

Hombres sanitarios implicados en las estrategias contra la violencia de género

Procesos facilitadores de su compromiso

- 2009 -

Ministerio de Sanidad y Política Social

El Ministerio de Sanidad y Política Social no se responsabiliza necesariamente de las opiniones expresadas en este estudio, siendo éstas, exclusiva responsabilidad de la autoría del mismo.

Informe elaborado para el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) del
Ministerio de Sanidad y Política Social por:

eSeCé
servicios integrales

Coordinadora del Informe: Susana Covas
Investigador: Javier Maravall
Colaboradora: Carla Bonino
Asesor: Luis Bonino

ÍNDICE

Sumario ejecutivo / Executive summary.....	7
1. Introducción.....	13
2. Objetivos.....	17
3. Marco Referencial.....	19
4. Metodología.....	23

ANÁLISIS Y RESULTADOS

5. Sanitarios implicados: variables que promovieron su sensibilización.....	27
5.1. Modelo educativo familiar pro-igualitario y/o alternativo	
5.2. Situaciones de sufrimiento y/ o maltrato de mujeres cercanas	
5.3. Experiencias de formación alternativas y/o militancia social previa	
5.4. Temor a la discriminación de género en las propias hijas	
6. Sanitarios en formación: motivaciones, dificultades y valoración de los cursos.....	33
6.1. De la sensibilización a la formación: la influencia de las mujeres	
6.2. Perfil y actitudes de los sanitarios que se implican en los procesos formativos.	
6.3. Motivaciones de los sanitarios para continuar su formación:	
6.3.1. Un campo poco transitado por los varones y con posibilidades de expansión profesional.	
6.3.2. La posibilidad de mejorar las actitudes en su pareja.	
6.4. El proceso formativo, reflexiones y valoraciones	
6.4.1. Valoración positiva de los recursos de intervención de aplicación práctica.	
6.4.2. Valoración positiva de la información estadística y del efecto de material impactante.	
6.5. Resistencias y dificultades en el aula	
6.5.1. El enfoque de género resulta poco científico e imparcial.	
6.5.2. Cuesta aceptar las actitudes machistas propias.	
6.5.3. Cuestionamiento del origen de la violencia de género.	
6.5.4. Relación con I@s compañer@s de aula: experiencias y dificultades.	
6.5.5. Las resistencias no sólo son masculinas.	
6.5.6. ¿Qué hacer con los maltratadores?	

7. Desempeño de la práctica profesional: grado de implicación y dificultades.....	61
7.1. Logros obtenidos en su práctica profesional después de los cursos:	
7.1.1. Ahora sí saben detectar.	
7.1.2. Detectan diferentes perfiles y necesidades de las mujeres .	
7.2. Dificultades en la práctica profesional:	
7.2.1. Parte de lesiones e implicación en el proceso judicial.	
7.2.2. Los tiempos en consulta.	
7.2.3. Temor por su integridad física.	
8. Resistencias de la mayoría de los sanitarios a la implicación.....	75
8.1. La violencia de género: asunto secundario y no prestigioso.	
8.2. Es un tema de mujeres, sesgado por la carga feminista y la agenda política de turno.	
8.3. La violencia de género no es competencia de la sanidad, sólo sus efectos físicos	
8.4. Cuestionamiento de las causas, falta de credibilidad	
8.5. Escasez de tiempo.	
8.6. Toca en lo personal al varón.	
8.7. El tema no es de su competencia: depende de inquietudes individuales	
8.8. Dificultades con los procesos legales.	
9. Desde la percepción de los sanitarios que se implican ¿cómo lograr interesar a otros?.....	91
9.1. Enfocar el problema como una cuestión de salud, dentro de la perspectiva biomédica y epidemiológica	
9.2. Incidir en los casos prácticos y facilitar un mayor margen en los tiempos de consulta.	
9.3. “Desentenderse de la violencia de género = mala praxis profesional”.	
9.4. Fomentar la participación de docentes varones en los cursos	
9.5. Segregar por sexo en los cursos en una primera fase.	
9.6. Análisis de contenidos de los cursos de formación.	
9.7. Consideraciones sobre cambios estructurales:	
9.7.1. Fomentar la formación en género en el ámbito educativo de pre-grado.	
9.7.2. Comentarios adicionales sobre las campañas publicitarias.	
10. Conclusiones.....	107
11. Bibliografía.....	123
Anexo.....	127

Sumario ejecutivo

Los numerosos y recientes documentos internacionales y nacionales que existen en relación a las recomendaciones para combatir la violencia de género, destacan el papel que el personal sanitario puede y debe cumplir tanto en su prevención y en su detección precoz, como en el tratamiento de sus efectos en las mujeres. Subrayan la necesidad de implicar, sensibilizar y ofrecer formación con enfoque de género a est@s profesionales, en un tema que en general conocen insuficientemente.

No se trata de una tarea sencilla, porque si bien ya hace años que la violencia contra las mujeres ha sido definida internacionalmente como un tema de Salud Pública y relacionada con los condicionantes de género, su inclusión en el ámbito sanitario no tiene un fácil encaje dentro del modelo biomédico, asistencialista, jerarquizador de lo cuantitativo e individualista, en que sanitarios y sanitarias han sido formad@s.

En España, el seguimiento de las acciones formativas ha permitido comprobar que todavía son poc@s l@s profesionales que se implican y que entre quienes lo hacen -a pesar de las dificultades mencionadas-, la mayoría son mujeres. Informes recientes de organismos internacionales, corroboran este dato y se plantean como uno de los retos para mejorar la prevención, detección y atención a las mujeres maltratadas, buscar vías para lograr una mayor implicación de profesionales masculinos en todas las fases de intervención.

En este sentido, el presente informe tiene como objetivo aportar elementos de análisis, que puedan orientar la acciones destinadas a implicar a mayor número de hombres sanitarios, fundamentalmente para que redunde en beneficio de todas esas mujeres que siendo víctimas de la violencia de género, acuden a sus consultas.

Para ello se ha tomado como punto de referencia, las experiencias de los pocos sanitarios que al día de hoy sí se han implicado y se han formado. Partiendo de sus propias percepciones y vivencias, se ha intentado detectar factores personales y profesionales que pudieran ser relevantes a la hora de diseñar estrategias de intervención para implicar a otros, así como analizar a través de ellos las variables que podrían subyacer al hecho de que el resto se resista.

La propuesta está en concordancia con recientes iniciativas internacionales, que impulsan el análisis de los comportamientos de los hombres con sensibilidad igualitaria y antiviolencia de género.

Los resultados de este informe, surgen de una investigación cualitativa basada en 15 entrevistas a hombres sanitarios implicados en las intervenciones contra la violencia de género, seleccionados entre ex alumnos, docentes y planificadores de los cursos de formación específica y que continúan trabajando de un modo u otro en este campo. Se pretendió con esta muestra, obtener una visión poliédrica que permitiera un amplio análisis de todo el proceso y avatares de su

implicación, sus comienzos, la formación y su posterior práctica clínica. También se entrevistaron a sanitarias responsables de la planificación de los cursos de formación, para conocer sus opiniones, acerca de la escasa participación de los varones.

A través de los diferentes capítulos se analizan las variables que intervinieron en la sensibilización de los entrevistados, la valoración de los cursos de formación a los que asistieron, el grado de implicación y las dificultades en la práctica clínica, y además, según sus criterios, cuáles son las resistencias de la mayoría y cómo lograr interesarlos. La profusión de citas que presenta el informe, permite visibilizar con claridad y desde sus propias palabras, las razones con que explican su visión del problema.

Los testimonios recogidos muestran que los hombres que llegan a implicarse y a formarse profesionalmente contra la violencia de género, son los que han desarrollado previamente, gran parte del proceso de sensibilización a través de sus propias historias de vida. La influencia de las mujeres cercanas ha sido determinante. En todos los casos han sido ellas las catalizadoras de ese proceso y a pesar de que para ellos haber llegado a la formación y más tarde a la implicación en la práctica clínica, responde a una suma de casualidades, también han sido en su mayoría mujeres sanitarias las que han detectado su predisposición y permeabilidad a este tema y los han impulsado y promovido.

Según las informaciones que aportan los entrevistados, se ha podido comprobar que entre quienes se implican y quienes no, podrían no existir diferencias estructurales, sino distintos niveles de concienciación y compromiso. Dentro de la dinámica de un proceso que va de menor a mayor, se posicionan desde una máxima adhesión a los modelos biomédicos y a un concepto tradicional de la masculinidad por el que se naturalizan las desigualdades, hacia la incorporación de un modelo biopsicosocial con perspectiva de género. En este sentido, ellos mismos han expuesto sus propias resistencias iniciales y los obstáculos que han tenido que vencer, considerando que son totalmente extrapolables al resto del personal sanitario masculino.

Todos valoran los cursos de formación sobre violencia de género como el recurso clave y más adecuado para convocar, concienciar, formar e implicar al personal sanitario y en función de sus experiencias como alumnos, han brindado aportaciones orientadas a aumentar la presencia masculina en esos espacios. Señalan en este sentido, que para reducir las resistencias masculinas sería mejor comenzar la formación desde un enfoque biomédico y epidemiológico, para luego y progresivamente incorporar la perspectiva de género y el modelo biopsicosocial. Incidir en los casos prácticos y jerarquizar la detección incluso en los que no se impliquen más allá; definir como mala praxis el desentenderse de la violencia de género en la práctica profesional; incentivar la participación de profesorado masculino; no descuidar la información sobre los maltratadores, analizar la validez de la obligatoriedad formativa y promover grupos de hombres sanitarios, tanto antes como después de la formación específica.

Desde la coordinación técnica, el informe finaliza subrayando la necesidad de tener en cuenta, que la implicación de los sanitarios en las estrategias contra la

violencia machista se muestra como un proceso, que como tal tiene diferentes etapas –información, sensibilización, toma de conciencia, formación y gestión del cambio en la práctica clínica-, y que es importante reflexionar acerca de la viabilidad del actual diseño formativo para abarcarlas en su conjunto. En ese sentido y con el fin de optimizar los recursos que faciliten la implicación de los sanitarios, sin convertir en titánica la labor de l@s formadoras/es, se recomienda entre otros aspectos, profundizar sobre algunas cuestiones que surgieron durante la investigación: la necesidad de recursos específicos para sensibilizar a los hombres, la segmentación del personal sanitario según la etapa del proceso en el que se encuentren, la eventual segregación por sexos de alumn@s y profesorado en la fase de sensibilización, la formación específica de formadores/as que se hagan cargo y el análisis y revisión de todas las sugerencias y propuestas que han formulado los entrevistados.

Executive summary

The many recent international and national documents containing recommendations for combating gender-based violence highlight the role which health workers can and must fulfill with regard to prevention and early detection, as well as treatment for the effects of this violence on women. They underline the need to engage and raise awareness among these professionals, offering them training which focuses on gender, a subject which they generally have inadequate knowledge of.

This is no simple task. While for years violence against women has been defined internationally as a public health issue and linked to gender-related determining factors, its inclusion in the health care environment is not an easy fit with the biomedical, short-term, quantitative and individual hierarchical model in which health workers have been trained.

In Spain, by monitoring training activities, it has been possible to verify that there are still few professionals who engage with this issue and that among those who do – despite the difficulties mentioned, the majority are women. Recent reports from international organizations corroborate this data and suggest that one of the challenges of improving the prevention, detection and care of battered women is to seek methods of achieving greater involvement on the part of male professionals at all stages of intervention.

In this regard, the purpose of the present report is to provide elements for analysis which can guide actions aimed at engaging a larger number of male health workers. The primary goal is to benefit all those women who visit their offices as victims of gender-based violence.

In order to do so, the experiences of the few health workers who have already become engaged and obtained training have been taken as a point of reference. Based on their own perceptions and experiences, the study seeks to detect personal and professional factors which may be relevant when designing

intervention strategies to engage everyone, as well as using these to analyze the variables which may lie behind the fact that others show themselves to be resistant.

The proposal is consistent with recent international initiatives, which promote analysis of the behavior of men with an egalitarian and anti-gender-based violence sensibility.

The results of this report derive from qualitative research based on 15 interviews with male health workers involved in intervention against gender-based violence, selected from among former students, teachers and planners of specific training courses who continue working in this field in one form or another. From this sample, the aim is to obtain a multi-faceted view which will make it possible to broadly analyze the entire process and the vicissitudes of their engagement, early stages, training and later clinical practice. Interviews were also conducted with health workers responsible for planning training courses in order to obtain their opinions about the limited participation of males.

The different chapters provide an analysis of the variables which affect the extent of awareness among the interviewees, their assessment of the training courses they attended, the level of involvement and difficulties in clinical practice, as well as their opinions as to what causes the majority to resist and how to interest them. The profusion of quotes contained in the report makes it possible to gain a clear view in their own words of the reasons they use to explain their opinion of the problem.

The statements collected demonstrate that the men who become engaged and obtain professional training against gender-based violence are those whose previous life experience has already led them through a large portion of the awareness raising process. The influence of women close to them is a determining factor. In every case, these women were the catalysts for this process. Despite the fact that these men have reached the training stage and later involvement in the clinical practice as a result of a number of coincidences, for the majority, it was also female health workers who detected their predisposition and openness towards this issue and drove or stimulated them.

Based on the information provided by the interviewees, it has been possible to verify that there may not be structural differences between those who become engaged and those who do not, but rather different levels of awareness and commitment. Within the dynamics of a process which runs from lesser to greater, they take a position ranging from the utmost support for biomedical models and a traditional concept of masculinity which make inequalities a natural thing, to incorporation into a biopsychosocial model with a gender perspective. In this regard, they themselves have expressed their own initial resistance and the obstacles they have had to overcome, believing that these are entirely extrapolatable to the rest of male health workers.

They all consider training courses on gender-based violence to be a key resource, the most suitable for bringing together, raising awareness among, training and engaging health workers. Based on their experiences as students,

they have contributed suggestions aimed at increasing the presence of males in these spaces. In this regard, they indicate that in order to reduce male resistance, it would be better to begin the training with a biomedical and epidemiological approach, later progressively incorporating the gender perspective and the biopsychosocial model. Emphasizing practical cases and structuring detection in a hierarchical manner even for those who do not become further engaged; defining a lack of interest in gender-based violence in the professional practice as poor praxis; incentivizing the participation of male professionals; not neglecting information about abusers; analyzing the validity of mandatory training and promoting groups of male health workers, both before and after the specific training.

As regards technical coordination, the report concludes by underlining the need to take into account that the engagement of health workers with strategies to combat male chauvinistic violence takes the form of a process, which as such has different stages – information, awareness, consciousness raising, training and management of a change in clinical practice – and that it is important to reflect on the viability of the current training design to encompass these as a whole. In this regard, with the aim of optimizing the resources which promote the engagement of health workers without making the job of trainers a titanic undertaking, among other things, it is recommended that some issues which arose during the research be explored in greater depth: the need for specific resources to raise awareness among men, dividing health workers according to what stage of the process they are at, the temporary separation of students and instructors by sex at the awareness raising stage, specific training for the trainers who are responsible and analysis and review of all the suggestions and proposals made by the interviewees.

1. Introducción

Todos los documentos nacionales e internacionales que actualmente subrayan la necesidad de desarrollar acciones para erradicar la violencia contra las mujeres, por un lado encuadran el problema como un tema de Salud Pública y Derechos Humanos. Por otro lado, destacan el papel que especialmente el personal sanitario puede y debe cumplir tanto en la prevención y en la detección precoz, como en el tratamiento de sus efectos en las mujeres. Destacan también la necesidad de sensibilizar y ofrecer formación con enfoque de género a est@s profesionales, en un tema que en general conocen insuficientemente, dotándol@s además, de las habilidades necesarias para una correcta intervención. (DAW-ONU, 2008; Menengage,2009)

En nuestro país, esas recomendaciones comenzaron a ponerse en práctica hace ya varios años y en 2004 toman forma dentro del articulado de la Ley Orgánica 1/2004. El SNS asumió desde esa fecha la tarea de desarrollarlas, otorgando un lugar especial a los programas y acciones puestos en marcha por los servicios de salud, en colaboración con las correspondientes consejerías. El objetivo conjunto es el de promover la sensibilización de sus profesionales y ofrecerles formación específica en el tema, apuntando especialmente a la detección precoz. La importancia de la formación desde la perspectiva de género, ha sido desde entonces subrayada en numerosos documentos, tales como los informes sobre Violencia de Género del Ministerio de Sanidad y Política Social (2005-2007), los criterios para la formación de profesionales publicados por el Consejo Interterritorial del SNS (2006), o el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la violencia de género y el Plan estratégico de Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Igualdad (2009).

En la actualidad, la implicación del personal sanitario en la prevención de la violencia de género, comprendiendo y abordando no sólo sus efectos sino también sus causas, continúa siendo una tarea complicada. Al igual que la población general, much@s de l@s profesionales aún desconocen, minimizan o naturalizan el problema, perciben pocos de sus efectos y lo detectan sólo en sus facetas más graves, entendiéndolo como un problema de mujeres. Si bien ya hace años que la violencia contra las mujeres ha sido definido internacionalmente como un tema de Salud Pública, esta inclusión en el ámbito sanitario no tiene un fácil encaje dentro del modelo biomédico, asistencialista e individualista en que sanitarios y sanitarias han sido formad@s. Este modelo tampoco favorece la inclusión de la perspectiva de género, que con su énfasis en lo psicosocial, lo cualitativo y el trabajo sobre los roles e identidades de

género, se percibe como fuera de las competencias profesionales. (Seoane y ot., Velazco, 2009)

En España, el seguimiento de las acciones formativas ha permitido comprobar que todavía son pocas las profesionales que se implican y que entre quienes lo hacen -a pesar de las dificultades mencionadas-, la mayoría son mujeres. Informes recientes de organismos internacionales, corroboran este dato y se plantean como uno de los retos para mejorar la prevención, detección y atención a las mujeres maltratadas, lograr mayor implicación de profesionales masculinos en las acciones de formación (DAW-ONU, 2008).

