:

Psiquiatra: Las agresiones sexuales se normalizan porque se entiende que el hombre tiene unas necesidades. La sexualidad de la mujer está para servir al hombre [*El tono muy irónico y muestra desaprobación*]. Si dices que te han violado, te dicen “bueno, pero estás viva”, pero si añades que también te han robado entonces les parece más grave. Creen que robar es más grave.

Según la profesional, aquellos que normalizan las agresiones sexuales lo hacen mediante el pensamiento de que la sexualidad de la mujer está al servicio de la del hombre, siendo esta una faceta más de la sumisión. Esta idea es similar a la que presentó Afrodita sobre “ser trofeo”, pero no es la misma. La agresión sexual se definió como el acto sexual que no tiene el consentimiento de la mujer (Vigarello, 1998; Foucault, 2006), hecho que se considera irrelevante en el pensamiento machista y el motivo por el que se banaliza la agresión sexual. En cambio, en el término “trofeo” se presupone que la mujer “quiere ser elegida”, pensamiento que es igualmente machista, pero que cuenta con su consentimiento. La expresión “el hombre tiene sus necesidades” apareció en el discurso de otra persona:

Leto: Y, explicándoselo a mi madre, me dijo que ella también fue violada. [*Llora, le acercan un pañuelo*]. Y lo peor es que mi abuela dijo: “Ellos tienen sus necesidades”. [*Se oyen protestas en toda la sala*]

Hera: Y nosotras tenemos necesidad de matarlos y no lo hacemos. [*Ríen*]. Si los ejecutamos, morimos también. Recuerdo una frase de Afrodita, que dijo esto nos hará que seamos mejor mujeres.

Psicóloga: Los hombres también se pueden controlar.

Isis: La sociedad es más permisiva con ellos.

Dicha expresión provino de la abuela de Leto, le atribuyó el mismo significado que la psiquiatra, aunque parece que su posición fue la de justificarlo. Un nuevo elemento, el “control”, es introducido por Hera. Ella apeló irónicamente a su necesidad de matar a los agresores por el daño ocasionado y entendió que eso equivaldría a morir ella misma. En cambio, dirigió su atención a superar el dolor y, con ello, al crecimiento personal que

ya hemos presentado anteriormente. Paralelamente, la psicóloga señaló que los hombres también tienen la capacidad de controlarse, pero no expresó explícitamente si se refería al control del deseo sexual, al control de sus acciones cuando sienten deseo sexual por una mujer o a ambos estados. Por último, Isis lamentó la permisividad de la sociedad ante esta forma de sumisión. Así, apelar a las “necesidades del hombre” representó para las integrantes del grupo una forma de invisibilizar y justificar las agresiones sexuales. Por otra parte, “no creer” a la mujer que afirma haber sido agredida sexualmente forma parte del corpus de prejuicios a los que las mujeres hacen referencia en las sesiones grupales. La siguiente conversación muestra como algunas mujeres pensaron que no las creían por el hecho de haber nacido en otro país:

Diana: Me da rabia. Es una injusticia ser latina. “Como sois así...”, pues no te creen. Eso me dijeron.

Flora: Me cabrea que me hayan puesto la duda. Enfermar [*se refiere al VIH*], ir a médicos, mi hermana me dijo: “¿Estás segura?” Yo la boté por no creerme. Me despierto gritando y con pesadillas.

Diana: Pesadillas y miedo.

Flora: Porque eres latina, y no tienes papeles.

Psiquiatra: A las latinas os pasa, pero a las catalanas también. Aquí también se cuestionan las cosas que decimos.

(...)

Psicóloga: Pues no comprarlo. Es un prejuicio. Hay que pensar “es lo que he vivido”. Si tengo fuerzas, respondo o asertivamente o agresivamente. ¡Pasivamente no!

Isis: Me cruzo con mi cuñado un día y me dijo “no me puedo creer que en 25 años no te hayas dado cuenta de que era un maltratador”. Y yo le contesté: “Y tú, ¿no te diste cuenta de que tu mujer era una alcohólica?”. Pobrecilla, no iba por ella. Él no puede decir eso.

Diana y Flora nacieron en dos países de América Latina y ambas establecieron una relación entre el hecho de ser latinas y no ser creídas debido a ese motivo, vinculando así una forma de identidad (por lugar de nacimiento) con la credibilidad de sus relatos, o lo que es lo mismo, con la confianza que tienen los otros respecto a la veracidad de sus discursos. Goffman definió la identidad social como término que permite localizar a qué categoría pertenece una persona y qué atributos tiene siendo el propio medio social el que establece las categorías (Goffman, 1963). Aquí ambas mujeres hicieron referencia a “no ser creídas” como un atributo adjudicado por otros, que, además, es estigmatizante puesto que es desacreditador. Por otra parte, la psiquiatra opinó, según la información aportada por las pacientes a las que trató en los últimos años, que las mujeres catalanas eran también cuestionadas. Además, Isis, que se identificó como castellana, expuso que ella tampoco fue creída. La conclusión a la que llegaron fue que las personas del entorno de estas mujeres no creían que la agresión sexual hubiese tenido lugar, sin que el lugar de nacimiento fuera la causa de la incredulidad.

Finalmente, la psicóloga definió como un prejuicio el hecho de que la mujer no fuera creída.

En suma, las pacientes y las profesionales definieron la agresión sexual como un tipo de violencia de género, por tanto, ejercida por los hombres a las mujeres, cuya finalidad es el poder masculino. La dominación –o “fuerza”– supone una forma de expresión simbólica del poder que en ocasiones es visible y en otras permanece oculta tras las formas educadas o protectoras de relacionarse con la mujer. Para la psiquiatra, el “perfil del agresor” es el de quien utiliza el poder.