No hay que olvidar que los sanitarios no formados también atienden cotidianamente a mujeres que sufren malos tratos y que al no estar adecuadamente preparados para intervenir como corresponde, se pueden convertir en otro perjuicio más para ellas.

La preocupación por implicar a los hombres en la lucha contra la violencia de género, es una inquietud notoria en todas las recomendaciones internacionales sobre esta problemática y derivado de ello, la necesidad de encontrar vías para lograrlo. Según numerosos estudios, a la mayoría de los hombres en general, les resulta un tema ajeno, tanto porque lo perciben como un problema de las mujeres, que atañe sólo a lo físico, como porque están convencidos de que quienes maltratan son "otros", seres enfermos, anormales, con quienes no encuentran ningún punto de identificación. Sin embargo algunos -todavía una pequeña minoría-, sí se involucran y de un modo u otro se posicionan contra la violencia en sus ámbitos personales y profesionales (Amorín y ot, 2008; Bonino, 2008; Esecé, 2008). Esta situación que atañe a la sociedad en general, también se reproduce en el ámbito sanitario.

El presente informe pretende sumarse al esfuerzo de encontrar vías para implicar a mayor número de hombres, -en este caso sanitarios-, en su tarea específica que como tales les cabe en la prevención, detección y asistencia de la violencia machista, profundizando sobre las causas y problemáticas que les dificultan o impiden hacerlo.

Con ese motivo, se ha dirigido la mirada hacia los pocos profesionales que van asumiendo la responsabilidad que les corresponde, para analizar a través de ellos las variables que podrían subyacer al hecho de que el resto se siga resistiendo. Esta propuesta está en concordancia con recientes iniciativas e investigaciones, que impulsan el análisis de los comportamientos de los hombres con sensibilidad igualitaria y antiviolencia de género (Unescap, 2003; Covas, 2009; Menengage, 2009;) Esto se debe a que, en un campo que ha sido hasta hoy muy poco explorado, se demuestra de enorme utilidad, descubrir en sus

experiencias biográficas y situacionales, factores facilitadores que puedan ser transferibles y extrapolables a otros. En la bibliografía internacional estos estudios en el área de lo sanitario son casi inexistentes (Herrera y Agoff,2006; Amorín,Güida y ot, 2008)

A través de las voces de los que sí se implican y con el fin de detectar variables extrapolables, este informe pretende encontrar algunas respuestas a muchos interrogantes. Entre ellos:

¿Cómo y porqué se acercaron a la problemática de la violencia de género?

¿Qué factores personales e institucionales lo facilitaron?

¿Cómo ha sido el proceso que va desde la sensibilización a la implicación como sanitarios, tanto en la formación como en su práctica profesional?

¿Cómo influye el ser hombre en el proceso de comprometerse o de resistirse a hacerlo?

¿Qué implicaciones tiene que quienes ejercen maltrato sean personas de su mismo sexo?

¿Cómo influye el modelo biomédico en las resistencias de l@s profesionales en general?

¿Qué rechazos y apoyos han tenido por parte de sus entornos profesionales?

¿Tienen los suficientes apoyos institucionales para llevar a buen puerto su desempeño profesional?

Desde sus experiencias ¿cuáles son los caminos para implicar a otros sanitarios?

Durante la investigación, ha ido cobrando gran importancia la experiencia formativa que transmitían los entrevistados desde su punto de vista, en relación a los contenidos y a la metodología. Los comentarios se orientan hacia los elementos que les han resultado valiosos e imprescindibles y aquéllos para lo que proponen una revisión. Sus intenciones han sido tratar de ofrecer aportes, que enriquezcan aún más las estrategias para lograr una mayor convocatoria masculina en los espacios de formación, así como posibles vías de mejorar las que ya existen:

¿Cuáles son las estrategias más adecuadas para sensibilizar y comprometer a los varones? ¿Qué mensajes suelen calar más en los hombres? ¿Es suficiente la duración de los cursos para lograr la necesaria introspección sobre sus propias actitudes y percepciones?

¿Hasta dónde tiene que llegar el compromiso docente en esta compleja tarea? ¿Es adecuado crear espacios mixtos formativos; es posible la segregación por sexos; qué dificultades pueden generar uno u otro? ¿La formación específica debería ser obligatoria. Eso es viable?

El informe que presentamos a continuación, pretende contribuir a la ardua tarea de implicar a mayor número de hombres sanitarios, fundamentalmente para que redunde en beneficio de todas esas mujeres que, siendo víctimas de malos tratos, acuden a sus consultas.

2. Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo general, promover una mayor formación e implicación del personal sanitario masculino, en las estrategias de intervención contra la violencia de género, en beneficio de las mujeres que la sufren.

Para ello se buscó analizar la experiencia de los hombres sanitarios que han llegado a interesarse profesionalmente contra la violencia machista, intentando detectar factores personales y profesionales que puedan ser transferibles a otros.

Objetivos específicos

1. Reflexionar sobre cómo se ha configurado el proceso de sensibilización desde sus propias experiencias de vida, indagando los factores que pudieron influir en su compromiso profesional posterior.
2. Indagar sobre los mensajes que han logrado captar su interés para la convocatoria, que las diversas instituciones ofrecieron sobre los cursos de formación específica. Se propone reflexionar así sobre los que pueden calar mayormente en la población sanitaria masculina y qué otros, por el contrario, pueden ser disuasorios.
3. Abordar las dificultades, resistencias y contradicciones que vivieron durante su capacitación profesional, con respecto a los contenidos curriculares y a la interrelación con el alumnado y personal docente, con vistas a reflejar qué de todo ello influyó en su práctica profesional posterior. Asimismo, conocer los aspectos de la formación que valoran positivamente y que les han facilitado un mayor compromiso profesional y una mejor calidad en las intervenciones con las mujeres. Y además, qué otros por el contrario, perciben como negativos.
4. Analizar desde su punto de vista qué resistencias a nivel personal o institucional -con las que pudieran identificarse en sus primeras etapas de formación-, existen en la actualidad para que otros profesionales sanitarios no se impliquen ni se formen.
5. Recabar información sobre las propuestas que ellos mismos plantean, de cómo vencer resistencias para facilitar la convocatoria a la formación y la mayor implicación de los varones sanitarios

3. Marco Referencial

Perspectiva de género

Este informe se sustenta en términos generales, en cuatro aspectos importantes de los tantos que aporta la teoría y práctica feminista:

1- La perspectiva de género, entendida no como una metodología ni como una variable más, sino como un enfoque que vertebra cualquier investigación y desde el que se analizan todas las variables asociadas.

2- El enfoque de género permite desarticular las verdaderas implicaciones que conlleva la invisibilización de la desigualdad, cuestionando y promoviendo la transformación de las identidades asignadas en razón de sexo, profundamente arraigadas y naturalizadas en todos los ámbitos sociales.

3- El término igualdad se refiere, más allá de la igualdad de trato, derechos y oportunidades, a la equivalencia existencial que permita que tanto mujeres como hombres, gocen de la misma jerarquía como personas, con la correspondiente legitimación individual y social. Respetando las diferencias de sexo, de lo que se trata es de eliminar las desigualdades que basándose en esas diferencias, han atribuido a los hombres un lugar dominante en las relaciones de poder.

4- En términos de equivalencia existencial, se entiende que lo tradicionalmente masculino no debe ser la única referencia socialmente jerarquizada y que es necesario que los hombres aprendan nuevos códigos de vida, reconociendo y legitimando los que aportan las mujeres.

En el caso concreto de investigaciones que como ésta, van dirigidas a sondear la vida de los hombres, este marco referencial nos permite no desvirtuar el objetivo preciso de analizar sus comportamientos en tanto seres que ocupan un lugar dominante en las relaciones de poder entre los sexos

Género, violencia contra las mujeres y salud

En cuanto a la especificidad de este informe, consideramos importante aclarar los siguientes conceptos desde la perspectiva que los hemos abordado:

1- *Violencia de género*: entendemos este tipo de violencia que los hombres ejercen contra las mujeres, por el hecho de serlo, en el

contexto de la construcción social de las relaciones desiguales entre hombres y mujeres.

- 2- *Enfoque biopsicosocial*: este informe se basa en el enfoque biopsicosocial con perspectiva de género, que incluye el concepto de salud integral y que considera a la violencia de género como un tema que compete a la Sanidad Pública. Esto colisiona con el enfoque biomédico, hegemónico aún en las prácticas del sistema sanitario, que no sólo excluye el tema de sus competencias, sino que no permite una verdadera comprensión del problema y conlleva una disociación entre género y salud (Velazco,2009).
- 3- *Salud integral*: el concepto de salud integral tiene en cuenta los factores personales, sociales, familiares, la salud familiar, lo vincular, incorporando lo psíquico y lo social además de lo biológico. Desde esta perspectiva, el malestar, la enfermedad y la pérdida de salud se relacionan estrechamente con las condiciones de vida, determinadas por variables entre las que cobran vital importancia los roles y las identidades de género.

Salud, género y masculinidad

Consideramos importante tener en cuenta que el personal sanitario está compuesto por personas, como todas, atravesadas por los condicionamientos de género. La comprensión de la violencia contra las mujeres como de violencia de género y la repercusión directa que conlleva sobre la salud de las mujeres, supone que, para comprometerse profesionalmente en su erradicación es necesaria una (auto)revisión de las identidades asignadas socialmente. Y ello es extensivo tanto a hombres como a mujeres. Si a muchas profesionales sanitarias esto les genera ciertas resistencias por verse reflejadas en condicionamientos de los que creían estar exentas o que estaban superados, en el caso de los hombres sanitarios las resistencias pueden ser aún mayores, porque revisar el concepto machista de masculinidad tradicional, implica en muchos de ellos un rechazo frontal a sentirse ni mínimamente identificados con lo que eso supone (Seoane y ot,2004) .

Por otro lado, la gran afinidad ideológica que existe entre el modelo hegemónico de masculinidad y el modelo biomédico, es probable que dificulte doblemente la sensibilización de los hombres sanitarios, ya que tienen que revisar y cuestionar ambos modelos.

Voces masculinas

Creemos que atender y escuchar las voces masculinas, puede resultar un cambio cualitativo en los estudios de género. A través de sus propias

palabras se puede conocer con mayor precisión, lo que los hombres - en este caso profesionales sanitarios- piensan y sienten, el porqué de sus resistencias y su verdadero nivel de concienciación en la materia.

Para ello consideramos imprescindible la creación de espacios de reflexión, que desde la perspectiva de género estén coordinados por otros profesionales especializados. Este es el criterio que se ha seguido en el diseño y desarrollo de las entrevistas realizadas para este estudio, lo que permite que los entrevistados aumenten el nivel de empatía y se produzca un efecto identificador que facilita la comunicación.

4. Metodología

El diseño cualitativo

Esta investigación se enmarca dentro de la metodología cualitativa combinando las fuentes orales (entrevistas en audio, individuales y grupales) con las fuentes escritas (trabajos de investigación de reciente actualidad).

Para cumplir con nuestros objetivos, encontramos en la metodología cualitativa un recurso sumamente valioso por varias razones. En primer lugar, porque se caracteriza por su modo flexible y desestructurado de captar la información; en segundo lugar, porque posibilita obtener información desde la propia perspectiva del sujeto de estudio y así comprender las prácticas, experiencias y el sentido que las personas le conceden en sus propias vidas y en tercer lugar, porque permite la adaptación de los diferentes métodos de investigación a los nuevos datos que van surgiendo en el transcurso del estudio.

Transmitir al público lector algunas conclusiones acerca del discurso que los hombres entrevistados, no ha sido el único propósito de este estudio. Se ha procurado también visibilizar dicho discurso en su materialidad, citando profusa y ampliamente párrafos de los relatos masculinos, y así mostrarlo desde una perspectiva más precisa y cercana.

No es frecuente que los hombres hablen de sí, por lo que pensamos que cuando lo hacen, es responsabilidad del equipo investigador procurar que quienes lean los resultados del estudio, aprovechen también la oportunidad de conocer lo que dicen de propia voz. Y al hacerlo, hacer también más visibles los modos, las palabras y las frases con que explican, justifican o naturalizan su propia posición.

Muestreo

En la investigación cualitativa la selección de las personas informantes se realiza siguiendo el procedimiento de representación estructural, no estadístico.

En este tipo de muestreo las personas son seleccionadas de forma deliberada para ofrecer una variedad de opiniones con relación al tema. Se trata de elegir a personas representativas que puedan ofrecer información relevante.

Uno de los aspectos que condiciona el número de personas seleccionadas es la saturación, definida por Glaser y Strauss como el momento de la investigación, a partir del cual no se encuentra información adicional en relación al tema de investigación entre la muestra seleccionada. Es decir, que aunque realizáramos más entrevistas no añadirían más información relevante a lo ya obtenido. El muestreo cualitativo no pretende en ningún momento la representación estadística, sino la representación tipológica o socio-estructural, correspondiente a los objetivos de esta investigación.

La selección de la muestra no suele estar definida completamente antes de iniciar la investigación, ya que en función de los contactos que se van realizando y la información a la que se va teniendo acceso, se pueden definir mejor algunas características de las personas informantes o incorporar otras no previstas en la fase inicial. Así, a lo largo de esta investigación, se han realizado un total de quince entrevistas individuales de una duración aproximada de dos horas cada una, más dos entrevistas grupales de la misma duración.

Lo que se pretendía en cada caso era crear un espacio distendido de reflexión, en el que los entrevistados pudieran poco a poco trascender el discurso razonado, para poder así manifestar con mayor espontaneidad lo que constituyen sus verdaderos pensamientos, sensaciones y emociones en relación a la materia. Con ese objetivo, las entrevistas se han estructurado en base a un guión previamente diseñado de acuerdo a los objetivos anteriormente definidos.

En su totalidad, estos encuentros han sido grabados (formato digital), con el permiso expreso de los entrevistados, a quienes se les garantizó el anonimato. Durante el transcurso, el entrevistador registró además, notas e información *in situ*, lo que ha permitido una elaboración posterior más ajustada del análisis.

Una vez definidos los criterios de selección de candidatos, se utilizó la técnica denominada *Bola de Nieve*: se localizan candidatos conocidos que se ajusten a los criterios determinados, a través de los cuales se contacta con otros individuos del mismo perfil. El objetivo de las entrevistas ha sido la recopilación de la información requerida, dentro de un espacio que facilitara la reflexión personal de cada entrevistado.

Las múltiples preguntas diseñadas por el equipo de investigación, atendían a los perfiles definidos previamente, aunque el espacio de reflexión generado en las entrevistas permitió que muchas de ellas, obraran como simples disparadores o desencadenantes de los distintos aspectos a tratar, por lo que en algunos casos no ha sido necesario formularlas en su totalidad.

Selección muestral

Tras el análisis de la documentación y dado que el interés del estudio, era entrevistar a profesionales varones implicados en las acciones sanitarias contra la violencia de género, consideramos pertinente adoptar el siguiente criterio: los entrevistados debían ser seleccionados entre aquéllos que hubieran realizado formación específica en este campo, y que continuaran trabajando de un modo u otro en él. Este perfil permitiría poder analizar adecuadamente todo el proceso y avatares de su implicación: sus comienzos, la formación, los efectos de dicha formación y su quehacer actual.

Teniendo en cuenta que quienes acceden más fácilmente a la formación, son sanitarios que realizan su actividad en Atención Primaria, Urgencias o Salud Mental, se seleccionaron médicos, psicólogos, ATS y matronos de esas áreas. De ellos, la mayoría está actualmente realizando tareas asistenciales -algunos con responsabilidad docente en los mismos cursos en los que se formaron-, y otros en áreas de gestión ejecutiva o formativa.

Se consideró también importante, realizar algunas entrevistas a sanitarias relacionadas con la planificación de la formación específica, para conocer sus opiniones -desde su doble rol de planificadoras y mujeres sensibles a las cuestiones de género-, acerca de la implicación de los sanitarios varones.

Se pretendió con esta selección muestral que aglutina a ex alumnos, docentes, planificadores y planificadoras de los cursos de formación específica, obtener una visión poliédrica que permitiera ampliar al máximo la comprensión de los motivos y modos de implicación de los sanitarios, objeto de la investigación.

Para realizar esta selección, el equipo investigador se ha servido de la información facilitada por profesionales de algunas de las instituciones que cuentan con la mayor experiencia en formación a personal sanitario en el ámbito de la violencia de género: la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud pública y la agencia Lain Entralgo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En una primera fase, un total de 30 personas fueron localizadas e invitadas a participar en la investigación, de las cuales finalmente se entrevistaron a 15 sanitarios que habían recibido formación entre 2003 y 2008 y 4 Planificadoras de formación (FP en las citas) Las entrevistas se realizaron entre junio y septiembre de 2009.

La muestra seleccionada (ver Anexo) quedó constituida por sanitarios con una edad promedio de 45 años. De ellos, un 60% son médicos y un 40% ATS y matronas. De los médicos, un 45% asisten a pacientes en atención primaria y en salud mental, y el 55% restante son gestores y planificadores que ya no lo hacen. Un cuarto de la muestra se ha diplomado en Salud y género, otra cuarta parte han hecho cursos de formación específica en violencia de género, un 85 % ha realizado formación para formadores, y un 40% imparte actualmente formación en prevención de violencia de género para sanitarios (FS en las citas).



ANÁLISIS Y RESULTADOS

5. Sanitarios implicados: variables que promovieron su sensibilización

El proceso de sensibilización en los profesionales sanitarios que han sido objeto de esta investigación, pese a ser diverso, adquiere un elemento común en todos ellos: haber logrado un caldo de cultivo previo durante su historia de vida, que les generará un interés por entrar en la materia, muy especialmente cuando se “cruzan” con mujeres conocedoras y/o sensibilizadas en violencia de género, verdaderas catalizadoras y transmisoras de sus saberes, facilitando su implicación posterior.

Los factores facilitadores de este proceso, suelen ser variados aunque algunos se repiten con frecuencia.

El desarrollo en un ambiente familiar en donde el modelo educativo transgredía de alguna forma los roles sexistas tradicionales (promoviendo valores más igualitarios), conllevó a que un porcentaje significativo de entrevistados desarrollara en su juventud o inicios de la etapa adulta, una militancia político-social en donde en ocasiones la perspectiva de género ya estaba presente.

Esta participación se centra básicamente en ONGS (Médicos del Mundo, asociaciones en prevención del VIH, etc.) u organizaciones estudiantiles-universitarias. Cuando en esos espacios conocen a mujeres involucradas (compañeras de trabajo, de estudios o de militancia), comienzan a introducirse en el tema mediante la lectura de textos sobre condicionamientos de género, la participación en foros de debate, charlas y congresos. También son ellas las que los animan a realizar cursos de formación dentro del ámbito sanitario.

Por el contrario, en otros entrevistados ha pesado mucho haber experimentado en el ámbito familiar, un caso de maltrato cercano o la toma de conciencia del sufrimiento materno, por la subordinación y sobrecarga en los cuidados y tareas domésticas con renuncia de sus proyectos vitales, el conocimiento de abusos sexuales dentro del grupo familiar o la presencia de un padre autoritario.

5.1. Modelo educativo familiar proigualitario y/o alternativo

Más de la mitad de los entrevistados, ha señalado que el hecho de haber experimentado modelos familiares y educativos transgresores de los roles tradicionales de género, moldeó una base que les permitió en la etapa adulta poder convivir, interactuar y enriquecerse con mujeres empoderadas y/o con conciencia feminista.

Así relatan, que estas vivencias permitieron que la cultura de la desigualdad no estuviera tan interiorizada, lo que consideran fundamental en relación a su mayor disponibilidad a la hora de enfocar su quehacer profesional. Cierta equidad en las tareas domésticas entre los/as progenitores/as, madres económicamente independientes, con formación universitaria y/ o profesionales y padres que ya rompían con algunos aspectos del modelo masculino tradicional, fueron variables que los ayudaron a relacionarse con las mujeres desde una posición más abierta, aunque siguieran reproduciendo esquemas machistas, que la mayoría reconoce que aún persisten a pesar de ellos.

En cualquier caso, no dejan de reconocer que fueron las “figuras femeninas” (madres, hermanas o mujeres cercanas), en las que había una previa conciencia de la igualdad de género, las que finalmente influyeron en ellos, permeándoles a lo largo de sus etapas de desarrollo:

-“Mi madre y mi padre fueron muy pioneros...las labores de casa se repartían...estamos hablando de los años setenta, mi madre nos enseñó desde pequeñitos que todos éramos iguales, que todos fregamos y barreos... te crea una sensación de que tu eres igual que una mujer, que estás capacitado para planchar y coser...esto me ayudó luego a vivir con mi pareja a nivel doméstico para hacer todo tipo de tareas...siempre he tenido la formación de que tenemos mismos derechos, mismas capacidades de repartir las responsabilidades..Esto lo mamé con la mayor naturalidad en mi familia, lo que veo que no solía ocurrir en otras familias, luego naturalizas todo esto y te parece normal” (S2)

-“Soy hijo único, mi madre ha sido maestra, era un hogar en que los dos trabajaban, y las tareas domésticas no recaían sólo en mi madre, escuchaba determinados aspectos injustos, sobre todo por parte de mi madre...En EGB recuerdo que decía que era feminista, pero no sabía que significaba, tenía que ver con cosas que me había dicho mi madre, de las cosas e la casa...este posicionamiento apareció bien pronto” (S1)

-“Mi familia es muy matriarcal, mi madre es quien ha influido...mis hermanas...mis primas, es algo que estás en un ambiente que te ayuda a comprender las cosas...los roles de género y su peso en la familia...creo que sí me sirvió para tener una sensibilización, porque yo no he vivido los roles tradicionales, el patriarcado en su sentido más estricto, desde pequeño he tenido que hacerme yo todo, a ser autónomo...” (S4)

-“En mi casa había unos roles que eran atípicos en su tiempo, pues hace 40 años era muy anormal en el sentido de que mi madre trabajaba prácticamente todo el día, pues de las cuestiones de la casa casi se ocupaba más mi padre, esto en ese tiempo era raro, yo recuerdo haber ido más a la compra con mi padre que con mi madre, estos roles te marcan...ver con naturalidad la igualdad en casa....que no hay papeles pre-establecidos, pues yo desde muy pequeño vi que no era así...” (S13)

5.2. Situaciones de maltrato y/o sufrimiento de mujeres cercanas

Uno de los hechos más significativos que aparecen en varios relatos de los hombres entrevistados, es el recuerdo de situaciones de discriminación y/o violencia de género en la familia. Reconocen que, pese a que otros factores también influyeron en su sensibilización, el impacto que dejaron en ellos estas experiencias traumáticas, les generó una inquietud por indagar y comprender lo que rodea a la violencia machista; en otras palabras, buscaban una vía que les permitiera superar en la etapa adulta los “efectos-restos” que dejaron aquellos episodios en sus vidas:

-“Toda mi familia ha sido desafectiva...siempre ha habido distinciones en mi familia, no me gusta nada mi infancia...la única situación de violencia que tengo, es a mi padre con la correa detrás de nosotros y mi madre diciendo ay no, ay no...y mi padre llegando con el pronto, como decía mi madre, destrozando el tablero de ajedrez cuando mi hermano y yo estábamos jugando...luego una cosa desagradable que me marcó era las arcadas que oía todas las noches a mi madre, vómitos que no se llegaban a cumplir, recuerdo la angustia que significaba...” (S3)

-“Puf...si me paro a pensarlo...a lo mejor mi madre puede haber estado sufriendo violencia durante muchos años...de hecho podría seguir estando sufriendo todavía...sí que es verdad...por eso yo empecé a estudiar algo que era de mujeres, por eso me he especializado en atención a la mujer, no se por qué, siempre la he considerado como...no sabía qué veía, veía como un objeto de especial cuidado, especial atención, esto es lo que me ha marcado la trayectoria profesional...” (S5)

-“En el ámbito familiar sí que viví una experiencia con una prima que sufrió mucha violencia, un familiar próximo abusó de ella...eran temas que no se hablaban, esto lo saqué por deducción pero no por información...y ves las tremendas consecuencias que tiene esto...” (S8)

-“ Se destapó que dos niñas de mi entorno familiar habían sufrido abuso sexual de su padre...esto fue importante, nos dejó tocados a todos” (S9)

-“Mi padre se fue de casa cuando éramos muy pequeños, tenía 10 años, lo viví como una situación de abandono...nos quedamos solos con nuestra madre...Me di cuenta de cosas que habían pasado, sobre todo el tema del trato hacia mi madre cotidiano...era corriente que un hombre llegara tarde a casa, que no apareciera...pero la violencia siempre ha estado ahí...” (S10)

-“Yo vengo de una familia de clase media, mi padre era militar, yo era el pequeño de una familia numerosa, y veía incluso que a mis hermanas les obligaban a hacer cosas que a mí no...sí que había mucho machismo..., mi padre no sabe hacer ni un huevo frito...He sido consciente de una situación de ventaja por el hecho de ser varón, de la que no renuncié hasta la adolescencia...” (S12)

-“Lo que más me removió...puf, es que mi madre me ha pegado bastante de pequeño, esto me removía, estamos aquí con las mujeres maltratadas pero yo he sido un niño maltratador....Esto es un asunto muy personal que me he tenido que trabajar, esto estaba presente y lo tuve que gestionar....esto ha sido lo más profundo....” (S1)

Por otra parte, algunos hombres también han añadido que estas experiencias, asociadas a la presencia de un padre autoritario y violento, a la percepción incómoda de sentirse privilegiado o a no sentirse bien en el mundo de los hombres, les generó disconformidad con el patrón masculino que “debían seguir”, circunstancia que los llevó a buscar modelos alternativos:

-“Mis padres tenían roles claramente tradicionales...él fue un hombre autoritario y a veces violento, yo siempre quise romper con estas barreras culturales...tampoco me he identificado nunca con el modelo masculino de siempre, me aburría...y lo veía limitado, no quería estar todo el día jugando al fútbol...incluso ahora me cuesta sentirme identificado...” (S5)

-“Desde muy joven estaba a disgusto con el mundo de los hombres, de las cosas y actividades que se hacían...pero había este sentimiento de no estar a gusto, la competitividad, que los hombres no expresan sentimientos....Luego ver que he crecido con muchas más oportunidades que mi hermana, yo era más privilegiado a la hora de salir, tomar decisiones, se me tomaba más en serio...esto lo vas viendo cuando vas reflexionando más de mayor sobre tu infancia...” (S9)

-“Yo me he criado en un modelo tradicional de violencia masculina, en el sentido que mi padre nos zurraba, su modelo educativo era violento. De alguna forma hay algo que has captado en este tipo de experiencia, en un contexto que era normalizado, esto es lo llamativo...a mí me pegaban en casa y en la escuela...yo he tratado durante toda mi vida de distanciarme de esto, de ser un hombre diferente al que yo viví, por esto estuve en este grupo de reflexión para hombres durante todo un año...” (S14)

5.3. Experiencias de formación alternativas y/o militancia social previa

Los entrevistados han puesto de manifiesto que aquellos que recibieron una educación que fomentaba los valores en igualdad y justicia social, han buscado en la etapa adulta espacios más afines a dichos valores. En dichos espacios fue precisamente, donde la mayoría pudo obtener las primeras nociones acerca de la perspectiva de género y la violencia contra las mujeres:

-“Antes de hacer medicina...bueno, lo hice por vocación, siempre quise hacer medicina desde niño...me gustaba ayudar a la gente, era un tema altruista, me gustaba el aspecto biomédico...ya en la carrera cuando elegí las prácticas escogí un hospital, en donde el ambiente también era especial...y en cuarto yo ya estaba trabajando en una ONG en prevención de toxicomanías...yo creo que la sensibilidad me viene de una forma de pensar...y creo en la justicia social...” (S6)

-“Empecé como mucha gente pues me había llegado a través de la prensa, televisión...yo desde hace mucho tiempo venía con una implicación en ONGS, con voluntariado...y fundamentalmente además en mi casa tengo mujeres, dos hijas y mi mujer, empecé...por la motivación de querer ayudar y porque el tema de la mujer me afecta personalmente por lo que te he dicho, como en muchos comportamientos me siento machista...pues también como una devolución hacia ellas de bueno, voy a intentar cambiar cosas en mí y si de paso puedo ayudar a mejorar esto...” (S7)

-“También cooperé de voluntario en Médicos del Mundo durante dos años, tuve que leer mucho material en VIHEmpecé por un interés en la cooperación internacional, y casi por casualidad empecé a trabajar con temas del SIDA y cualquier trabajo que hagas en prevención del VIH aparece el Género” (S1)

-“En COU ingresé en un convento, estuve siete años en una orden franciscana, ...hicimos un cursillo con un sacerdote sexólogo sobre cómo vivir de forma adecuada el celibato...convivía sólo con varones, pero aquello me marcó, porque me abrí a pensar sobre aspectos de masculinidad y feminidad, de lo emocional, de que no es exclusivo de un género u otro...aquí reflexioné sobre los roles de género, los tópicos, empecé a revisarme aquí...” (S12)

-“Yo trabajé mucho en temas de psicología infantil, sí me habían interesado los aspectos de violencia enfocada a los niños...pues como un elemento o paso natural pasé a pensar que a parte de los críos pues también las mujeres podían sufrirlo” (S13)

“Antes de trabajar en atención primaria empecé a trabajar con toxicómanos, esto me aproximó a servicios sociales y allí la violencia de género era más evidente...” (S15)

5.4. Temor a la discriminación de género en las propias hijas

Algunos sanitarios han reconocido que uno de los motivos que les animó a implicarse en prevención de violencia machista, ha sido la toma de conciencia de que sus propias hijas pudieran llegar a ser víctimas de alguna forma de violencia o discriminación de género. De esta manera ya no sienten que les es un tema ajeno, lo que lo hace mucho más creíble:

“Busco una situación de cambio en donde pueda ser más igualitario con mi pareja, en el reparto de tareas, que no tenga ramalazos en que las mujeres son menos que los hombres, tengo tres hijos, dos niñas, me espanta la situación, me gustaría que tuvieran una vida más justa y más feliz...esto ayuda” (S9)

“A mí me preguntaron mis compañeras, ¿Por qué estás implicado en esto? Pues porque tengo una hija y me planteo que el futuro que ella se merece no tendría que ser tan machista, todo esto se gesta desde la educación...” (S12)

6. Sanitarios en formación: motivaciones, dificultades y valoración de los cursos

6.1. De la sensibilización a la formación: la influencia de las mujeres

Todos los hombres consultados sin excepción, han reconocido que la influencia de las mujeres cercanas, no sólo aportó a la sensibilización sobre estos temas, sino que también fueron ellas las que los motivaron de manera determinante a la hora de la formación y posterior práctica concreta contra la violencia de género.

Pese a que muchos, como se ha mencionado en el apartado anterior, ya contaban con un caldo de cultivo previo y facilitador, lo cierto es que aún así no habían contemplado la posibilidad de iniciar su formación en este campo, teniendo en general vagas nociones sobre la materia. De esta forma, aunque algunos hombres nombran a la casualidad o a una sensación de culpa como elementos determinantes, lo cierto es que en todos los casos fue una mujer generalmente alguna sanitaria ya involucrada y con perspectiva de género, la que en principio o finalmente les animó a formarse.

A la mayoría les cuesta entender la relación entre sus historias previas de vida con el camino recorrido hasta dar con estas mujeres. En realidad, según sus comentarios, la entrevista ha sido en muchos casos el primer espacio en donde reflexionaron sobre este tema

El cruce con estas mujeres se dio con frecuencia en el ámbito sanitario mismo, en donde desde el principio, algunas profesionales docentes y compañeras fueron introduciéndolos en un tema poco explorado por ellos:

: *-“..Profesoras que tuve en la facultad, compañeras mías que he tenido, que hicieron cursos o que trabajaban temas de salud con enfoque de género, me llamaba la atención que me traían recuerdos de compañeras en una profesión feminizada...la invisibilidad me llamó mucho la atención....una profesora me hablaba de esto, de la normalidad, de lo cotidiano... de lo que no nos damos cuenta...” (S10)*

-“Desde que era residente ya veías estas cosas...una persona, amiga y compañera de trabajo ha trabajado mucho sobre esto, tenía sus posiciones personales desde muy joven...yo hablé cosas con ella, ves lo de fuera y te permite hablar de cosas que ya llevaba dentro...” (S9)

-“Tengo algunas compañeras que están metida en estos aspectos, pues charlando sobre el tema... podía profundizar más y hacer algo...pues hablando de esto con una me propuso que había estos cursos y si estaba interesado...pues sí me gustaría entrar porque académicamente no había hecho nada...el de violencia en la pareja hacia las mujeres para atención primaria...pues me dijo que como yo tenía experiencia dando otros cursos que me preparara...y ahí me lancé a ello,” (S13)

-“Una compañera y amiga mía empezó a hacer una tesis sobre violencia de género, yo no había oído hablar de la violencia de género, te estoy hablando del año 92...hizo un comentario de que no entendía por qué a las mujeres perduraban en esa situación y yo le dije ¿por qué no hacemos una tesis cualitativa sobre por qué, con grupos de reflexión” (S3)

-“... nos llegaron dípticos de las charlas y los programas....pero antes, en la universidad había una compañera que estaba muy implicada en violencia de pareja, hablábamos del tema” (S11)

Por otra parte, otros han puesto de manifiesto que su interés en la formación fue más tardío y luego de años de ejercicio profesional. También fueron compañeras de profesión que ya contaban con una dilatada experiencia, las que les informaron sobre las ofertas formativas:

-“Cuando estaba formándome como médico residente compartí mucho tiempo con dos compañeras de trabajo, y ellas fueron las que me acercaron a la perspectiva de género, me animaron mucho a hacer el diploma, a empezar a leer, ya había leído cosas relacionadas con el feminismo....algo había leído en la universidad, pero básicamente el hito fue estar cerca de ellas” (S1)

-“Pues hace muy poquito tiempo, mi primer contacto con temas de violencia fue en una de las rotaciones que hicimos en salud pública...ahí empecé a conocer más en profundidad, a través de unas compañeras que coordinaban estos cursos desde hace más tiempo, estaban implicadas en el tema y te va gustando más...” (S6)