Observamos dos formas opuestas de poder en los discursos de las participantes del grupo de terapia. Por una parte, el poder ejercido por los hombres que comparten el pensamiento patriarcal y que está vinculado a la dominación como medio de conseguir y mantener una superioridad sobre las mujeres. Este tipo de poder fue atribuido al maltrato psicológico en la pareja y a la agresión sexual. Por otra parte, las mujeres describieron un poder ejercido por ellas que está vinculado a igualdad de oportunidades, que supone un medio, pero no un fin en sí mismo, y tiene una dimensión ética. El proceso de “empoderamiento” tiene un efecto y una finalidad contrarios al del poder masculino descrito. Implica la toma del poder a través de la adquisición de conocimientos teóricos sobre las bases de la violencia de género y su objetivo fue restablecer el control de sus vidas. La identificación de prejuicios o “falsas creencias”, como el uso de cierto tipo de ropa, la concepción de la mujer como objeto sexual, las llamadas “necesidades de los hombres” y la tendencia a no creer el discurso de las mujeres que afirmaron haber sido agredidas sexualmente, permiten la deconstrucción del poder que sustenta el pensamiento patriarcal. Asimismo, y como proceso paralelo, las mujeres propusieron una reeducación de las bases de la relación entre mujeres y hombres basada en el respeto como forma de construir la igualdad.

Conclusiones

Al principio del texto hemos planteado como objetivo principal un estudio antropológico sobre el proceso de medicalización de la agresión sexual y del tipo de relación que se establece entre la mujer agredida sexualmente y el equipo terapéutico. Además, nos hemos preguntado, por un lado, si ese tipo de interacción tiene repercusiones morales, emocionales y/o terapéuticas en las pacientes y, por otro, si la concepción de la sexualidad de estas mujeres ocupaba un papel central en su identidad, dado que describían un punto de inflexión en ellas tras la agresión sexual. El conocimiento que esta tesis aporta a la teoría antropológica queda condensado en los puntos que a continuación presentamos.

Recordando la hipótesis principal, nos planteábamos que el proceso de medicalización de las agresiones sexuales genera dispositivos asistenciales de salud que contribuyen a la reasignación de la atribución de la culpa en las mujeres víctimas de agresión sexual en los agresores. Dicha hipótesis ha quedado confirmada tras el análisis de datos. La sociedad occidental está fuertemente medicalizada como resultado de un proceso sociohistórico que ubica los problemas de las personas en el terreno de la profesión médica (Illich, 1975; Conrad, 1992; Foucault, 1996; Menéndez, 2005 a; Menéndez, 2005 b), y el ámbito de la salud mental no es una excepción. En nuestro estudio presentamos como la agresión sexual representa un aspecto de la vida incorporado como objeto de atención a la salud, suponiendo un eslabón más del proceso de expansión de la biomedicina. Dicho proceso se fundamenta, por un lado, en las políticas de género que reformulan las relaciones entre hombres y mujeres en términos de igualdad, y, por otro, en una extensión de la medicalización de la sexualidad y los estados de ánimo atribuidos a las mujeres. El resultado es la institucionalización del objeto (la agresión sexual) y del sujeto (las mujeres agredidas sexualmente). Sin embargo, la comprensión de dicho proceso desde una visión estructural no muestra la complejidad del mundo local donde tiene lugar. Por este motivo, ha sido necesaria la reflexión sobre la conceptualización de la medicalización como noción desde dos perspectivas: la oposición entre medicalización y desmedicalización y el discernimiento del término en relación al grado en que se produce.

Hemos dado cuenta de que no es posible considerar la desmedicalización (Conrad, 1992) de la agresión sexual por ser un problema que se define y trata en términos médicos en este contexto. En cambio, la comprensión de la medicalización como un valor continuo es la que nos ha permitido concretar más detalladamente el grado en que el fenómeno está medicalizado/desmedicalizado (Halfmann, 2011). En el contexto etnográfico estudiado, la agresión sexual está fuertemente medicalizada por generarse discursos, prácticas e identidades a nivel «macro» y «meso» en una alta prevalencia. Las decisiones políticas, legislativas y sanitarias proporcionan los medios para la atención de problemas percibidos y definidos por dichas instituciones como problemas de salud. Dichos medios quedan materializados en la dotación de recursos económicos para la atención sanitaria desde los servicios de salud. Más específicamente, la agresión sexual está medicalizada a través del doble circuito seguido por las personas víctimas de agresión sexual en la ciudad de Barcelona: la centralizada en el Serveid'Urgènciesdel HCPB, con su protocolo de actuación interna, y la realizada en el CSMA/ Consulta Externa de Psiquiatria en el Programa AGRESX-TEPT. Sin embargo, a nivel «micro», en la relación «cara a cara», hemos observado un proceso muy particular de medicalización yuxtapuesto a la práctica de desmedicalización a nivel interpersonal. La investigación cualitativa ha permitido escudriñar el contenido de los discursos de las implicadas y mostrar la comunicación profesional-paciente.

Por una parte, la disociación conceptual de las implicadas respecto a la agresión sexual, que es entendida como un problema sanitario y uno social, conlleva utilizar los medios institucionales por los que la biomedicina se expandió. Los mencionados medios fueron resignificados como vía para contrarrestar el conflicto social que supone la violencia sexual, cuando, simultáneamente, la sociedad no ha encontrado todavía una forma de solucionar ese conflicto. A pesar de que todas las implicadas definieron la agresión sexual como una forma de violencia relacionada con el poder masculino, la posición ocupada en el rol complementario ha supuesto una diferencia significativa: las profesionales recurrieron exclusivamente a la ideología machista mientras que la mayoría de las pacientes construyeron su explicación a través de su vivencia personal. Este hecho no excluye que algunas señalaran el machismo y la educación transmitida como factores causales de las agresiones sexuales. Además, hemos observado como el marco teórico utilizado por las profesionales en sus visitas, la perspectiva de género y el funcionamiento social de la persona, hace que la medicalización adquiera en este

contexto un matiz específico. En sus discursos coexiste la noción de medicalización de la agresión sexual, por saberla un problema social, con no-medicalizarla, por considerar que están tratando malestares que catalogan como enfermedad. En la práctica, el modo en que las profesionales abordaron el problema de salud generado tras la agresión sexual se materializó teniendo presente su causa (la violencia de género) y la esfera social de la persona que ha sido objeto de ese tipo de violencia.