-“En un momento determinado, trabajando en una zona rural, pues con una compañera me comentó que se iba a formar un grupo de protocolo contra la violencia de género en donde querían que hubiera un hombre...pues ahí es cuando yo aterrizo en este mundo... desde el punto de vista profesional han sido compañeras, una trabajadora social que ha trabajado de forma aislada estos temas, luego también a otras compañeras que han dinamizado esto...siempre mujeres...” (S8)

-“Me enteré de los cursos de violencia por la información que el Instituto de la Mujer daba, pues por la difusión que se hacía en los centros, uno estaba atento a ver qué había por ahí

-“Una compañera colega comentó que había hecho un curso sobre el tema, ella me comentaba cómo estaba la cosa y que cada vez iba a

peor...empecé a oír este tema y a cuestionarlo...me daba artículos y referencias sobre el tema” (S12)

Entre las mujeres que los han influenciado, en algún caso aparecen incluso las hijas cumpliendo ese rol:

-“En cuanto a mi historia familiar, pues mi hija mayor esta muy implicada en estas cosas, ella me va creando unas ganas de meterme en cosas que me saque un poco de lo que somos muchos hombres, yo soy más conservador que ella y ella me devuelve...me gusta ver que puede defender sus derechos” (S7)

Varios entrevistados han reconocido que, además de haber sido influenciado por mujeres, fueron personas representante de diversos ámbitos de las instituciones sanitarias, las que los requirieron para realizar los cursos de formación por considerar que ellos se ajustaban al perfil de profesionales involucrados en temas psicosociales. Esto podría indicar que también los órganos de decisión percibían, que este perfil de hombres respondería más fácilmente a la convocatoria para la formación específica. Pese a ello, llamativamente algunos piensan que llegaron a la formación por azar:

-“Me llamaron directamente, me gustó que se acordaran por mí, no me informé mucho, pasó un poco desapercibido...estaba ahí colgado en el tablón... ..en el segundo me llamaron a mi para formar...era más tiempo, me dijeron que esto me podía beneficiar, me han ayudado y animado mucho...me lo pusieron fácil para que pudiera compaginar con la consulta” (S2)

-“Por azares de la vida, pertenezco a un comité de ética existencial y para unas jornadas me invitaron a participar como representante de este comité en unas jornadas de violencia, me vino de rebote porque se lo propusieron en un principio a otra persona” (S12)

-“Mi iniciación en esto fue absolutamente casual, yo he tenido contactos con mujeres que han sufrido violencia (S8)

“...luego llegó el curso de formadores, me llegó de la gerencia, la gerencia me seleccionó, me eligió para ir a un curso de formador de formadores en Violencia de Género...pensaron en mi...no sé por qué...quizá fue porque antes estuvieron aquí dándonos un curso para matronas y supongo que les gustó como trabajé...aquí vi el problema en toda su amplitud, me sensibilizó, me abrió los ojos...” (S5)

-“Fue por un efecto rebote, me llamaron de la Comisión de Violencia de Género del Hospital, porque habían propuesto a otra persona y al final ella no pudo, me dijeron si estaba interesado y me quedé...me enganché a la rueda” (S4)

-“Había dos personas con quién hicimos el protocolo que pertenecían a mi centro de salud...pues ellas me quisieron implicar en la formación y la consejería me llamó para participar en este curso, creo que me llamaron porque era una de las personas que había hecho el protocolo de actuación frente a los malos tratos...y por la importancia que fuera un profesional varón que mostrara a los compañeros, que fundamentalmente fuera un hombre, esto no fue casual, fue una estrategia” (S8)

-“Me lo propusieron, me llamaron, se acordaron de mí porque sabían que estaba relacionado con los servicios sociales, con la comisión de prevención del maltrato infantil, promovida por el ayuntamiento X...ahora se llama comisión de apoyo familiar...también sabían que había estado trabajando con drogodependientes” (S15)

Tan sólo una minoría ha buscado por iniciativa propia la información sobre las ofertas formativas en violencia de género, y casi siempre motivados por adquirir una formación más completa e interdisciplinar. Hay que añadir también que lo que les llamó la atención de los cursos fue lo que percibieron como aspecto biosanitario de los contenidos, que es el modelo imperante en la sanidad y al que estaban acostumbrados:

-“Me enteré del curso de formadores en violencia a través de una búsqueda en Internet, porque todos los años hago algún curso, entré en la primera edición, éramos tres varones...” (S12)

-“Me gustaba mucho de estas personas todo el enfoque que hacían de desigualdades en salud y la forma de medirlo, yo soy muy cuantitativo, con una perspectiva de género...pero me gustó que se medía, esta carga cuantitativa...” (S6)

-“Me llegó información al centro de salud, me pareció interesante...me llamó la atención el enfoque de género, de dónde viene la violencia contra los niños, contra la mujer embarazada, además estaba relacionado con lo biológico y esto me sonaba...era una dinámica de curso muy interdisciplinar y variada...” (S9)

6.2. Perfil y actitudes de los sanitarios que se implican en procesos formativos sobre violencia de género

Según comentan las/los profesionales que planifican los cursos de formación y también los mismos entrevistados, la mayoría de los hombres que se han formado en la materia son médicos de Atención Primaria o de Salud Mental y entre los sanitarios no médicos, ATS, matronos y psicólogos. Esto se debe probablemente a que por un lado, se trata de profesionales con más inquietudes psicosociales y por el otro, son los que tienen mayor trato cotidiano con las mujeres. En cambio, es muy poco frecuente la presencia de médicos especialistas.

De cualquier manera, los entrevistados refieren que el promedio de varones en relación al total de concurrentes a las diversas ofertas formativas en general, suele oscilar entre el 10 y 20 por ciento (dependiendo de los cursos y las promociones):

-“Había como cinco chicos y el resto mujeres, pues seríamos unos 25 más o menos y era el curso donde decían que más hombres habían acudido...” (S7)

“.....hay cursos incluso en donde no hay ningún hombre, por ejemplo, en el área cinco hubo dos cursos que no fue ningún hombre”

-“En la última promoción eran 27 mujeres y 3 hombres. Eran cursos voluntarios que se hacían dentro del horario laboral, son condiciones que motivan mucho esta voluntariedad...ahora cuando no se dan estas facilidades el porcentaje baja al 10% en los hombres, sobre todo cuando son por la tarde y fuera de horario...” (S8)

*-“Éramos seis varones sobre 29 y decían que en este curso había bastantes varones”
(S11)*

-“Pues una media de seis hombres sobre 30, los profesores alababan la cantidad de hombres, que era el curso en donde más hombres habían venido, porque en otras ediciones una compañera me dijo que había venido uno” (S13)

Hay que mencionar que algunos entrevistados han hecho hincapié en que más allá de la necesidad de fomentar la presencia de los hombres en los cursos de formación, no hay que olvidar que el ámbito de la salud está feminizado y que la presencia masculina en el conjunto de la población sanitaria no superaría el 30 por ciento, especialmente en la población joven, la más motivada a formarse, siendo mínima entre los sanitarios no médicos:

-“Pues en los cursos de salud primaria...de los de diez horas que duran cinco días...pues el primer año tuvimos un 18% de hombres, el segundo año un 21% de varones, no creo que pasemos de ahí...también en una población donde el 70% son mujeres...a la formación en global van un 20% de varones, con lo que faltaría un 10% de varones” (FS6)

-“Pues imagínate, yo soy matró y puede haber 1 por cada cien mujeres, igual que en medicina, la presencia de varones es muy minoritaria” (S10)

-“En enfermería puede haber de cada 10 profesionales 8 o más mujeres, hay muy pocos hombres, incluso en la facultad, en medicina igual, entonces en la extrapolación en los cursos siempre habrá más mujeres...” (S11)

Es de destacar que tanto el personal docente entrevistado, como los sanitarios que han recibido formación, coinciden en que pese a la heterogeneidad de los alumnos, se repite con frecuencia dos tipos de actitudes al comienzo del curso, que generalmente muestran en qué posición llegan y cuáles son las resistencias y/o problemáticas más comunes.

El posicionamiento más frecuente especialmente en las primeras sesiones, suele ser “el de escucha y no intervención”, ante unos contenidos que nunca antes habían reflexionado en profundidad y en donde el contraste entre las ideas pre-concebidas en torno a la igualdad y la violencia machista y los datos objetivos que se van suministrando, se hace evidente. Ello lleva a muchos de estos hombres a posicionarse en un lugar discreto y atento, ante un tema novedoso que no les deja indiferentes, entre otras cosas y como se verá más adelante, porque implica un cuestionamiento de sus propias actitudes a la hora de relacionarse con las mujeres. También, dentro de este posicionamiento estarían algunos alumnos que gracias a un proceso de sensibilización previa, se mostraron discretos porque ya eran conscientes de la importancia de aprender a escuchar a las mujeres y no creerse protagonistas.

En cambio otros, la minoría, mantienen una posición defensiva y cuestionan permanente los contenidos, lo que les hace en ocasiones abandonar la formación tras los primeros días:

“Están los que no hablan y no participan, sólo empiezan a intervenir cuando sienten que se les disculpa....luego están los que saben todo, los resistentes, hombres que se ponen en la situación de salvadores de mujeres, en donde la pedantería y la prepotencia están muy presentes” (P1)

“Están los que no quieren ser protagonistas, la minoría, que precisamente son los que menos formación de género tienen....luego aquellos que están callados pero que claramente están a la defensiva por miedo a ser cuestionados por sus compañeras o profesoras, con ellos ves con mayor claridad que todo esto les remueve por dentro” (P2)

“Luego está el que va y desaparece al día siguiente, cuando hace una pregunta indirecta con intención negativa...te venden que las mujeres chantajean normalmente con la violencia...algunas mujeres reaccionaban contra él, se creaba una crispación, pero los otros no contrarrestaban, se quedaban ahí a ver qué pasaba...a verlas venir...otros van por ir, a ver si pueden aprender algo, a ver que me cuentan y una vez allí pues no se les ve con cierta disposición a equilibrar la balanza” (FS2)

-“Hubo un curso que aparecieron tres hombres el primer día y desaparecieron al siguiente día...suele haber bajas, no las he contabilizado, ¿por qué hay bajas?, porque el primer día se habla de género, entonces hay profesionales que siguen preguntando por qué sólo se habla de mujeres cuando se trabaja con violencia de género” (FS6)

-“Los que para quedar bien decían cosas que no sentían...es lo que yo percibí, como son mujeres yo no puedo decir esto...yo no me lo creía lo que decían estos compañeros...porque la gran mayoría somos machistas...o mejor micro-machistas...” (S7)

-“Yo vi dos actitudes, la gente que tiene más interés por ir un poco más lejos, luego había actitudes que sorprendía por parte de algunos varones, pues la actitud de no es que justificara la violencia pero sí esa actitud de resolver las cuestiones rápidamente...muy cáustico con las monitoras del curso, que eran dos chicas, una actitud prepotente de decir, esto que me estáis contando, pues vale....pues que la violencia es física pero todo lo anterior pues dicen, pues toda la vida de dios ha sido así...no llegan a admitir otras violencias porque lo ven normal, una agresión física sí...pero lo anterior...” (S13)

6.3. Motivaciones de los sanitarios para continuar su formación

Ha quedado de manifiesto, que las motivaciones que llevaron a estos sanitarios a la formación en violencia machista, estaban precedidas por cierta sensibilización lograda en sus historias de vida.

Este factor diferencial, sumado a su experiencia previa en temas socio-sanitarios, donde la perspectiva de género ya estaba presente, parece haber sido detectado por las personas responsables de las ofertas formativas, que intuían que podían ser profesionales permeables a dicha formación. No obstante, la mayoría de los entrevistados no es consciente de que fueron seleccionados entre el resto de profesionales y por ello lo consideran –como hemos visto anteriormente- un hecho casual.

Hechas estas consideraciones, los factores que ellos mismos mencionan como importantes a la hora de decidir continuar la formación específica, son los que se describen en los siguientes apartados.

6.3.1. La violencia de género: un campo poco transitado por los varones y con posibilidades de expansión profesional

La violencia de género históricamente ha sido un campo trabajado esencialmente por mujeres. En los últimos años, los varones van

incorporándose paulatinamente y en la última década, esto ha cobrado un valor en las instituciones sanitarias que se intenta convertir en una cuestión transversal, imprescindible y obligada.

Esta circunstancia, según van reflejando los testimonios recogidos, ha supuesto que algunos hombres comiencen a tomar en cuenta la formación específica como campo de desarrollo profesional, pero también como fuente de gran valoración por su entorno.

Algunos sanitarios consultados han reconocido explícitamente que el hecho de sentirse hombres “especiales” ha sido una fuente de motivación para seguir en el tema, y un gran estímulo a su autoestima:

“Lo que me motiva es trabajar en algo que no está hecho, me gusta buscarme cosas que estén por hacer...me estimula el ser el raro del centro, me estimula más todavía...me hace sentir único, diferente, me hace ser yo...es como un rasgo mío, el vivir siempre contra-corriente o por delante de...esto me motiva bastante...” (S5)

“Luego se tiró un poco de mí, de algún grupo de mujeres...acudieron a mí, captarme como valor...a mi me da un plus como varón, es decir, un varón que habla sobre el maltrato es como un plus...es un valor añadido que no me gusta mucho, no me gustaría tenerlo” (S3)

“En mi caso... que un varón hable de violencia de género, de los roles, esto impacta, más a las chicas, les impresiona mucho más que un tío exprese todo lo relativo a violencia, se sienten más impactadas...cuando les hablas de los ciclos de perpetuación de la violencia se quedan perplejas...” (S4)

“Con 95% de las compañeras me sentí muy apoyado, es decir, gracias por estar, menos mal que hay varones que están con nosotras...” (S2)

Según algunos testimonios, la inclusión entusiasta de estos hombres en la formación, si bien puede presentarse como una excelente oportunidad para lograr mayor sensibilización y práctica igualitaria, también puede conllevar riesgos de reproducción de mecanismos de monopolio y control de los hombres, en un ámbito en el que por lógica al día de hoy, las verdaderas expertas en el tema, son mujeres que se han especializado durante muchos años.

En este sentido, algunos comentarios van reflejando que si bien se valora el compromiso que van adquiriendo algunos hombres, no se debe dejar de estar alerta frente a un nuevo “peligro de reproducción de los privilegios masculinos”. Tanto las planificadoras como algunos sanitarios, transmiten que ya algo de todo esto está ocurriendo, por ejemplo a la hora de las mayores oportunidades que se les ofrece a los pocos que van interiorizándose del tema, que inclusive les permite labrarse un futuro muy cercano como profesionales prestigiosos, como expertos,

conferencistas, investigadores, coordinadores de proyectos etc. Son muchas veces las propias instituciones que al considerarlos hombres “excepcionales”, les adjudican un plus de valor ya como punto de partida:

-“Han visto un campo nuevo donde entrar y se ven como figuras relevantes y protagonistas” (P2)

-“Hacen un curso en formación o prevención de violencia de género y cuando lo terminan son a ellos a los que llaman más para dar conferencias, trabajar en x proyecto de investigación, para publicar o los que reciben más premios...les dan más cancha” (FA3)

-“En la primera edición sí que surgió en tono de broma esto de que hubieran chicos...los comentarios o la flores, qué bien que han llegado dos chicos, casi te aplauden...” (S12)

A estas apreciaciones se añade el sentir de que los hombres (por su socialización: competitividad, ocupación del espacio público, etc.) disponen de estrategias que finalmente les benefician. En otras palabras, ellos sí se sienten jerarquizados en un ámbito de mujeres, inclusive algunas feministas, y lo saben aprovechar para sus propios protagonismos porque “se venden mejor”. A este factor hay que añadir también el hecho de que “la palabra” de la mujer sigue estando menos legitimada que la del varón en la formación, lo que la mayoría de los entrevistados reconoce:

-“Tienen más habilidades en lo público, los hombres se venden mejor después de hacer estos cursos, como si fueran vendedores que llevan el producto en la maleta” (P4)

-“El hecho de que un varón participe en los cursos como docente pues ves comentarios como de desprecio a la docente femenina y en algún momento si yo apoyo la tesis de la profesora a mí no me lo rebaten, a ella se atreven a rebatirla y a mí no...se callan...” (S12)

-“También no es lo mismo que lo diga un docente que una docente...que lo diga un hombre desmota bastante lo que muchos hombres piensan, porque el argumento que se utiliza mucho es –tú dices eso porque eres mujer y feminista, sois unas feministas y por eso decís esto- con esto luchamos constantemente...” (S6)

-“Porque se da más credibilidad a la palabra del varón, las causas, muchas, nuestra formación machista...hay muchas docentes que vienen del mundo feminista con mucho más rodaje que yo, pero le dan credibilidad más a un varón aunque lleve menos tiempo que esto, no por una cuestión de capacidad...” (S8)

6.3.2. La posibilidad de modificar actitudes en su pareja

Los cursos de formación en prevención de violencia de género, tal y como han relatado los entrevistados, contextualizan los malos tratos en el marco de la socialización de hombres y mujeres que asigna identidades y roles tradicionales de género. Dicho enfoque, como se verá más adelante, generará en muchos alumnos diferentes resistencias y dificultades ante la posibilidad de verse reflejados.

Sin embargo, algunos han reconocido que pese a las resistencias iniciales, el marco teórico sí les permitió identificarse como “parte del problema”, pero también como parte de “la solución”, lo que en algunos casos les llevó a reflexionar e intentar transformar sus propias actitudes con las mujeres, en especial con sus parejas. En este sentido, comentan que vivieron esta circunstancia como una oportunidad “inmejorable” para poder llevar a cabo diversas estrategias de cambio en su vida personal, no exentas de obstáculos derivados de la “interiorización de la desigualdad”:

-“Claro, es que todos y todas llevamos estos roles, hombres y mujeres, y esto remueve a todo el mundo...¿Mi motor? pues yo mismo...busco una situación de cambio en donde pueda ser más igualitario con mi pareja, en el reparto de tareas, ...sigo teniendo actitudes micro-machistas...pero ese sentimiento de que no estoy de acuerdo con esto y quiero pensar de otra manera, esto me ayudó mucho...”(S9)

-“Sentía que te puede transportar cosas personales, en tu día a día, cambiar la visión de las cosas, no quedarte anclado...Romper con lo cotidiano a nivel personal, que llega un momento que lo diario llega a suponer una normalidad y tienes que estar alerta por cosas entrecomillas invisibles...esto es lo que me ha motivado” (S10)

-“Yo quería aprender, por mi interés profesional y mi familia...Me llamó la atención esto de solucionar los conflictos de pareja, este tema me interesaba, a nivel personal y profesional...me motivaba bastante... de trabajar con parejas que tuvieran problemas... siempre me ha llamado la atención los conflictos de pareja que yo he podido tener, cómo solucionarlos...El manejar un problema que yo lo tengo en casa...ver que todos tienen los mismos problemas, ver que es solucionable con paciencia, te abre la expectativa de que yo la formación que reciba la voy a volcar en mi casa” (S2)

-“En el curso te impactaba esto de que tú pudieras lanzarte la pregunta de ¿tú eres machista o micro-machista?...yo le preguntaba a mi pareja cómo veía el tema...ver que puedes aplicar todo esto en relación con mi pareja...veías que yo soy micro-machista, pues vas retocando, modificar ciertas actitudes que antes pensabas que eran banales” (S11)

6.4. El proceso formativo: reflexiones y valoraciones

Los cursos especializados en violencia de género, ofertados por la Administración, se han evidenciado como un hito crucial en el proceso de implicación que los entrevistados han realizado, por lo que sus percepciones al respecto, nos parecen relevantes para el objetivo de nuestra investigación.

Todos los entrevistados valoran positivamente la formación recibida, así como la calidad del personal docente. Más allá de las diferentes reflexiones críticas que han ido realizando (que veremos en el apartado siguiente) y de su nivel de sensibilización, la mayoría ha reflejado que gracias a los cursos, sintieron que disponían de mayores recursos de intervención en consulta, resaltando la toma de conciencia de sus “potencialidades como profesionales” y del lugar privilegiado que ocupan a la hora de detectar nuevos casos. Por tanto, se perciben como profesionales más competentes, aunque sienten la necesidad de reciclarse y continuar su formación a futuro, ya que intuyen que es un tema que podrían profundizar más, tanto a nivel profesional como personal:

-Cuando entré en el curso no tenía claro que era esto de la violencia de género, la palabra género, fui también por esto,... y en el curso lo entendí, te permite entender, que es un proceso relacionado con la situación que tiene la mujer en esta sociedad, que es un problema real que está ahí, visibilizarlo y que con tu intervención puedes mejorar las cosas, porque si no las reflexiones también te pueden generar ira en la intervención pues esto de ¿por qué aguantas esto? y entrar a juzgar” (S15)

-“Seguiré profundizando con el género poco a poco, como herramienta de análisis...con respecto a la violencia....seguir considerándola como algo que está presente, que está también en mi trabajo, que tiene que ver con el VIH” (S1)

-“Veo que la gente sigue viniendo cada vez más a los cursos..., mientras haya personas seguiré ahí. A mí los cursos me obligan a reciclarme...no puedes estar todos los años diciendo lo mismo, no sólo quedarte en la teoría, profundizar en los casos prácticos...” (S4)

-“A mí me gustó mucho el enfoque... en los cursos de violencia hacia la mujer me parecieron muy buenos...por lo menos te dan herramientas para trabajar en consulta... los parámetros de la violencia, quizá falta algo más de trabajar a nivel personal, de grupos, yo me lo estoy buscando por mi cuenta, en grupos de reflexión para hombres, porque trabajas cosas de lo cotidiano...prestar atención tuya, estar alerta, que no te amodorres en lo cotidiano y no pierdas la guardia...” (S10)

6.4.1. Valoración positiva de los recursos de intervención práctica

El modelo biomédico, aún hegemónico en las teorías y prácticas que circulan en nuestro sistema de Salud, ha conllevado que los profesionales, según lo que se refleja en las entrevistas, lo jerarquicen frente a cualquier otro, por lo que también consideran que sería el más adecuado a la hora de abordar la violencia de género. De esta forma, han puesto de manifiesto que inicialmente se sintieron más identificados e interesados por los contenidos y metodologías que entroncaban con este enfoque, que por otra parte es el que recibieron en su formación previa.

Así, y como parte de la reproducción del modelo biomédico, muchos varones de entrada dieron más valor a todo aquello que les facilitara “información práctica y objetiva”, sobre cómo y cuándo actuar con las pacientes independientemente de que tuvieran más o menos definida una idea del problema y de su origen:

-“Hubo ponencias muy aburridas...con pocas técnicas de exponer las cosas, era todo muy lineal, la metodología...la última que eran técnicas didácticas que sí estuvo muy bien, fue innovadora...pero sí hubo ciertas veces que sí me aburrí...yo prefiero sobre todo lo práctico, la aplicación del protocolo, las preguntas para abordar el tema, las intervenciones con la víctima, qué hacer y qué no...a mi particularmente las estadísticas me impactaron, el ser consciente que a diario estaban pasando muchísimas mujeres por esta situación...porque yo al principio no sabía reaccionar” (S5)

-“Lo que más valoran es el aporte cuantitativo...mucha gente va diciendo cuando termina el curso, es que no sabían que afectara a tanta gente, al diez por ciento de las mujeres, también que no sabían los signos de sospecha, cuando las mujeres acuden a los centros sanitarios...” (FS6)

-“Por lo menos te dan herramientas para trabajar en consulta... los parámetros de la violencia...tener una forma, una técnica que no nos han enseñado para trabajar y después que hay salidas y puertas que no sólo es quedarte en identificar y poner el ordenador, hay puertas donde poder trabajar con ellas...” (S10)

-“Los contenidos quizá a veces estaban muy concentrados, igual faltaron más días...teoría tiene que haber pero la práctica en el aula es difícil, hacíamos role playing...esto me pareció muy interesante...pues te ayudan a detectar los síntomas, venían con muchos dolores de cabeza, pues te ayuda a saber preguntar, a rascar y saber escuchar...las preguntas clave para ir actuando” (S11)

Sin embargo y aunque muchos hombres hacen una valoración positiva sólo en relación a la dotación de herramientas prácticas para el abordaje

en consulta, también algunos agradecieron la labor del personal docente, ya que gracias a ell@s pudieron visibilizar el problema social y transversal que subyace al maltrato:

-Cuando entré en el curso no tenía claro que era esto de la violencia de género, la palabra género, fui también por esto, no entendía porque se había puesto este nombre a la violencia, la relación entre hombres y mujeres, y en el curso lo entendí, te permite entender, que es un proceso relacionado con la situación que tiene la mujer en esta sociedad, que es un problema real que está ahí, visibilizarlo y que con tu intervención puedes mejorar las cosas, porque si no las reflexiones también te pueden generar ira en la intervención pues esto de ¿por qué aguantas esto? y entrar a juzgar” (S15)

-“Me llamó más la atención el ciclo de la violencia, entender los procesos que la mantienen, porque no tenía conciencia de todo esto, esto es lo que me generó más impacto...no era consciente” (S4)

-“Mucha gente va diciendo cuando termina el curso es que no sabían que afectara a tanta gente, al diez por ciento de las mujeres, también que no sabían los signos de sospecha, cuando las mujeres acuden a los centros sanitarios...es decir, lo que hay detrás de los síntomas de estas, pues contextualizar el problema” (FS6)

Cabe señalar también que, para algunos sanitarios ha sido importante el reconocimiento de que aun siendo conscientes del problema, estuvieron obviándolo durante años, específicamente a la hora de “afrontar” posibles casos de maltrato en consulta. Esta toma de conciencia les ha generado un sentimiento culposo a posteriori, aunque reconocen que su falta de implicación estaba relacionada con que no contaban con estrategias prácticas de intervención –que sí obtuvieron luego en su formación- para abordar un tema tan complejo:

-“Antes de los cursos me tropecé con algún caso de violencia doméstica y no supe actuar, actué mal...pasé muchos años obviándolo, viéndolo en el horizonte pero no integrándolo en el día a día” (S5)

“...y no di la respuestas que tenía que dar, sobre todo en servicios de urgencias” (S8)

-“ Yo no detectaba estas situaciones de maltrato, pues por ideas erróneas, por estas creencias, estas negligencias...” (S9)

“...lo que me llamaba la atención de los cursos es que yo estaba trabajando todos los días con mujeres y había algo que veías que me faltaba, que se te escapaba” (S10)

6.4.2. Valoración positiva de datos estadísticos y del efecto de material impactante

Una vez más debido a su formación, que pone énfasis en lo cuantitativo y “objetivo”, manifiestan lo valioso que les ha resultado tener información estadística clara y profusa sobre un problema que afecta al 10% de la población femenina y que según sus palabras, no conocen previamente en profundidad y en donde de pronto perciben muchas lagunas sin resolver.

En esta línea la mayoría advierte, que no sólo ellos sino muchas mujeres al comienzo de los cursos ponían en duda la magnitud y el origen de la violencia machista, lo que I@s tenía expectantes ante cualquier información que pudiera confirmar esta cuestión.

-“A mí lo que primero me impactó fueron las cifras, la frialdad de los datos, tengo que reconocer que inicialmente cuestionaba esto, que había un sesgo o que alguien está engordando el problema porque interesaba, no pensaba que pudiera tener tanta magnitud, con el tiempo me he dado cuenta de que esta percepción no era así...las cifras que yo creía exageradas se quedan cortas(S8)

-“Ves con estadísticas la dimensión del problema, que las mujeres están ahí y no sabes cómo ayudarlas, esto te lo da el curso...” (S10)

Por otra parte, valoran positivamente el material audiovisual referente a testimonios directos de mujeres maltratadas. Ello generó un efecto fundamental para el reconocimiento y dimensión del problema como una cuestión de salud, que puede tener graves consecuencias para las pacientes. Esos parecen ser los argumentos que más legitiman: “si me habláis de un problema de salud tiene que haber necesariamente una argumentación que lo sostenga”:

“Creo que los videos impactan realmente, vale más una imagen que mil palabras, porque ven la dureza, situaciones que son reales y aquí sí que hay resultados positivos” (S8)

-“A mi los videos me dejaron impactado porque veías que la mujer estaba destrozada, no podías decir esto no es así, porque era real, la veías que no sabía ni donde estaba...ni que se podía arreglar con una pastilla...” (S7)

-“Primero conocer el problema, el proceso, lo que cuentan las mujeres víctimas de violencia, los testimonios que han incorporado en los cursos, porque a veces una imagen vale más que mil palabras, esto es lo que más me ha impactado” (S12)

-“La expresión que se utilizaba mucho entre hombres es la extrañeza, algo que sobrecogía bastante, porque como se ponen testimonios muy sobrecogedores, y estás viendo algo que es realidad, que no es ficción...” (S13)

-“Ponemos fotos, proporciones de mujeres maltratadas, esto impacta, formación a base de videos, saber que una de cada diez mujeres está sufriendo violencia...y si hay 25 mujeres en clase significa que dos están sufriendo malos tratos...las pelis también, donde hablan mujeres que han sufrido violencia...las ves jodidas, llorando, afectadas, cuentan sus testimonios de lo que han tenido que aguantar, su evolución, cómo se les ha anulado su autoestima...” (FS2)

En esta línea, I@s formador@s/planificador@s han ido reflejando que el efecto que producen los testimonios de extrema dureza en I@s alumn@s, especialmente en ellos, debiera tomarse en cuenta como una herramienta fundamental que ha de ser aprovechada para vencer una de las principales resistencias con las que llegan al aula: la falta de credibilidad de que la violencia que ejercen los hombres contra las mujeres se debe a asignaciones de género por las que se sienten con el derecho a ejercer dominio y control sobre la vida de ellas, utilizando hasta los recursos más violentos para lograrlo.

6.5. Resistencias y dificultades de los sanitarios en el aula

La mayoría de los hombres que han realizado su formación en los cursos especializados en violencia de género, reconocen que de una manera u otra, la tarea implicó en principio diferentes dificultades y resistencias propias (que ya estaban latentes). Muchas de ellas se derivaban del cuestionamiento que se hacía en el aula, sobre sus propias concepciones sobre las relaciones entre los sexos y de su lugar de hombre en ellas, así como del modelo biomédico en el que fueron formados. Un efecto frecuente, ha sido un sentimiento de revolución interna, incomodidad y extrañeza, que en ocasiones los llevaba a adoptar actitudes defensivas al sentirse cuestionados en sus relaciones con las mujeres.

Todo ello contribuyó a que la práctica totalidad de los sanitarios entrevistados, cuestionara los recursos metodológicos utilizados en los cursos. Algunos pudieron sortear estas dificultades al contar con un mayor grado de sensibilización previa y otros por el contrario, mantenían sus resistencias una vez finalizada la formación.

6.5.1. El enfoque de género resulta poco científico e imparcial

Una de las dificultades que aparece con mayor frecuencia, es el cuestionamiento del enfoque feminista como la vía más adecuada a la hora de abordar la violencia de género. La mayoría de los entrevistados percibe que esto es lo que produce un rechazo frontal a todos aquellos que no han tenido una sensibilización previa por formación o experiencias vitales. Es un primer impacto inicial que les produce desconcierto y resistencias a la hora de dar credibilidad a esta perspectiva.

Lo que expresan es que la perspectiva de género es doblemente rechazada por la mayoría de los hombres sanitarios:

- por un lado, porque como hombres reflejan lo que sucede con el resto de la sociedad, en la que un porcentaje elevado no está por la labor de abandonar los beneficios de la masculinidad hegemónica,
- y por el otro, como sanitarios, consideran que no se trata de algo objetivo-científico y en cambio contiene un sesgo ideológico-político marcado por el gobierno de turno. Así su “ética profesional”, les llevaría a tomar distancia para ofrecer a sus pacientes respuestas que han de ser “neutrales” y libres de cualquier interferencia “no sanitaria”.

Precisamente, acercarse a la perspectiva feminista implica la posibilidad de verse incluidos en los comportamientos de abuso de poder, que como hombres pudieran tener, lo que acrecienta sus resistencias y los lleva a rechazar una falta de neutralidad en el aula, dado que el feminismo *per se*, incluye a todo el colectivo de hombres como sujetos potenciales de reproducirlos.

Por otro lado, desde esta perspectiva la mujer maltratada deja de ser un “caso enfermo”, se convierte en denunciante de las injusticias de género, y señala la responsabilidad del colectivo masculino en el problema. Como esto cuestiona la posibilidad de sentirse ajeno, queda descartada la perspectiva feminista y con ella la comprensión de la socialización de los hombres en los roles de control y dominio, como la génesis de la violencia machista. Muchos entonces, asumen el determinismo biológico como la principal causa (los hombres somos más violentos por naturaleza y depende de cada individuo poder controlar estos instintos):

-“Esto es lo que me sigue...estoy cansado....me da la impresión de que creo que hay determinados discursos, pero no tienen sólo que ver con el feminismo, también en otros campos de conocimiento, pero aquí en este caso lo veo y a veces me molestaba un poco, es decir, estamos aceptando determinadas cosas como verdades absolutas.... eran muy críticas con el patriarcado pero faltaba autocrítica, o cierto espíritu más

investigador o científico, para verlo desde una posición un poco menos subjetiva....” (S1)

–“El planteamiento inicial no me gustó, me pareció un posicionamiento muy radical, como un dogma de fe, o te lo crees o no te lo crees, se parte de una base de dominación hombre hacia la mujer...el curso basaba todo en el tema de género y la desigualdad entre hombre y mujer, sobre todo en la pareja...entonces me costaba meterme en esto...El curso tenía un posicionamiento ideológico, llegabas al curso y la primera parte era –esto es así, género, desigualdad, maltrato-muy simplificado, entonces la percepción era que eso había que matizarlo, porque no todos los hombres somos....porque el primer choque es que te ves como maltratador...me parecería más sensato hacer un enfoque más equilibrado...” (S7)

–“Los hombres que llegan no esperan la posición feminista en el análisis, aunque algunas de ellas también....buscan una estrategia neutra fuera del feminismo...incluso ellas a veces nos dicen que nos pasamos con algunos temas” (P1)

–“¿Por qué hay bajas?, porque el primer día se habla de género, en el curso de diez horas me refiero, entonces hay profesionales que siguen preguntando por qué sólo se habla de mujeres cuando se trabaja con violencia de género, ...también se habla de que hay diferencias biológicas que hacen que el hombre sea distinto y que plantear la igualdad pues no...el argumento de que el hombre por biología es más agresivo y la mujer es más sumisa y nos dicen –¿qué queréis cambiar la biología?- esto se da más en hombres, también en ellas pero menos” (FS6)

–“Después hay un segundo día, en donde se habla del problema como de salud pública, aquí hay resistencias que tienen que ver con la formación de cada uno...por ejemplo, en el último curso que di veías que están muy determinados por el perfil biologicista pero que lo social es una cosa secundaria...que esto es del ámbito privado, solo de los trabajadores sociales, esto no es nuestro, es decir, de no percibir con profesionalidad y credibilidad científica que la violencia defina grandes problemas de salud...de que esto no existe” (FS8)

–“La mayoría de los varones son positivistas, esto pasa mucho en el estamento médico, aunque me ha pasado también con mujeres y hombres, que han estado muy a la defensiva, y sólo con argumentos de tipo científico les parece que es así” (S12)

6.5.2. Cuesta aceptar las propias actitudes machistas

Como sabemos, la perspectiva feminista conlleva necesariamente, como primer paso en la comprensión del origen de la violencia machista, una revisión y cuestionamiento de la masculinidad tradicional. Esto aún hoy genera rechazo en muchos hombres en general y en el caso de los

sanitarios en particular, que parecen encontrar en la biología una justificación que les sirve.