Paralelamente, resulta paradójico que la atención de la agresión sexual siga un proceso de individualización en la atención (sanitaria), puesto que descontextualiza los problemas sociales para convertirlos en individuales (Conrad, 1992), pero también de socialización a través de los dos dispositivos asistenciales disponibles en dicho Programa, la visita individual y, en mayor grado, la terapia grupal. Este doble fenómeno está vinculado al aspecto del control de la población general propio de la medicalización (Illich, 1975) y, simultáneamente, a la idea de no expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo. El motivo para ello es que las pacientes recalcaron su poder de decisión al pedir ayuda cuando por sus propios medios no eran capaces de recuperarse, y las profesionales compartieron información (conocimientos teóricos sobre violencia de género y la sintomatología de los trastornos psiquiátricos) con la finalidad de que la incorporaran en su haber, incrementando su poder para la recuperación de las secuelas psíquicas de la agresión sexual sufrida.

Por otra parte, y de acuerdo a la hipótesis secundaria, nuestro estudio da cuenta de que la interacción entre las pacientes y las profesionales se basa en un tipo confianza que supone una intersección entre el tipo de confianza propia de los sistemas expertos (Giddens, 1999) y de la relación entre individuos. La calidad de la relación profesional-paciente ha mostrado unas características propias. Los factores culturales como el afán de las profesionales respecto a la interacción con las pacientes, la preocupación personal y profesional explícita hacia la violencia de género como un problema relevante epidemiológica y socialmente, la comunicación abierta basada en la libertad para expresarse, la empatía comprensiva, el conocimiento experto, la escucha activa y comprometida, la concepción del síntoma en el contexto de un universo más amplio que es una persona –y no el síntoma como único objeto de atención– y el respeto adquieren en este contexto cultural una importancia fundamental para la consecución de dos roles complementarios y supone una forma de resistencia al proceso de medicalización. Así,

se describe un proceso de atención sensible a la concepción de la persona como ente social.

Es más, los dos modelos explicativos establecen la confianza como la base de su relación, suponiendo esta un proceso de construcción continuo e interactivo que posibilita difuminar los rígidos límites de los roles como profesional/paciente y facilita mantener la interacción a lo largo del tiempo. La comprensión de la consulta como un punto de acceso donde confluye la participación en los sistemas funcionales y de las relaciones personales ha permitido la coexistencia conceptual de la confianza y la fiabilidad de forma particular: la confianza establecida en las relaciones personales ha sido la herramienta que solucionó los problemas del riesgo implícito en la noción luhmanniana de fiabilidad. De hecho, hemos visto como las pacientes y las profesionales construyeron la relación establecida alrededor de la noción de confianza, no de fiabilidad. Más concretamente, las pacientes partieron de la fiabilidad por presuponer un conocimiento experto, pero, una vez iniciada la relación con las profesionales, giró en torno a la confianza (*'confidence'*), la propia de la relación con otros. En este sentido, desde esta tesis proponemos el término la fiabilidad confiada para expresar de forma sintética esta realidad contextual. A pesar de la advertencia de Giddens (1999) de no confundir la credibilidad asociada a la amistad y la propia de los mecanismos de desanclaje, hemos observado en este contexto etnográfico que las implicadas hicieron recaer la fiabilidad tanto en la cualidad de ser experta como en la persona que sustenta el conocimiento experto. Así, el factor humano, las personas concretas, es realmente lo que sustenta una relación.

Este modelo local de práctica de salud sigue los principios básicos del «modelo dialógico»: la multidimensionalidad, la bireccionalidad y la simetría (Martínez-Hernández, 2010), donde, además, la información y las emociones han sido los elementos de intercambio entre las pacientes y las profesionales. Fueron consideradas las relaciones de multicausalidad del fenómeno de enfermar ya que las profesionales tuvieron muy presente el aspecto social del proceso de salud/enfermedad y sus intervenciones estaban dirigidas a la comprensión de la dolencia en clave social. El aspecto biológico del malestar representó una más entre las estrategias utilizadas. La bidireccionalidad de la comunicación quedó materializada en el saber y el no-saber de las profesionales y de las pacientes, fenómeno que las implicadas tuvieron presente. El saber profesional, que equivale al no-saber de las pacientes, fue entendido por estas como un saber experto en

el que “confiaban”, pero sin descuidar sus creencias personales; el saber de las pacientes, el no-saber de las profesionales, fue considerado por estas como un mundo específico de la persona que tenían delante y al que solo podían acceder si la persona lo permitía. La simetría, que coloca a las implicadas en una posición de reciprocidad, quedó materializada en el proceso de negociación por el que llegar a acuerdos en el camino terapéutico que se habría de seguir. La noción de cogestión del proceso de salud/enfermedad/cuidado y la de corresponsabilidad representa la forma en que se visibiliza la reciprocidad. Este tipo de práctica sanitaria supone, en definitiva, una forma de participación social en el proceso de búsqueda de salud.

La culpa, como se apunta en la hipótesis principal, es el valor cultural que sigue un proceso de reubicación. Las pacientes resignificaron la culpa que se (auto)atribuían por la agresión sufrida para situarla en el agresor a través de los conocimientos compartidos por las profesionales. De este modo, el tipo de interacción descrita tiene repercusiones morales, emocionales y terapéuticas en las mujeres agredidas sexualmente puesto que dicha redefinición contribuye a la recuperación de las secuelas psíquicas de la agresión sexual sufrida. Simultáneamente, el hecho de que las mujeres apelaran a la agresión sexual como un punto de inflexión en sus vidas, rompiéndola en dos partes, y se autopercibieran de forma diferente, sugiere que la sexualidad tiene un papel importante en su identidad. La invasión de esa área es la que genera mujeres con sus vidas rotas.