La totalidad de los entrevistados confirman que el principal escollo con el que se encontraron como sanitarios en la formación, fue precisamente que los contenidos tocaban en lo personal y por tanto, con la posibilidad de verse reflejados en la desigualdad de género, como parte integrante del sistema sexista y como sujetos potenciales de ejercer malos tratos. En algunos casos este "sentirse tocados", se traducían en la sensación de estar en un ambiente hostil, en donde "de entrada" se les incluye como responsables de la desigualdad, situación que provoca generalmente malestar, que a veces no reflejan directamente en el aula (se contienen).

En otros, los menos, se percibe que pese al impacto inicial, sí van pudiendo poco a poco comenzar un proceso de autorreflexión como vía más efectiva para comprender el problema y por tanto mejorar su quehacer profesional con las pacientes.

Lo que queda claro es que la mayoría de los sanitarios, que pese a las dificultades pudieron seguir avanzando en su propia práctica igualitaria a nivel personal y profesional, son los que contaban previamente con mayor sensibilización y conocimientos sobre el tema.

Sin embargo, también queda clara la complejidad del proceso de cambio de mentalidades, al comprobar que algunos que habiendo participado de la formación, siguen manteniendo que la perspectiva feminista no es la más adecuada ni la más beneficiosa para captar a más profesionales y que por el contrario, genera más resistencias entre los hombres.

-“Yo tuve un problema puntual con esto...salté, una de las mujeres un poco más feministas me criticó en público, de una manera airada, una falta de respeto, ella estaba crispada, iba contra mí porque yo era el único representante del sexo masculino...yo decía que no me parecía bien, porque no represento al sexo masculino, no puedes decir que yo soy así o asá, no me conoces...luego me pidió disculpas, estaban los sentimientos muy a flor de piel, había mujeres separadas, algunas maltratadas...decían que el varón era culpable, que lo habían pasado muy mal... y el único varón era yo” (S2)

-“Ha sido un curso duro porque no me sentía a gusto, cómo la gente daba el curso, me costó...me removió mucho porque como te decía yo soy de la vieja guardia, somos una generación que estamos a caballo entre nuestros padres y los jóvenes...y tenemos muchas cosas...Tengo que reconocer que como no me sentía a gusto porque veías posiciones que no te gustaban, pues es cierto que me retraía un poquito, no conseguí incorporarme al grupo, a la gente, no me sentí a gusto, veías tus contradicciones... creo que con más suavidad se podría convencer

más...porque si me siento agredido de entrada, yo iba con ansiedad al curso” (S7)

-“Esto de sentirse aludidos...pues quizá yo me sentí más en temas del lenguaje, hablar en femenino...o cuando se generalizaba un poco sobre las actuaciones de los hombres...en cuanto al hombre maltratador...el ver que todos estamos incluidos en estas conductas...pues el reflexionar más en ello, en cada una de tus actuaciones...en conductas que si puedes corregir muchísimo mejor, de si quieres ver un partido de fútbol pues tratas de crear la situación para poder verlo en casa, pues esto es una conducta machista, pues ver que tienes que negociar con tu pareja, aquí cambian las cosas, no llevarse uno el ascua a su sardina, sino a intentar negociar...” (S8)

-“Recuerdo a una compañera que me decía que como hombre cómo vivía esto, tomando el café, yo lo vivía con vergüenza, me avergonzaba de mi género, por las cosas que llevas dentro, también te generaba rabia... por las injusticias, y luego un impulso de análisis, de que hay muchas cosas que no veía, que no me lo creía, te incita a reflexionar cómo eres tu, de cómo reaccionas, de lo que haces en casa y lo que no haces...cuando se llega al rol de género ahí es donde saltan las chipas entre la gente, porque quema por dentro, pues porque para entender la violencia de género hay que aceptar que hay una educación en privilegios para los hombres, un continuo de desigualdad, que todos tenemos un saco de desigualdades en nuestras vidas privadas, de micro machismos, porque es la autoestima la que está en juego... siguen pensando que esto es cosa de gente inculta, pobre, alcohólica...los compañeros entran en confusión...están como medio noqueados...” (S9)

-“En los cursos...en ocasiones cuando nos ponemos a preguntar pareciera que te tienes que esperar, porque se te pasan muchas cosas, tienes dudas, pues cuando te comentan algo en concreto pues dices, voy a esperar a preguntar porque tengo muchas dudas, porque parece que todo es muy masculino, luego los hombres parece que a veces tienen la necesidad de preguntar mucho, para que se nos vea...” (S10)

-“Yo entendía al principio que no era machista, luego veías a través de lecturas que tenía actitudes de ventaja, micro-machismos, que te hacía ver que eras más machista de lo que quisiera...” (S12)

-“Primero toca lo personal, lo tengo muy claro, meterse de lleno en este mundo remueve mucho, los sentimientos que eran común era esa revolución interna, ese malestar interno que te produce ver aquello, agradable no es para nadie...El choque emocional que produce es una incomodidad bastante gorda, tienes dos opciones, es decir, ya no tengo excusas porque conozco el tema, para no implicarte, ves la cruda realidad y esto te provoca ese malestar... porque si no haces nada te sientes mal por no hacerlo y si lo haces la duda de si lo estás haciendo bien” (S13)

6.5.3. Cuestionamiento del origen de la violencia de género

Muchos sanitarios han dejado entrever que al comenzar la formación percibían la violencia de género como una cuestión de “responsabilidades compartidas entre ambos sexos”. La “constante” puesta en duda del origen del problema indica que por lo general, el alumnado carecía de una formación específica previa y los tópicos sexistas afloraban sin cesar.

L@s formadoras/es han puesto de manifiesto que el alumnado busca reiteradamente una causa concreta en la biología, probablemente como se ha visto, como forma de desvincularse como individuos responsables de caer en comportamientos desigualitarios o de evitarlos. Tienden a acotar el campo de la violencia de género a un perfil determinado de hombres, un hecho frecuente ante el que muchas veces el personal docente reconoce “no tener una respuesta de intervención”:

“Lo que no se ha aclarado es el origen del problema, ¿el hombre que maltrata es porque genéticamente está predispuesto?, ¿es por que lo ha vivido en casa, porque tiene un carácter, el ambiente?...el origen de por qué el hombre maltrataba no ha quedado claro, incluso cuando doy los cursos...y lo preguntan mucho...yo salgo por donde puedo, como que se deja en standbay...” (FS2)

“Nos han pasado cosas como....compañeros que aparentemente son respetuosos y van a los cursos y manifiestan un discurso tan machista, que no están muy distantes de...pues que son ellas las que provocan,...pensamientos como que te dan ganas de cerrar el curso, dicen cosas como “bueno ya, pero nosotros vamos a la guerra”, son argumentos que no tienen nada que ver...puede que atienda a una posición más de defensa...” (FS3)

“Una cosa que sale mucho es que hay una causa biológica natural que hace que las mujeres sean maltratadas y los hombres maltratadores, se percibe como un tema natural y no cultural o social...pero también hay mujeres que lo dicen...esto puede ser una forma de defensa para no identificarse igual como potenciales maltratadores....entonces se sienten atacados...” (FS6)

Para los sanitarios con mayor formación queda claro que el cuestionamiento de la violencia de género como un hecho que afecta principalmente a las mujeres, estaba estrechamente relacionado con la falta de formación previa, por ejemplo en pregrado, lo que supone que los estereotipos sexistas en torno a la violencia machista siguieran intactos en ellos.

Una de las ideas preconcebidas más frecuentes, es la que apunta a que las mujeres no sólo pueden ejercer también maltrato, sino que además

ellas pueden “aprovecharse” de las circunstancias legales para utilizarlo como arma contra los hombres en sus relaciones personales, en otras palabras, a través del uso indebido de las denuncias (“falsas”).

A esto se añade la creencia de que desde las instituciones se da una mayor importancia a la violencia de género porque “está de moda”, cuando la realidad muestra que existen otros tipos de violencia tanto o más graves (maltrato a menores, terrorismo, etc.). Esta situación entronca con lo anteriormente mencionado de que “existe” en el ámbito institucional una intención política (fomentada por el lobby feminista. Ello genera rechazo por no responder a causas verdaderamente objetivas y para evitarlo, recomiendan cambiar la estrategia formativa.

Si embargo, como también reflejan por otro lado las entrevistas, gracias a la formación algunos alumnos sí pudieron distanciarse de estos posicionamientos, mostrándose incluso críticos con aquellos que los sostienen:

-“A nivel global tenía la sensación que esto obedecía a una intención política, en donde un grupo de mujeres querían ocupar lugares de privilegio que antes no tenían y que no era tan preocupante, que las mujeres se deprimen más y son más ansiosas, que no es para tanto vamos...este es el comentario, lo que pululaba previamente a hacer los cursos y lo que sigue pululando...hubo una fase en la que yo cuestionaba realmente” (S8)

-“Sí que he vivido, cuando se empezaron con los cursos para todos los equipos, pues nos reunimos varios profesionales y sí recuerdo algún compañero con muchas resistencias, decía -que hay casos fingidos, que si esto de que todos somos maltratadores qué es-” (S9)

-“El que más grita parece que tenía más razón...pues decían que esto era mentira, que era falso y que las mujeres también engañaban, luego estaban los que no decían nada... lo que inquietaba más era esto de que si una mujer denuncia, según está la ley, y decía que había sufrido un maltrato, pues en primera instancia se reprime al hombre y se le juzga, que había mucha falsedad, que se podía mentir muy fácil a nivel general, luego nos dijeron que era sólo un 2% de los casos...” (S11)

-“En otras ocasiones las resistencias o cuestionamientos, pues esto de que con tanta violencia que hay pues por ejemplo en el tema de menores y agresiones sexuales, que es violencia de género pero nunca se plantea así...como que está ahora de moda, ahora toca formarse en esto cuando hay muchos tipos de violencia...ponen ejemplos de violencia en los institutos con tiroteos, de que estamos en un mundo de violencia, que no hay que tratar esto de la violencia de género con tanta profundidad...” (S12)

6.5.4. Relación con I@s compañer@s de aula: experiencias y dificultades

En esta investigación no se ha querido dejar pasar por alto las relaciones que, según los testimonios, se establecieron entre el alumnado de los cursos específicos en violencia en los que se han formado –todos mixtos-, con el objetivo de visualizar de qué forma los entrevistados compartieron sus dudas, contradicciones y reflexiones y si ello les ayudó en su proceso de sensibilización y aprendizaje. En este sentido, la totalidad de las entrevistas confirman un mismo hecho: la dificultad de los alumnos para interactuar entre sí y la preferencia por hacerlo con las compañeras.

Todos los entrevistados han reflejado que se enriquecieron enormemente con las compañeras cuando compartieron opiniones y escucharon lo que ellas tenían que decir, lo que algunos aprovecharon para revisar sus propias actitudes en sus relaciones con las mujeres. Para ellos, las compañeras de aula se fueron convirtiendo en una “fuente de información privilegiada”, por lo que preferían adoptar una posición discreta y atenta, muy diferente a otros compañeros que estaban a la defensiva:

Es probable, que además de la dificultad para relacionarse que tienen los hombres en general, dada su socialización, la poca o nula comunicación entre ellos que comentan los entrevistados parece existir durante los cursos, pueda deberse entre otros motivos, a la dificultad para interactuar por el temor a verse reflejados en comportamientos machistas, en vínculos en los que la competitividad masculina no deja de estar presente de algún modo, en un ámbito que seguían percibiendo como ajeno y no controlado por hombres. Desde ahí no llamaría la atención la falta de interés por indagar las razones que llevaron a “los otros” a formarse, ni a aprovechar las posibilidades de intercambio entre ellos que el curso les facilitaba:

–“Hablamos muy poco de cómo nos sentíamos, en las paraditas del café pero tampoco....hablé más con otras compañeras...pero con los compañeros no mucho...no hubo debate, sí diferentes puntos de vista en cosas concretas, sobre todo cuando se llega al punto de por qué no se trabaja con hombres...” (S10)

–“Pues la verdad es que hablaba poco, no recuerdo haber comentado por qué estaban allí, me relacionaba poco con ellos, había dos o tres chicos nada más y 20 chicas....tuve menos relación con los chicos que con las chicas...nunca les pregunté pero la impresión que tenía es que estaban un poco de rebote...en el curso de violencia también había tres o cuatro chicos y tampoco recuerdo haber hablado con ellos de porqué habían llegado ahí...conversaba más con mis compañeras” (S1)

-“Hablamos poco los chicos...hablé más con las compañeras...se hablaba de la dificultad de que en la carrera no nos habían formado, no teníamos experiencia y cómo manejar estos problemas en la consulta, también veías cómo ellas se comportaban y entiendes muchas cosas, por las cosas que van diciendo” (S2)

-“..creo que habíamos unos veinte y sólo 5 hombres...todos los que estábamos allí nos habían elegido nuestras gerencias respectivas...pero tampoco comentábamos por qué estábamos allí...” (S5)

-“En los descansos me limitaba a tomar el café y nada más, no hablaba mucho...iba con gente que pensaba un poco como yo...por ejemplo había una mujer que era más de mi forma de pensar...” (S7)

-“En el primer día cuando se habla de las relaciones de pareja, el género, etc., yo creo que a mucha gente le impacta y casi todos toman conciencia de la situación...hay resistencias individuales de personas que están viviendo situaciones concretas, tanto en hombres como en mujeres, no se comenta en clase ni en las charlas de cafetería...” (S8)

-“Con los chicos recuerdo que esto no se hablaba, sí con las chicas, me gustó que con ellas podía hablar de esto, esta comunicación, con los chicos no recuerdo conversaciones...a ellos les veía con motivación, con ganas, porque no estaban obligados...pero sí esa cara de perplejos, como de estar revueltos...” (S9)

6.5.5. Las resistencias no sólo son masculinas

En la investigación quisimos abordar, las posibles resistencias y dificultades que en los procesos formativos los propios entrevistados percibieron que tenían las mujeres, con el objetivo de indagar cuáles pueden ser las resistencias específicamente masculinas y cuáles las que son comunes a ambos sexos.

En base a la información obtenida, una de las posibles resistencias compartidas, apuntaría a la percepción de la violencia de género como una cuestión que puede ser de ida y vuelta entre hombres y mujeres, en la medida en que los hombres también pueden sufrir malos tratos y por ende, no se trataría de una cuestión que afecta específicamente a la mujer:

-“En el curso de violencia había mujeres que tenían la postura de entender las cosas...igual más...reaccionarias que otros chicos...mujeres con posturas más machistas...por ejemplo, estaban continuamente intentando que no olvidemos que también los hombres sufrían violencia por parte de sus parejas, cosas de este tipo, como una reacción...” (S1)

“Una cosa que me ha fastidiado es cuando nos juntábamos y eran ellas las que...una competitividad...normalmente ellas eran lo que las promovían...está en unos y en otros...está en todas partes...escuchaba cosas como –las mujeres son más malas, son más retorcidas, son más inteligentes- esto lo he escuchado de ellas y de ellos...es un sistema de creencias que es intercambiable...” (S3)

En cambio, un elemento claramente diferenciador, según los entrevistados, es la posibilidad de que ellas se vean reflejadas en aquellas mujeres que sufren malos tratos, lo que para algunas se traduciría en la motivación para acudir a los cursos, pero que para otras, precisamente podría ser lo que las llevara a rechazarlos. Según ellos, hay mujeres que cuestionan todos los contenidos de género, porque necesitan desmarcarse de lo que vivencian como un perfil de la mujer maltratada.

Como ejemplos, relatan el rechazo –no exento de desprecio- que algunas sanitarias muestran por las mujeres que según ellas no son capaces de salir por sí mismas del ciclo de la violencia, aludiendo que en su caso, jamás tolerarían esas situaciones, por lo que todo dependería de “la forma de ser de cada cual”

En el caso de los hombres, el proceso de identificación adquiriría características similares, en relación a la autopercepción como sujetos potenciales de ejercer violencia de género, lo que los llevaría también a poner en entredicho todos los condicionamientos sexistas.

“Claro es que todos y todas llevamos estos roles, hombres y mujeres, y esto remueve a todo el mundo...pues vi a dos compañeras del curso tomándose un café saturadas con esto de la violencia, decían que esto se habla en todas partes y a todas horas...ellas también....esto lo he visto en el curso, ver mujeres muy tensas, nerviosas que van destapando cosas, reviviendo y analizando cosas de su vida propia... porque dicen ¿entonces yo soy una mujer maltratada?...pero los cursos no son terapias y la formadora tienen que reconducir la situación para ni ponernos allí a analizar la vida de la compañera ni banalizar su situación...¿por qué ellas van? Podría ser otra pregunta...pues también por la parte que les pudiera tocar, porque les apretará el zapato...” (S9)

“También veías comentarios de compañeras que decían ¿por qué no se denunciaba inmediatamente?, el tema de la inmediatez...pues ver que hay factores que impiden...hay ves contradicciones, de no querer esperar un poco, de querer mover ficha cuanto antes...veía que el tema de defensa jurídica de la mujer, que diera pasos, como solución...” (S10)

“Vi cosas que me impactaron, mujeres muy feministas, críticas con la actitud masculina sin una comprensión lógica de que los hombres han llegado ahí por una cuestión histórica, de cultura...luego estaban las mujeres que no entendían por qué pasaba esto, querían entender la problemática...había dos polos opuestos...” (FS2)

-“En la última promoción eran 27 mujeres y 3 hombres y veías esto en las profesionales...siguen estando condicionados por el modelo biologicista...una mujer precisamente decía que aquí tenía que ver una cuestión hormonal, química que tuviera que ver con estas cuestiones...o que lo social no es nuestro...o comentarios como -esto era antes-, que en la actualidad no pasa...Yo creo que hay un cuestionamiento desde el mundo femenino sanitario de esto de no entender por qué aguantan, esto es más cuestionado por ellas, por la sencilla razón de que se identifican más, es decir, como yo esto no lo haría pues cuestiono a la mujer que no lo hace” (S3)

-“Alguna compañera se puso a la defensiva, estuvo más tensa, porque las emociones se sienten, cuando nos hablaron del mundo emocional pues...me acuerdo que algunas se ponían más tensas porque en el curso sacaban cosas que tienes dentro, pues la gente se pone nerviosa, pues a lo mejor había alguna mujer que se sentía maltrada...” (S15)

6.5.6. ¿Qué hacer con los maltratadores?

Todos los entrevistados han coincidido en que el tema de los hombres que ejercen maltrato ha sido una cuestión poco o nada tratada durante los cursos. Creen que esto debería modificarse ante lo que entienden una demanda cada vez más creciente entre el alumnado. La mayoría ha relatado que al llegar a los cursos carecían de una opinión formada en este sentido, lo que se tradujo en dudas a la hora de poner en práctica su quehacer profesional y muy especialmente en el caso de que los maltratadores acudieran a consulta.

De acuerdo con los testimonios, la mayoría de las inquietudes y cuestiones planteadas por los sanitarios en los cursos, apuntan a la necesidad de contar con criterios de intervención con los maltratadores y por otro lado detectan que muchos alumnos tienen la “necesidad” de encontrar motivaciones biológicas, una especie de gen que determinara las características específicas de los hombres que maltratan:

-“Una de las cosas que dicen los hombres es que el maltratador está enfermo, que es una enfermedad...pero se habla poco, una de las críticas es que a penas se habla de los maltratadores, pero siguen pensando, sobre todo lo dicen los hombres, que ellos tienen una enfermedad y que como está hecho por feministas los cursos el hombre no es un problema de ellas...que se debería plantear un manejo terapéutico del hombre en la consulta, de cómo hacer el seguimiento como el hombre que llega a consulta, esto lo preguntan mucho en el aula...” (FS6)

-“En el curso es donde yo veo que se habló menos...desde el punto de vista sanitario es un tema complicadísimo...mi pensamiento, es un tema muy difícil de abordar porque la formación que tenemos es muy poca...especialmente cuando el hombre también acude a consulta con la mujer...no soy capaz de poder comprender por qué un hombre llega a esto, para mí son como psicópatas...me parece que llegar a ese grado de perfeccionamiento en la maldad no la termino de entender...creo que hay mucho de cultura también, pero cuando a mí me contaban lo que puede llegar a hacer un maltratador, ese grado de ir a más y más...pues me cuesta, porque hay muchos comportamientos que te contaban que uno puede también...pues a mí me parecían auténticos enfermos llegados a este punto....” (S7)

-“¿Qué hacemos con los hombres maltratadores?...esto aparece con mucha frecuencia...no era una cuestión que salía en clase, sí curiosamente en los comentarios de evaluación...muchas mujeres decían que qué se podía hacer con ellos, es decir, actuaciones específicas con los maltratadores...porque a veces los sanitarios en consulta tienen una relación obligada con los maltratadores porque también están ahí, el qué podemos hacer con ellos...en cuanto a identificación e intervención, sí que hay que trabajar más el cómo hay que moverse con un maltratador...esto lo echan en falta, es decir, insistís mucho en las mujeres pero en los maltratadores nos dejáis un poco a dos velas...¿qué hago? ¿Cómo me relaciono con ellos?, porque también aparece también una actitud muy negativa cuando saben que es un maltratador y les condiciona a la hora de atenderle, pero hay que seguir tratándole como profesional, esta neutralidad...” (S8)

-“El problema es qué hacer con ese 10% de hombres maltratadores que generan los síntomas, pero creo que se habla poco, no se tienen herramientas de cambio, he visto a mujeres cambiar radicalmente pero no he visto hombres que hayan cambiado su posición de género..., es un tema que queda por trabajar, sobre todo en temas de prevención...vienen para solucionar un problema que tienen y ya está....” (S9)

-“Con los maltratadores habría que incidir en los grupos terapéuticos, centros específicos, programa de prevención del maltrato, el tema de la rehabilitación...Hay un punto machista y desigual en la ley de igualdad de género, la perspectiva de género es entendida por las instituciones como la acción de apoyo a las mujeres, y los hombres quedan fuera, dentro de las mujeres hay una parte masculina y en los hombres una femenina, los roles han exacerbado solo la parte masculina y no ha dejado a los hombres desarrollar la femenina...no hay un nivel de violencia intrínseca en los varones, esto es un error, empiezan a etiquetar al varón como un ser violento, y esto es negativo... ..” (S14)

También los sanitarios formadores han dejado entrever que ellos mismos no cuentan con las suficientes herramientas de abordaje ante un tema que consideran complejo e imposible de asumir en unas pocas horas de formación. Incluso algunos de los que ya contaban con conocimientos

sólidos en la materia, han reflejado tener muchas dificultades a la hora de abordarlo en profundidad, por el tipo de controversias que puede generar tanto en l@s alumn@s como entre el propio personal docente:

-“Nosotros tratamos de explicar que el maltratador no es un enfermo, no entrar al trapo, pero hay docentes mujeres que dan mucha caña, que utilizan la palabra asesino, que es un tema judicial y que la rehabilitación es muy difícil...” (FS6)

-“El maltrato es una anulación y aniquilación de la víctima, un asesinato del alma y del ser, de la subjetividad...aquí hay alguien que asesina y una víctima...hay alguien malo, un verdugo y una víctima, punto pelota...no nos andemos con tonterías de masoquismos.....Esto no lo comento en el aula...no da a lugar...poco se habla de esto...date cuenta que son cursos de diez horas...” (FS3)

Sin embargo y a pesar de su enfoque biologicista inicial, una minoría va logrando progresivamente contextualizar los malos tratos en la socialización de los hombres en tanto hombres, lo que los lleva a percibir que entonces sí, se podría trabajar en la reeducación de los maltratadores:

-“Mi opinión es que hay que trabajar con ellos también, sí...efectivamente...al fin y al cabo son víctimas igual que ellas, de la sociedad patriarcal, se puede intentar rehabilitar...igual que se hace con otro tipo de delitos” (S5)

-“Pues no se habló mucho, sobre qué hacer con los maltratadores, pues me pillas out, sí que sería importante que estuviera en el curso, que se abrieran por dentro para verse, se habla mucho de reinserción, pero cómo se reinserta, por qué hacen ellos esto, porque ellos piensan que es normal, r...o los educamos y sensibilizamos o cuando vuelvan a la calle seguirían con la misma actitud, educación y corrección de hábitos...” (S11)

-“Los estudios van diciendo que parece que es algo cultural... la forma de reaccionar, no es una enfermedad, esto de ver donde está la línea entre lo personal y lo social, no sabemos qué hacer con los maltratadores, el porqué se produce está situación, qué la desencadena, porque no puedes hacer un tratamiento terapéutico,” (S2)

-“De forma indirecta, ¿qué pasa con el hombre?...pues las compañeras decían que también había que trabajar con él pero había una inmediatez de trabajar con la mujer, sobre todo cuando está embarazada...pero sí se pensó en el tema del hombre, como la otra parte, porque parecía que estuviera fuera, que también había que atenderlo o no dejarlo de lado...esto es muy común en todos los cursos que he asistido...que hay que trabajar con la otra parte...Hay que trabajar primero con ella...es difícil cómo trabajar con ellos, yo he tratado de

sacarles fuera de consulta, pues directamente, para poder estar a solas con ellas...” (S10)

Finalmente, destacar que tan solo un entrevistado se ha mostrado en contra de abordar la rehabilitación de los hombres que maltratan, ya que entiende que están perfectamente integrados e insertados y que por el contrario, es importante marginarlos:

-“No estoy de acuerdo con la reinserción de los maltratadores, porque ellos están perfectamente insertados en la sociedad, son personas normales, con trabajo, a veces muy simpáticos, nadie los margina, no es un problema de reinserción, en todo caso habría que marginarlos un poco...” (S15)

7. Desempeño de la práctica profesional: grado de implicación y dificultades

7.1. Logros obtenidos en su práctica profesional después de los cursos

Uno de los objetivos del informe ha estado enfocado en visualizar cómo perciben los entrevistados que los cursos de formación transformaron y mejoraron su posición y quehacer profesional a la hora de intervenir con las pacientes que sufren violencia de género. Esta valoración de primera mano, podría aportar luz sobre qué cuestiones de la formación han llevado a la práctica y qué resultados se han derivado de un posible cambio de estrategia (por ejemplo, si ello ha contribuido a generar bienestar en las pacientes) acorde con lo que aprendieron en el aula. A continuación se desglosan los principales logros que a su juicio, perciben haber obtenido tras el período formativo

7.1.1. Ahora sí saben detectar

La mayoría de los entrevistados han reflejado que antes de la formación no detectaban los casos aún siendo conscientes de que algo “se les escapaba”, bien por falta de herramientas de intervención en la entrevista clínica, lo que se traducía en un “temor de no saber qué hacer”, o bien porque estaban posicionados en prejuicios o ideas preconcebidas que les dificultaba un posicionamiento terapéutico adecuado. Por esta razón, después de los cursos ellos terminan poniendo en valor la contextualización feminista de la violencia de género, como un *input* que les ayuda por fin a asumir “un tema pendiente”, que les generaba un sentimiento culposo por “lo que en su día pudieron hacer y no hicieron”:

“Te sirve sobre todo para detectar, porque yo no detectaba estas situaciones de maltrato...esto por ideas erróneas, por estas creencias... estas negligencias...Primero aspectos profesionales, sobre todo a la hora de gestionar el tiempo, de la entrevista, de ver que es un proceso crónico, a observar mis propias emociones en relación a las mujeres maltratadas...pues cómo gestionar estas emociones negativas que lo que hacen es perjudicarlas a ellas...una capacidad para entrar tranquilo a consulta y no sentirme atacado...de calma para ver cómo te pones a ello...” (S9)

“Lo que me llamaba la atención de los cursos es que yo estaba trabajando todos los días con mujeres y había algo que veías que me faltaba, una vez superado el tema paternalista con las mujeres, porque todos caemos, pues ves otras cosas...simplemente el preguntar cómo se

siente la mujer en un momento determinado...llegar a escucharla, que es difícil por el ritmo de trabajo que tenemos, ver que te está tratando de decir...ves que hay una pequeña montaña que sale y dices, donde está el resto, qué se me está escapando, no es un sentimiento de culpabilidad pero ver que lo tienes que trabajar de otra forma, por eso lo de los cursos...” (S10)

“Lo que más te puede marcar es la sensación que te queda de no has hecho lo suficiente por evitar situaciones de este tipo, de que miramos para otro lado aún sospechando que ahí puede haber algo en consulta y en la vida cotidiana...pues te da la impresión de que por falta de conocimiento y falta de interés y pocas ganas de complicarte la vida puedes pasar por alto el que aquí algo raro pasa...pues acallas un poco la conciencia y que son cosas privadas, de ellos dos...” (S13)

“En mi caso, una vez que detectaba a una mujer al principio decía, ¿qué hago ahora, qué le digo a la mujer?, ¿que deje a su pareja?, yo me hacía un lío, pensaba que era un problema de salud mental y que había que hablar con el trabajador social...porque aunque no sepas qué hacer, algo puedes oler, porque si han ido varias veces a consulta, pues algo está ocurriendo ¿no?” (S6)

“El curso me ha servido...por ejemplo, antes lo tenías muy claro y decías “pues sepárate”, en los cursos....ahora tienes que ver que igual ella no quiere separarse, a lo mejor hay que dejar que ella decida...que a lo mejor ella se encuentra a gusto por un status económico y quiere seguir aguantando, porque tienen una posición económica, unos hijos, y tu tienes que ser un interlocutor no queriendo romper ese vínculo familiar... antes te limitabas a hacer un parte de lesiones, a derivar a urgencias, a poner un anti-inflamatorio para las contusiones, pero como que no iba conmigo, la sensibilización era nula, pensaba que igual era una mujer que su marido le había pegado porque bebía o porque a lo mejor ella le había tocado la fibra sensible, no me metía a juzgar...dabas el parte, algo como muy judicial, muy legal...luego ya ves lo que hay detrás de eso...” (S2)

“Una vez que te das cuenta y empiezas a trabajarlo, ves el tema de la invisibilidad que tienen la mujer..., pues la sensación de que a nivel profesional yo no puedo ver y que se me escape algo, estar alerta para poder abordarlo bien, porque me parece una cuestión muy seria para un sanitario...” (S5)

Como hemos visto anteriormente, la jerarquización excesiva que tienen del modelo biomédico en el que son formados y desde el cual interpretan el malestar, se puede convertir en un verdadero obstáculo que cierra la escucha al marco referencial de género que se pretende transmitir en la comprensión y abordaje integral del problema.

Lo que también queda claro, es que los que van logrando progresivamente esa apertura, pueden apreciar en todas sus dimensiones el efecto positivo de los cursos, que los lleva no sólo a sentirse “profesionales más competentes a la hora de detectar”, sino también más concienciados de su capacidad de intervenir en beneficio de las mujeres:

“Más que nada cambia en esto de defender el estatus de hombre, pero también te da más capacidad de modificar las cosas en el día a día y te cambia la visión, antes no tenías esta capacidad de análisis, de ver en qué posición se relega siempre a la mujer, pero también cosas cotidianas, desde ver lo que pasa en una cafetería, supermercado...Ahora te das cuenta de que tienes un reto importantísimo, tienes una pequeña parte, pero algo puedes cambiar, de saber que cuando vuelves a la consulta después de los cursos vas a poder hacer mucho más... que puedes percibir como profesional y desde mi rol de hombre que estás tomando decisiones que influyen extraordinariamente en las mujeres, y esto me lo ha aportado esta ruta (formativa)...” (S8)

“Los cursos te dan esto de que yo no soy el padre de las usuarias... ni el catedrático de nada, sólo alguien que les va ayudar en su proceso vital en un momento concreto de su vida...el estilo de no paternalismo...siempre hay que enfocar el beneficio hacia las usuarias...pero ahondar mucho en la entrevista que sea motivadora, de habilidades de comunicación...” (S5)

“Yo ahora siento que estoy muy pendiente, que no quiero que se me pase ni un caso desapercibido...porque ya hay formas que ya he incorporado a la hora de preguntar, el proceso es muy natural” (S3)

“Lo que más me gustó con diferencia es que está muy bien organizado, te enseñan muchas cosas en cómo centrarte en atención primaria, en cómo enfrentar el problema, sí está muy trabajado en cómo actuar, sin ser un protocolo, pero que nosotros podemos hacer muchas cosas...” (S7)

“Pues profundizar más en el análisis en las desigualdades entre hombres y mujeres, saber hacer este análisis, es muy útil para el tema de la salud, y más para el VIH...Me ha ayudado a entender mejor a las mujeres con VIH, como se pueden sentir, como el estigma es peor si eres una mujer con VIH, también porque una mujer que sufre malos tratos es más vulnerable que otras personas, me vale para diseñar intervenciones....para todo lo que tiene que ver con prevención...” (S1)

Pese a las dificultades y resistencias que surgen en el período formativo, ha quedado de manifiesto que aquéllos que logran superarlas, sí incorporan en su práctica profesional, algunas de las cuestiones más relevantes que se trataron en los cursos.

Uno de los resultados más visibles tiene que ver con su nuevo posicionamiento en consulta a la hora de detectar casos. Concretamente,

han pasado de una posición pasiva (por ejemplo, derivando a otr@s profesionales en caso de que las mujeres hicieran explícito el maltrato, u obviándolo si así no fuera), a una posición mucho más activa desplegando estrategias de escucha y seguimiento de las pacientes.

Es evidente que la formación para este grupo de sanitarios implicado, ha tenido resultados concretos en la práctica profesional, ya que han podido tomar consciencia de la posición privilegiada que ocupan a la hora de la detección y de los beneficios para las mujeres, de una correcta intervención que incluya el respeto de sus tiempos a la hora de tomar decisiones vitales (denunciar, permitir ser ayudadas, etc.)