Consideramos el proceso de atención sanitaria en el Programa AGRESX-TEPT como un tipo de dinámica cultural dotado de significados en ese contexto social concreto. Los valores culturales compartidos por las pacientes y las profesionales sobre el sexo tomado por la fuerza se relacionan con la deconstrucción del poder masculino y se oponen al conjunto de valores y significados de la ideología patriarcal.

La agresión sexual, entendida como objeto de estudio antropológico, ha resultado ser una categoría analítica apropiada para analizar dicho fenómeno en el contexto etnográfico estudiado. Se trata de un término que abarca aspectos relacionados con su definición, su dimensión legal y su vinculación al proceso de medicalización y patologización. La construcción social de la agresión sexual alrededor del no-consentimiento supone un valor cultural compartido por las informantes y las instituciones públicas implicadas en procurar un modelo de atención sanitaria a las mujeres que la sufren. El rechazo conceptual de la agresión sexual, condensado en su

tipificación como un delito de carácter penal, queda enfrentado a los valores culturales que continúan reproduciendo la ideología de la dominación masculina. Sin embargo, la agresión sexual presenta algunas limitaciones como categoría analítica ya que no incluye otros mecanismos a través de los cuales se invade la sexualidad de la mujer, como es el abuso sexual o el acoso sexual. En este sentido, la noción de violencia sexual resulta más efectiva como categoría conceptualmente más amplia puesto que incluye las diferentes formas de irrumpir los cuerpos de las mujeres y, además, hace referencia a su origen estructural.

Finalmente, queremos destacar la utilidad del método etnográfico ya que permite la toma de contacto con las prácticas sociales que tienen lugar en cada contexto específico, y, en el nuestro, revela una relación profesional-paciente que resulta de utilidad para las pacientes, como así lo indicaron estas. La coexistencia del proceso de medicalización de la agresión sexual, considerando el grado en que lo está, y el modelo dialógico supone el modelo local de atención sanitaria. Si el conocimiento de la dinámica interna de la relación contribuyera a una mayor calidad de la relación profesional-paciente en otros contextos, representaría por sí misma una aportación del método etnográfico a la efectividad de la práctica clínica en tanto que participación social en salud.

Bibliografía

Abeid, M., Muganyizi, P., Olsson, P., Darj, E., y Axemo, P., 2014. Community perceptions of rape and child sexual abuse: a qualitative study in rural Tanzania. *BMC International Health and Human Rights* 14:23, pp.1-13.

Ajuntament de Barcelona, 2013. *Circuit Barcelona: Compartim coneixement i treball en xarxa per a l'abordatge de la violència masclista*. Circuit territorial de l'Eixample [pdf]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. Disponible en: <http://ajuntament.barcelona.cat/eixample/sites/default/files/plenari/cvdbcn_eixample_1_1_12_13.pdf> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]

Alberdi, I. y Matas, N., 2002. *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección de Estudios sociales, núm 10* [pdf] Barcelona: Fundación La Caixa. Disponible en: <http://gadeso.org/sesiones/gadeso/web/14_paginas_opinion/sp_10000408.pdf> [Fecha de consulta: 10 de julio de 2016]

Amezcu, M. y Gálvez, A., 2002. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Publica* 76 (5), pp. 423-436.

AMS. 49ª Asamblea Mundial de Salud. *WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública* [pdf]. Ginebra: AMS. Disponible en: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf>

Anheier, H. y Kendall, J., 2002. Interpersonal trust and voluntary associations: examining three approaches. *British Journal of Sociology*, 53 (3), pp. 343-362.

APA. American Psychiatric Association, 1985. *DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.

APA. American Psychiatric Association, 1995. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.

APA. American Psychiatric Association, 2014. *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Argente, M., Fernández, R. y Batesteza, J.R., 2002. El Pla d'inversions sanitàries de la Generalitat de Catalunya. *Nota d'economia*, 73, pp.79-88.

Arias, A., 2013. Teoría Crítica y Derechos Humanos: Hacia un concepto crítico de víctima. Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 36 (4), pp. 31-60.

Arrizabalaga, J., 2000. Cultura e historia de la enfermedad. En E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 71-80.

- Basch, M. F., 1990. Further thoughts on empathic understanding. En A. Goldberg, ed. *Progress in self Psychology. The realities of transference. Volume 6*. New Jersey: Analytic Press. pp. 3-11.
- Baxi, P., 2014. Sexual violence and its discontents. *Annual Review of Anthropoloy*, 43, pp. 139-154.
- Bartoli, P., 1989. Antropología en la educación sanitaria. *Arxiud'Etnografia Catalunya*, 7, pp. 17-24.
- Beauvoire, S. De, 1962. *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Bonino, L., 2004. Los micromachismos. *Revista La Cibeles*, 2. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Bourdieu, P., 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Brownmiller, S., 1975. *Contra nuestra voluntad*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Burt, M., 1980. Cultural myths and supports of rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38 (2), pp. 217-230.
- Busby, C. 1999. Agency, power and personhood. Discourses of gender and violence in a fishing community in south India. *Critique of Anthropology*, 19 (3), pp. 227–248.
- Canals, J., 2002. Els grups d'ajuda mútua: una representació actual de la reciprocitat. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 17-18, pp. 139-151.
- Canals, J., 2003. Grupos de ayuda mutua, asociaciones de salud y estado del bienestar en transformación. *Agathos: Atención socio sanitaria y bienestar*, 2, pp. 4-11.
- Canguilhem, G., 1971. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Cardoso, L. R., 1995. Entre o justo e o solidário. Os dilemas dos direitos de cidadania no Brasil e nos EUA [En línea] São Paulo: Portal das ciências sociais Brasileiras. Disponible en: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_04.htm [Fecha de consulta: 12 de Julio de 2016]
- Cardoso, L. R., 2008. Existe violência sem agressão moral? *Revista brasileira de ciências sociais*, 67, pp. 135-193.
- Carrasco, J.J. 1998. *Responsabilidad médica y psiquiatría*. Madrid: Editorial Colex.
- Castells, M., 1997. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Volumen 1 La sociedad red*. Madrid: Editorial Alianza.
- Castro, A. y Farmer, P., 2003. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 29-47.

CatSalut. Servei Català de la Salut, 2016. *CatSalut. Servei Català de la Salut* [en línea]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Servei Català de la Salut. Disponible en: <<http://catsalut.gencat.cat/>> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]

Comas d'Argenir, D. 1995. *Trabajo, género y cultura. La construcción de las desigualdades entre hombres y mujeres*. Barcelona: Icaria Editorial.

Comes d'Argemir, D., 2014 La violencia de género en los medios de Comunicación. Cómo y cuándo se representa como un problema público. En: Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología [En línea]. Edita: Universitat Rovira i Virgili, pp 5214-5235 Disponible en: <<http://wwwa.fundacio.urv.cat/congres-antropologia>>[Fecha de consulta: 8 de agosto de 2015]

Comelles, J. M., 1989. Ve no se donde, trae no se qué. Algunas reflexiones sobre el trabajo de campo en Antropología de la Salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7. pp. 205-235.

Comelles, J.M., 1996. Fe, carisma y milagros. El poder de curar y la sacralización de la práctica médica contemporánea. En: J.A. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra, eds. *Crear y curar: la medicina popular*. Granada: Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada. pp. 301-336.

Comelles, J.M., 1998. Sociedad, salud y enfermedad: Los procesos asistenciales. En A. Martínez-Hernández, J.M. Comelles y A. Miranda Aranda, comp. *Antropología de la medicina. Una década de Jano (1985-1995)*. Zaragoza: Asociación Trabajo social y salud. pp. 135-150.

Comelles, J.M., 2000. Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 305-352.

Comelles, J. y Martínez-Hernández, A., 1994. The dilemmas of chronicity: the transition of care policies from the authoritarian State to the welfare State in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 40 (4), pp. 283-295.

Conrad, P., 1992. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209-32.

De Haro-Honrubia, A., 2012. Antropología del conflicto. Reflexiones sobre el nuevo orden global. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 19, pp. 177-204.

Desviat, M., 2010. Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, pp. 253-263.

Durkheim, É., 1987 [1893]. *La división social del trabajo*. Madrid: Akal.

Eisenberg, L., 1977. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*1, pp. 9-23.

Esteban, M.L., 2000. La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 207-226.

Esteban, M.L., 2004. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad, cambio*. Barcelona: Edicions Bellaterra

Esteban, M.L. y Távora, A., 2008. El amor romántico y la subordinación social de las mujeres: revisiones y propuestas. *Anuario de Psicología*, 39 (1), pp. 59-73.

Fabrega, H., 1972. Concepts of disease: logical features and social implications. *Perspectives in Biology and Medicine*, 15 (4), pp. 583-616.

Farmer, P., 1997. On Suffering and Structural Violence: A View from Below. En: A. Kleinman, V. Das, y M. Lock, eds. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press. pp. 261-284.

Farmer, P., 2003. *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. London: University of California Press.

Fernández, J., coord., 2008. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales* [en línea] Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia: Ankulegi Antropología Elkartea, pp 17-30. Disponible en: <<http://www.ankulegi.org/2-antropologia-de-la-medicina-metodologias-e-interdisciplinariedad-de-las-teorias-a-las-practicas-academicas-y-profesionales/>>[Fecha de consulta: 30 de Julio de 2015]

Foucault, M., 1980 [1976]. *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber, Tomo 1*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M., 1987 [1976]. *Historia de la sexualidad. El uso de los placeres, Tomo 2*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Foucault, M., 2006 [1978]. *Un diálogo sobre el poder*. Madrid: Editorial Alianza.

Foucault, M., 1996. *La vida de los hombres infames*. Argentina: Editorial Altamira.

Foucault, M., 1991. *La enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Frank, G., 1985. "Becoming the Other": Empathy and Biographical Interpretation. *Biography*. 8 (3), pp. 189-210.

Gailly, A., 2009. La atención sensible a la cultura. En: J.M. Comelles, X. Allué, M. Bernal, J. Fernández-Rufete y L. Mascarella, eds. *Migraciones y salud*. Tarragona: Editorial Rovira i Virgili. pp. 17-54.

Galtung, J., 1969. Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, 6(3), pp.167–191.

Gambetta, D., 2000. Can We Trust Trust? En: D. Gambetta, ed. *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations* [pdf] Oxford: University of Oxford. pp. 213-237. Disponible en: <https://www.nuffield.ox.ac.uk/users/gambetta/Trust_making%20and%20breaking%20cooperative%20relations.pdf> [Fecha de consulta: 13 de Julio de 2016]

Garcia Esteve, L., Valls, E., Torres, A., Imaz, M.L. y Roda, E., 2013. Sexually assaulted women and substance use. En Alessandra Liquori O'Neil y Jonathan Lucas, eds. *DAWN Drugs and Alcohol Women Network: Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction* [pdf] Turin: UNICRI. pp 331-345. Disponible en: <http://www.unicri.it/topics/social_justice_development/dawn/UNICRI_DAWN_new.pdf> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]

Geertz, C., 1974. "From the Native's Point of View": On the Nature of Anthropological Understanding. *Bulletin of the American Academy of Arts and Sciences*. 28 (1), pp. 26–45.

Geertz, C., 2003 [1973]. *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Geertz, C. (1996) [1995] *Tras los hechos*. Barcelona: Paidós.

Geertz, C. (1994) [1985] *Conocimiento Local*. Barcelona: Paidós.

Gencat. Generalitat de Catalunya, 2002. *Carta dels drets i deures dels ciutadans en relació amb la salut i l'atenció sanitària* [pdf]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Disponible en: <http://www.pssjd.org/SiteCollectionDocuments/usuaris_drets_deures_gencat.pdf> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]

Gencat. Generalitat de Catalunya, 2014. *Evolució dels fets penals coneguts per la Policia de Catalunya – 2014* [pdf] Barcelona: Generalitat de Catalunya, Mossosd'Esquadra. Disponible en: <http://mossos.gencat.cat/web/.content/home/07_indicadors_i_qualitat/estadistica/evolucio_fets_penals_coneguts_policia_catalunya_2014.pdf> [Fecha de consulta: 10 de Julio de 2016]

Gencat. Generalitat de Catalunya, 2015. *Evolució dels fets penals coneguts per la Policia de Catalunya – 2015* [pdf] Barcelona: Generalitat de Catalunya, Mossosd'Esquadra. Disponible en: <http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2016/02/18/14/27/90524751-86b8-4d4d-87c6-d4f300f15766.pdf> [Fecha de consulta: 10 de Julio de 2016]

Gencat. Generalitat de Catalunya, 2016. *Circuit Barcelona contra la violència vers les dones* [online]. Barcelona: Generalitat de Catalunya i Ajuntament de Barcelona.

Disponible a: <<http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir193/>> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]

Giddens, A., 1999 [1990]. *Consecuencias de la modernidad*. Barcelona: Alianza Editorial.

Gieser, T., 2008. Embodiment, emotion and empathy: a phenomenological approach to apprenticeship learning, *Anthropological Theory*, 8, pp 299-318.

Giner, S., 1995 [1968]. *Sociología*. Barcelona: Ediciones Península.

Good, B., 2003 [1994]. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona. Ediciones Bellaterra.

Goffman, E., 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: The University of Edinburg.

Goffman, E., 1963. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goffman, E., 1970. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goffman, E., 1979. *Relaciones en público*. Madrid: Alianza Editorial.

Goldberg, A., 2011. The enduring presence of Heinz Kohut: Empathy and its vicissitudes, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 59 (2), pp. 289-312.

Guber, R. 2004. *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Halfmann, D., 2011. Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities, *Health*, 16 (2), pp. 186-207.

HCPB. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, 2008. *Guia d'atenció a la violència intrafamiliar de gènere* [pdf]. Barcelona: HCPB. Disponible en: <http://www.hospitalclinic.org/files/2008_guiafvig_cat.pdf> [Fecha de consulta 29 de agosto de 2016]

HCPB. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, 2012. *Guia asistencial de la violència sexual*. [pdf]. Barcelona: HCPB. Disponible en: <<http://www.hospitalclinic.org/ca/el-clinic/comissions-i-comites/comissio-de-violencia-intrafamiliar-i-de-genere>> [Fecha de consulta 10 de julio de 2016]

Harris, M., 1990. *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial.

Hollan, D., 2008. Being There: On the Imaginative Aspects of Understanding Others and Being Understood. *Ethos*, 36 (4), pp. 475-489.

Hollan, D. y Throop, C. J., 2008. Whatever Happened to Empathy? *Ethos*, 36 (4), pp. 385-401.

Haro Encinas, J.A., 2000. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 101-162.

Illouz, E., 2007. *Intimidaciones congeladas. Las emociones del capitalismo*. Madrid: Cultura libre

IMIO. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2014. *Delitos contra la libertad sexual. Victimizaciones* [en línea] Disponible en: <<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/violencia/delitosLibertad/2016/w145.xls>> [Fecha de consulta: 10 de Julio de 2016]

Luhmann, N. 2000. Familiarity, confidence, trust. En: D. Gambetta, ed. *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations* [pdf] Oxford: University of Oxford, pp. 94-107. Disponible en: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.23.8075&rep=rep1&type=pdf>> [Fecha de consulta: 13 de Julio de 2016]

Illich, I., 1975. *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Ediciones Barral.

Jonas, H., 1995. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Editorial Herder.

Juliano, D., 2003. El mito del instinto maternal. *Mujeres y Salud*, dossier 11-12, pp. 2-5.

Juliano, D. 2004. *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Kirmayer, L., 2008. Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry. *Ethos*, 36 (4), pp. 457-474.

Kleinman, A., 1988. *The illness narrative: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

Kleinman, A., 1999. Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. En: G.B. Peterson, ed. *The tanner lectures on human values. Delivered at Stanford University* [pdf] Vol 20, pp. 357-420. Salt Lake City: University Express. Disponible en: <<http://tannerlectures.utah.edu/documents/a-to-z/k/Kleinman99.pdf>> [Fecha de consulta: 20 de Junio de 2016]

Kleinman, A. 2013. From illness as culture to caregiving as moral experience. *The New England Journal of Medicine*, 368, pp. 1376- 1377.

Kleinman A. y Benson, P., 2004. La vida moral de los que sufren de la enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. *Monografías Humanitas*, 2, pp. 17–26.

Kleinman, A., Das, V., y Lock, M., 1997. Introduction. En: A. Kleinman, V. Das, y M. Lock, eds. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press. pp. ix-xxvii.

Kohut, H., 1959. Introspection, empathy and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, pp. 459-483.

Lewis-Fernández, R. y Kleinman, A., 1995. Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *The Psychiatric Clinics of North America* 18 (3), pp. 433-48.

Malinowski, B., 1986. *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona: Planeta Agostini.

Márquez, S. y Meneu, R., 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, II 8, pp. 65-86.

Martín, A., 2006. *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Martínez-Hernández, A., 1998. Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XVIII (68), pp. 645-662.

Martínez-Hernández, A., 2000. Anatomía de una ilusión. El DSM-IV y la biologización de la cultura. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 249-275.

Martínez-Hernández, A. 2010. Dialogics, ethnography and health education. *Revista Saúde Pública*, 44 (3), pp. 399-405.

Martínez-Hernández, A. 2006. La mercantilización de los estados de ánimo. El consumo de antidepresivos y las nuevas biopolíticas de las aflicciones. *Política y Sociedad*, 43 (3), pp. 43-56.

Martínez-Hernández, A. 2008 *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Martínez-Hernández, A., 2014. El signo de los cinco: Las semióticas del síntoma y sus olvidos. *Intersecciones en antropología*, 15(2), pp. 353-362.

Masana, L., 2013. Entre médicos y antropólogos. La escucha atenta y comprometida de la experiencia narrada de la enfermedad crónica. En: A. Martínez-Hernández, L. Masana y S. DiGiacomo, eds. *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. pp. 223-263.

- Mauss, M., 1971 [1950]. *Sociología y Antropología*. Madrid: Editorial Technos.
- Mead, M., 1982. *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*. Barcelona: Paidós.
- Medina-Domenech, R.M., 2016. Consumerism, gender diversity and moralization of sexuality in the Iberian 1960s. En: K. Kornetis, E. Kotsovili y N. Papadogiannis, eds. *Consumption and gender in Southern Europe since the long 1960s*. London: Bloomsbury Academic. pp. 59-84.
- Menéndez, E.L., 1984. El modelo hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, pp. 83-119.
- Menéndez, E.L., 1988. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Asociación de Médicos Residentes del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y Comisión Argentina de Residentes del Equipo de Salud. Buenos Aires: 30 de abril - 7 de mayo, pp. 451- 464. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Menéndez, E.L., 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: R. Campos, ed. *La antropología médica en México. Tomo 2*. México: Instituto Mora. pp. 9-24.
- Menéndez, E.L., 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. Saúde coletiva*, 8 (1) pp. 185-207.
- Menéndez, E.L., 2005a. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, pp 33-69.
- Menéndez, E.L., 2005b. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1 (1), pp. 9-32.
- Moore, H.L., 1991. *Antropología y feminismo*. Madrid, Ediciones Cátedra.
- Nieto, J.A., 2003. Reflexiones en torno al resurgir de la antropología de la sexualidad. En: J.A. Nieto, ed. *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa Ediciones. pp. 15-51.
- NNUU. Naciones Unidas, 1979. *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW*. Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> [Fecha de consulta: 29 de agosto de 2016]
- OPS. Organización Panamericana de la Salud, 2002. *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen* [pdf]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf> [Fecha de consulta: 6 de Marzo de 2015]

OPS. Organización Panamericana de la Salud, 2013. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual* [pdf]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1>

[Fecha de consulta 10 de julio de 2016]

Otegui, R., 2000. Factores socioculturales del dolor y sufrimiento. En: E. Perdiguero y J.M. Comelles, eds. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra. pp. 227-248.

Parsons, T., 1966 [1959]. *El sistema social*. Madrid: Editorial Alianza.

Roda, E., 2010. *Responsabilidad y moralidad. Aproximación etnográfica a la consulta de salud mental*. Diploma d'Estudis Avançats, DEA. Universitat de Barcelona.

Roigé, X., Estrada, F. y Beltrán, O., 1999. *Tècniques d'investigació en Antropologia social*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.

Romaní, O., 1999. *Las drogas, sueños y razones*. Editorial Ariel S.A., Barcelona.

Rosaldo, R., 1989 [1984]. *Culture and Truth: The Remaking of Social Analysis*. Boston: Beacon.

Ryan, W., 1976. *Blaming the victim*. New York: Random House.

Sahlins, M., 1983. *Economía de la Edad de Piedra*. Madrid: Akal.

Salazar, C., 2006. *Anthropology and sexual morality. A theoretical investigation*. New York: Berghahn Books.

Sánchez, M.J., 2008. El proceso de salud/enfermedad/ atención en el caso de los pacientes con anorexia nerviosa. En: O. Romaní Alfonso, C. Larrea Killinger y J. Fernández Rufete, coords. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. Actas Congreso XI Antropología Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español (FAAEE). Donostia, 10-13 de Septiembre. Disponible en: <<https://faaeantropologia.com/enlaces/xi-antropologia-kongresua-faaee/>> [Fecha de consulta: 13 de Julio de 2016]

Sanday, P.R., 1996. Rape-Prone Versus Rape-Free Campus Cultures. *Violence Against Women*, 2 (2), pp.191-208.

Schütz, A., 1993 [1932]. *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Ediciones Paidós.

Scott, J., 1996. *El género: Una categoría útil para el análisis histórico*. En: M. Lamas, comp. *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, [pdf] México PUEG, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa. pp. 265-302. Disponible en: <<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/scott.pdf>> [Fecha de consulta: 13 de Julio de 2016]

Scheper-Hugues, N., 1997. *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Editorial Ariel.

Throop, C.J., 2010. Latitudes of loss: on the vicissitudes of empathy. *Journal of the American Ethnological Society*, 37, (4), pp. 771-782.

Velasco Maíllo, H., Díaz de Rada, A. y Cruces Villalobos, F., 2006. *La sonrisa de la institución. Confianza y riesgo en sistemas expertos*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Vigarello, G., 1998. *Historia de la violación. Siglos XVI-XX*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Wilkinson, R. y Marmot, M. eds., 2006. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados [pdf]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud Europa. Disponible en: <<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>> [Fecha de consulta: 9 de agosto de 2016]

Wozniak, D. y Neuman, K., 2012. Ritual and Performance in Domestic Violence Healing: From Survivor to Thriver Through Rites of Passage. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36, pp. 80–101.

Yang, L. H., Kleinman, A. Link, B. Phelan, J. C., Lee, S., Good, B., 2007. Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64 (7) pp.1524-1535.

Young, A., 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-285.

Zucker, L. G., 1986. *Production of trust: Institutional sources and economic structure, 1840 to 1920* [pdf] Working Paper Series, 82. Los Angeles: University of California Press. Disponible en: <<http://digitalassets.lib.berkeley.edu/irle/ucb/text/irla0277.pdf>> [Fecha de consulta: 13 de Julio de 2016]

Referencias legislativas

Normativa estatal

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se aprueba el Código Civil.

Código de Derecho Canónico de 25 de enero de 1983.

Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se aprueba el Texto Refundido del Código Penal conforme a la Ley 44/1971 de 15 de noviembre de 1971.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de hombre y mujeres .

Normativa autonómica

Llei 12/1983, del 14 de juliol, d'Administració Institucional de la Sanitat i de l'assistència i els Serveis Socials de Catalunya.

Llei 15/1990, del 9 de juliol, d'Ordenació Sanitària de Catalunya.

Decret 176/2000, de 15 de maig, de modificació del Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials.

Llei 5/2008 del 24 de abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista.

Anexos

Anexo 1

Entrevista en profundidad a las pacientes

- Respecto al hospital
 - ¿Por qué pensaste en acudir a hospital consultando por la agresión?
 - ¿Crees que el hospital es el centro más adecuado para el seguimiento tras una agresión? ¿Por qué?
 - ¿Crees que la agresión sexual es un problema de salud, social...? ¿Por qué?
 - ¿Crees que tienes una enfermedad mental?
 - ¿Qué entiendes por enfermedad mental?
 - ¿Cómo te refieres a la enfermedad mental, qué palabra utilizas?
 - ¿Te gustaría que tu familia/amistades estuvieran presentes en la visita?
- Respecto a la agresión
 - ¿Qué ha supuesto para tí la agresión sexual?
 - ¿Qué significado le atribuyes a la agresión?
 - ¿Crees que se sienten de diferentes manera respecto a antes de la agresión? ¿Qué es identidad?
 - ¿Crees que la sexualidad tiene que ver en cómo te percibes como mujer/persona...?
 - ¿Qué es la sexualidad para ti? ¿cómo has vivido tu sexualidad en tu vida? ¿Y después de agresión?
 - Estigma. ¿por qué crees que otras mujeres no dicen que han sufrido agresión sexual?
- Respecto a la relación profesional-paciente
 - ¿Qué es la confianza para ti?

- ¿Confías en tus profesionales?
- ¿Qué piensas de la confianza entre personal sanitario y paciente y su familia? ¿Juega algún papel en dicha relación?
- ¿Crees que la relación que tienes con tu psiquiatra/psicóloga es similar a otro profesional que hayas tenido con anterioridad?
- ¿Crees que te relacionas de diferente manera a la psiquiatra/psicóloga que con otras profesionales que hayas tenido con anterioridad?
- ¿Cómo definirías la relación con las profesionales?
- ¿Crees que las personas de tu entorno pueden entender cómo te sientes?
¿Y las profesionales?
- ¿Has dicho “no” a un tratamiento propuesto, o alguna otra cosa?
- ¿Opinas sobre la terapia a seguir?
- ¿Te dejas llevar por las profesionales o cuestionas lo propuesto?
- ¿Crees que negocias alguna cosa con tu psiquiatra y/o resto del personal?
- ¿Qué negocias?
- ¿Por qué negocias? ¿Qué pretendes conseguir con tu negociación?
- ¿En qué momento se establece una negociación?
- ¿Crees que las profesionales te aportan algo, sea a nivel material o emocional? ¿Qué le aportas tú?

Anexo 2

Entrevista en profundidad a las profesionales

- Respecto al hospital
 - ¿Crees que el hospital es el centro más adecuado para visitarse después de una agresión sexual? ¿Por qué?
 - ¿Crees que es un problema de salud, social...? ¿Por qué?
 - ¿Qué entiendes por enfermedad mental?
 - ¿Cómo te refieres a la enfermedad mental, qué palabra utilizas?
 - ¿Visitas a las pacientes a solas o con familiares presentes? ¿Por qué?
 - ¿Cuándo implicas a familiares?
 - ¿Crees que se medicaliza la agresión sexual?

- Respecto a la agresión
 - ¿Qué crees que supone para una mujer una agresión sexual?
 - ¿Qué significado le atribuyes a una agresión sexual?
 - ¿Crees que se sienten de diferentes manera respecto a antes de la agresión? ¿Qué es identidad?
 - ¿Crees que te identificas de alguna manera con la mujer, la agresión, con su proceso, la situación...?
 - ¿Crees que la sexualidad tiene que ver en cómo se percibe una mujer/persona...?
 - ¿Qué es la sexualidad para ti?
 - ¿Por qué crees que algunas mujeres no dicen que han sufrido agresión sexual?

- Respecto a la relación profesional-paciente
 - ¿Qué piensas de la confianza en la relación profesional-paciente?

- ¿Qué es confianza?
- ¿Juega algún papel en dicha relación?
- ¿Cómo describirías la relación que mantienes con las pacientes?
- ¿Qué elementos crees que constituyen la relación?
- Has dicho “he abrazado a estas mujeres”. ¿Por qué lo has hecho?
- ¿Crees que las personas del entorno de la mujer agredida pueden entender cómo se sienten?
- ¿Crees que negocias alguna cosa con tus pacientes?
- ¿Qué se negocia?
- ¿Por qué negocias? ¿Qué pretendes conseguir con tu negociación?
- ¿En qué momento se establece una negociación?
- Límite de la negociación
- ¿Crees que el paciente te aporta algo, sea a nivel material o emocional?
- ¿Qué le aportas tú?
- ¿Qué crees que supone para una mujer una agresión sexual?
- ¿Qué significado le atribuyes a una agresión sexual?
- ¿Crees que se sienten de diferentes manera respecto a antes de la agresión? ¿Qué es identidad?
- ¿Crees que te identificas de alguna manera con la mujer, la agresión, con su proceso, la situación...?
- ¿Crees que la sexualidad tiene que ver en cómo se percibe una mujer/persona...?
- ¿Qué es la sexualidad para ti?
- ¿Por qué crees que algunas mujeres no dicen que han sufrido agresión sexual?

Anexo 3

Consentimiento de las informantes

Trabajo de tesis: Ester Roda

Título del trabajo: Mujeres con vidas rotas. Lo que la agresión sexual esconde.
Etnografía en una consulta de salud mental en Barcelona.

Queremos estudiar el tipo de relación que se establece entre el equipo asistencial y las pacientes que se están visitando en el Programa AGRESX-TEPT así como las nociones que rodean a la vivencia de la agresión sexual.

Para ello es necesario realizar entrevistas de forma individual a las mujeres que acuden a la consulta y a las profesionales que las atienden. La información es absolutamente confidencial.

Por este motivo, os solicitamos vuestra colaboración.