Las dificultades y miedos iniciales, relacionados con la falta de habilidades en la entrevista clínica y con las dudas y contradicciones que les generaba el protocolo a seguir, al detectar un nuevo caso (obligatoriedad de hacer un parte de lesiones o denunciar aunque las pacientes no quisieran), han ido dejando paso al progresivo convencimiento de que se trata de un proceso complejo en donde las respuestas inmediatas no siempre son las adecuadas, ya que la mayoría cree que la prioridad pasa necesariamente por respetar lo que demande la víctima más allá de las exigencias legales.

Es así como los entrevistados transmiten, que con mayor o menor dificultad tratan de escuchar, empatizar e intervenir con las mujeres, logrando en general resultados satisfactorios. Y esto parece que se da -seguramente en distinta medida-, con independencia del nivel de interiorización de la perspectiva de género que hayan adquirido. Sienten que su calidad como profesionales de la salud, ha mejorado considerablemente al gozar de mayor seguridad y tranquilidad a la hora de abordar un nuevo caso:

-“Siento que lo que quieren es hablar, contarlo, expresar sus sentimientos...el tiempo es limitado en la consulta, diez minutos...tú simplemente eres un interlocutor, el hecho de decirlo da la sensación de que les ayuda muchísimo, salen desahogadas, diciendo que alguien le ha escuchado que no es del entorno familiar, un profesional, el escuchar es terapéutico, ayuda bastante....” (S2)

-“Yo creo que la clave está en cómo empatices...tratar de hacerles ver que hay que acercarse a ellas sin miedo a preguntar, si muestras intranquilidad...inseguridad en el abordaje del tema no vas a conseguir nada...la hemos perdido, que no se angustien....ellas sobre todo quieren que les ayuden a tranquilizarse, a quitarse esa angustia, quieren que desahogarse, sobre todo la primera vez, para que ellas bajen la tensión acumulada de por sí por la decisión de haber venido...así quizá puedan organizar sus pensamientos...” (S4)

-“Yo intento que haya un seguimiento, aquí está la auténtica dificultad...yo creo que cuando salen por la puerta tienen una sensación de haber desvelado un secreto, esa sensación de desnudez, volver otra vez, yo creo que les cuesta...pero en todos los casos que puedo trato de hacer un seguimiento...el último caso reciente que he tenido ha sido una mujer que llevaba años sufriendo violencia y que lo sabía todo el pueblo. Después de verme a mí ha denunciado y se ha separado, no sé si he sido yo o qué, pero estoy satisfecho...fueron 25 minutos de entrevista... siempre viendo qué quiere hacer, acompañarla en el proceso, hablarle un poquito del tema... simplemente -te lo he contado, nunca había hablado de ello, voy a digerir esto y haber qué hago- pues dejarla...” (S5)

-“Tiene que ver más con las primeras actuaciones que con el sesgo de género...los primeros contactos de una forma adecuada, el ser un apoyo para encaminar a las mujeres, informarlas, porque hay situaciones en las que las mujeres no pueden, no quieren o no desean que las mandes a ningún sitio...quieren desahogarse...cuando ves que hay detrás de esto te ayuda a tí como profesional y a ella como paciente...” (S8)

-“Hay una cuestión fundamental que es la empatía, es decir, soy un varón, entonces cuando una mujer viene, a saber qué está viendo en mí...primero hay una cuestión de empatía para que vea que lo que tiene delante es un profesional que algo entiende lo que le pasa, la otra es la distancia terapéutica, si algo le falta a la mujer maltratada es capacidad para decidir sobre su vida, es que no somos quién para decirle a la gente -divórciate, denuncia, márchate de casa- es una persona y tiene que tomar decisiones por sí misma, empoderarse...porque ella toma sus decisiones, ¿cómo voy a decidir yo si tiene que denunciar o no? (S9)

-“Yo trato de preguntar cómo está la cosa a nivel de pareja, en los medios de protección, en si se sienten cómodas y deciden los dos, pero yo siento que les cuesta mucho tiempo comentarlo, después de escucharlas pues...ella ha dado un paso” (S10)

También se ha querido conocer la percepción de los sanitarios consultados, en relación al nivel de empatía que pueden desarrollar las profesionales de la salud, por el hecho de ser mujeres. Si es que suelen estar en mejores condiciones y por lo tanto tener menores obstáculos a la hora de intervenir. Sus respuestas han ido en la línea de la importancia relevante que tiene la calidad del/la profesional, más allá de su sexo y recalcan que ellos no han encontrado “dificultades extras” por el hecho de ser varones:

-“Yo no he encontrado que tengan más dificultades con varones sanitarios, nosotros preguntamos de todo, te pueden contestar o no evidentemente, pero tú puedes dejarlo para otra vez, empatizar no tiene que ver con el género sino que te vean como un profesional, que puedas entenderla...” (S11)

-“El hecho de ser varón o mujer en el personal sanitario no tiene mucha importancia a la hora de empatizar con la paciente, depende más de la actitud que ellas vean en ti, si tú eres seco, si tu tono de voz es seco, si vas a resolver rápido, depende de tu actitud...” (S13)

7.1.2. Detectan diferentes perfiles y necesidades de las mujeres

En los discursos de la mayoría de los entrevistados, se advierte otro avance significativo en relación a su práctica profesional posterior a la formación. Se refiere a la incorporación de herramientas de análisis sobre el perfil de mujeres con las que trabajan habitualmente (por qué acuden y lo que hay detrás de sus malestares), las diferentes problemáticas y retos que se derivan de esta diversidad y las posibles estrategias a seguir en cada caso. En otras palabras: son conscientes de que no existe un único perfil de mujeres, que no es lineal, lo que conlleva la necesidad de intervenciones heterogéneas. Esto estaría indicando una mayor amplitud de miras a la hora de contextualizar cada caso.

Aún así, la mayoría de los sanitarios ha coincidido en que las características más frecuentes de las mujeres que les llegan, son las de mediana edad (40-50 años), con bajo nivel de formación e hiperfrecuentadoras por problemas de salud crónicos. Este hecho, indica que ellos ya son capaces de ir inter-relacionando las diversas características y elementos que pueden repetirse en un determinado perfil de paciente, sin descartar, como se verá a continuación, otras variables.

Así, reflejan que a menor edad de las pacientes avanzan las dificultades a la hora de visualizar y reconocer el problema. No obstante, precisan que las mujeres de mayor edad tienen más resistencias a la hora de cursar un proceso legal contra su maltratador, argumentando que en este estadio de su vida, denunciar, no influiría demasiado en la mejora de su calidad de vida. Por consiguiente, según sus palabras, las mujeres mayores presentan cuadros de maltratos más extendidos en el tiempo, lo que les hace ser más conscientes del problema, pero también más reticentes a la hora de cambiar el rumbo de sus vidas porque en definitiva, sienten que “a esas alturas ya no merece la pena”.

También, cabe destacar que algunos de los entrevistados han explicitado que detectan la relación que existe entre los malestares de sus pacientes y la sobrecarga por los cuidados familiares. En esta línea, algunos sanitarios interpretan que muchas mujeres acuden a consulta en calidad de emisarias de sus compañeros enfermos, lo que para algunos puede significar un posible indicador de que ellas estén sufriendo maltratos. Esta circunstancia puede apuntar a que han aprendido a relacionar la violencia machista con la reproducción de los roles tradicionales de género, por lo

que el ámbito de los cuidados puede tornarse como un elemento a considerar a la hora de detectar nuevos casos.

Ante esta situación, suelen optar por crear un espacio en donde las mujeres mayores puedan abordar sus malestares y desmarcarse de su rol de cuidadoras, más allá de que tramiten o no las respectivas denuncias o den una respuesta inmediata mediante la medicalización de los síntomas:

-“La mujer que viene a consulta es por mil cosas...yo tengo unas áreas básicas por las que yo pregunto...pero son todos los malestares asociadas al género, las cuidadoras familiares, etc...una cosa que me ha sorprendido mucho es como se piensa que las abuelas que cuidan de sus nietos están felices y contentas y sin embargo lo que descubres es que supone una sobrecarga...lo que pasa es que lo dicen en el contexto adecuado, se relajan y lo cuentan...y si tienen que contarte que las pega o las insulta o tal pues sí te lo cuentan...con bastante distensión, no tienes la sensación de que las estás invadiendo...” (S5)

-“Pues son hiper-frecuentadoras, mujer de 40-50 años, que viene muchas veces triste...este es el perfil que te encuentras en consulta en primaria, chicas jóvenes muy raro, casi nunca viene mujeres jóvenes...la mujer que acude mucho a poquito que el clínico esté un poquito encima de esto la mujer acaba contando...de que hay problemas en la casa...” (S7)

-“Falta tiempo y personal para elaborar unos indicadores más fiables...pero estamos hablando de una franja de edad media de 40 años...una cosa que nos ha sorprendido es que son mujeres que tienen dependencia económica que continúan en una relación de maltrato, otra cosas que nos ha sorprendido es que se acompaña muy pocas veces de bajas o incapacidad temporal en aquellas mujeres que trabajan, a pesar de ser un problema de salud... y que la duración del maltrato es algo espectacular... estamos hablando una media de 14 años de maltrato...” (S8)

-“Hay más gente mayor, que llevan toda la vida, que están hasta las narices de sus maridos, han recibido algún empujón, gritos, amenazas, y dicen que para lo que les queda de vida que para qué...el otro día vino una señora a consulta y su marido era muy dictatorial en consulta, no la dejaba hablar, yo traté de hablar con la mujer a solas y ella me contó que estabas hasta las narices, que no se planteaba denunciar porque tenía más de ochenta años y ¿para qué?” (S11)

-“Ves a mujeres que vienen a consulta para que les explique cómo atender a sus maridos, qué como funciona este aparato, es decir, el marido no viene, es la mujer quién se preocupa de su medicación, y vienen asumiendo esto, diciendo que si no lo hacen ellas el marido no sabe...” (S13)

Por otra parte, los entrevistados han dejado constancia de que las problemáticas derivadas de la intervención con mujeres jóvenes varían sustancialmente por diversos factores. Primeramente alertan que en este perfil, los obstáculos en la comunicación empática son mayores por lo que consideran una brecha generacional entre profesional y paciente. Además añaden el hecho de que suelen estar inmersas en procesos de maltrato relativamente recientes, por lo que todavía no han tomado conciencia de su realidad.

En segundo lugar, comentan que otro aspecto diferenciador atañe a la preponderancia de la violencia de género en el ámbito de la sexualidad entre las pacientes de menor edad. Las problemáticas más frecuentes suelen apuntar a la vivencia de la sexualidad desde una relación desigual con la pareja, con consecuencias graves para la salud integral de las adolescentes. Así, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y una clara posición de sumisión de las jóvenes en sus relaciones afectivo-sexuales, suelen ser los cuadros más frecuentes. A todo ello se añade la falta de corresponsabilidad en los cuidados de protección sexual ya que suelen ser asumidos mayoritariamente por ellas.

En cualquier caso, los entrevistados alertan de que los roles de género en el colectivo adolescente siguen intactos, y muy especialmente en lo que se refiere a las relaciones íntimas. Esta circunstancia anima a los profesionales a poner el punto de mira en la educación sexual igualitaria de las nuevas generaciones, lo que supone una extensión de sus responsabilidades profesionales en donde el tratamiento de los síntomas viene precedido de una contextualización social del problema:

“Lo que sí me da miedo es las niñas...las adolescentes que vienen detrás, no ha habido una brecha generacional, se siguen con los mismos roles...vienen con los primeros indicios, susceptibles de ponerse en riesgo, las llaman al móvil constantemente, las controlan, en el tema de la sexualidad, en la utilización de conceptivos...el comportamiento sexual ligado a la sumisión, llevo a la conclusión de que los embarazos no deseados en adolescentes es una consecuencia más de la violencia sexual, de los roles desiguales, que una chica no exija que se ponga el preservativo es por el modelo sexual que tiene, las infecciones también, tenemos algunos casos...el sida...el concepto de control de natalidad es cien por cien asumido por ellas, son capaces, a pesar de un consejo profesional, de tomarse un anticonceptivo hormonal que les sienta mal porque a él no le gusta el preservativo...empiezan a tomarlo súper jóvenes, con todos los riesgos que esto conlleva...” (S5)

“Las mujeres jóvenes ya están consultando por cosas que las desborda...lo que pasa es que los profesionales no siempre están habituados a cómo se comporta el adolescente...es más difícil con ellas...en la consulta afectivo sexual, en los institutos detectamos situaciones de que la adolescente no es libre en sus decisiones en materia sexual...¿Dónde

pones el límite entre la violencia y las desigualdades y machismos? No es fácil...ellas no planifican su relación sexual, tiene que surgir espontáneamente, les da vergüenza hablarlo, tienen dificultades en poner los límites a sus parejas, no hablan de si tienen o no que ponerse un preservativo, ¿Qué pasa si tu no quieres tener relaciones sexuales y tu chico sí?” (S9)

–“Hay mujeres más jóvenes que han tenido problemas, siento que les cuesta más, quizá porque no se lo plantean..., pues mira, en el tema del control y la micro-violencia es difícil porque es tan sutil y cotidiano, pues cuando vienen una pareja ves que él le come todo el espacio a ella, incluso en el espacio físico...cuando estoy preguntando ella me mira como diciendo, haber qué me preguntas...ahí yo le digo si un día puede venir (sola) y seguimos comentando...es difícil romper con el controlador en consulta” (S10)

–“Chicas jóvenes...sí vienen muchas veces diciendo pues me caído y no pasa nada, luego también el psicológico, pues que ella tiene que callarse porque el marido gana mucho más y la mantiene...he notado más dificultades en las mujeres jóvenes, porque las mayores dicen que han vivido mucho y no tienen miedo a nada, sigue existiendo el qué dirán, pero no tanto en las mayores como en las jóvenes, pues contarle a un profesional algo, hasta que no te consideren alguien cercano no te cuentan nada...nos tenemos que quedar en un punto intermedio que facilite que ellas puedan contar, desahogarse, porque van soltando parte de su dolor, de su pena...pero mientras no tengan claro la ruptura están muy reticentes a contar...” (S11)

–“Sale mucho que las mujeres se ven sometidas a usar o no el preservativo, al final es el varón quién decide...luego dan excesivo valor al enamoramiento y por ello hacen cualquier tipo de barbaridad, por esto las chicas son más vulnerables en este ámbito que los chicos...” (S14)

Por consiguiente, la mayoría de los entrevistados deja claro que los avances y cambios después de los cursos han sido significativos y han producido importantes cambios en su posicionamiento profesional. Primero, porque la formación ha tenido un efecto transformador y ya se sienten dentro de un proceso que les compete. Segundo, porque ahora sí detectan, lo que antes no hacían, pero además se implican ya que son capaces de ir más allá de los síntomas, reflexionar sobre los diversos factores que entran en juego en las relaciones de maltrato, así como valorar las posibles estrategias a seguir. Ello da muestra de que, pese a que sigan sintiendo dudas, contradicciones y resistencias, como se verá a continuación, lo cierto es que de una u otra forma los cursos terminaron dejando una huella imborrable en ellos, poso que sin lugar a dudas ha permitido nuevos avances y la posibilidad de ahondar y mejorar en aquellas cuestiones que siguen aún pendientes.

7.2. Dificultades en la práctica profesional

De acuerdo con los testimonios recogidos, las dificultades a la hora de poner en práctica la formación recibida, suelen ser las mismas para hombres y mujeres sanitari@s y atienden sobre todo a cuestiones técnicas. La falta de tiempo por la sobrecarga de trabajo para realizar una intervención adecuada y los problemas a la hora de poner en funcionamiento el proceso legal que acompaña a la denuncia (muy especialmente cuando aún existiendo indicios objetivos de malos tratos, la mujer no quiere denunciar), suelen ser los obstáculos más frecuentes.

7.2.1. Dificultades en el ámbito legal (parte de lesiones e implicación en el proceso jurídico)

La mayoría siente inseguridad en su relación con el sistema judicial, al no percibir un respaldo institucional adecuado, especialmente cuando surgen dudas a la hora de tramitar una denuncia por violencia de género. Concretamente relatan que reciben información contradictoria sobre la conveniencia o no de emitir el parte de lesiones, derivado del conflicto que se establece entre las demandas de las mujeres víctimas de malos tratos y la obligatoriedad judicial de comunicarlo rápidamente. A ello añaden lo que perciben como falta de delimitación de sus competencias en el ámbito legal, y todo junto da como resultado que muchas veces eviten entrar en este proceso y se limiten a realizar el seguimiento de las pacientes:

-“El problema de los varones, que puede ser también el de las mujeres, es si ella no quiere denunciar ahora, haciendo uso de su autonomía, y si yo no veo peligro para su vida, por imperativo legal tengo que hacer un parte de lesiones que genera una actuación de oficio... este es el punto crítico, pues si derivas bien mejor que tratar mal, el problema es este...Lo que más se repite es la dificultad técnica de manejo, a veces el compañero busca los menos líos posibles, esto de no me meta en líos, que esto te lleva a hacer un parte de lesiones y derivar...la resistencia a asumir mi parte en el tratamiento de esta mujer, el impulso a derivar corriendo, ¿y si no quiere ir al psicólogo?” (S9)

-“...aunque la mayoría sí denuncia, hay otras que todavía están reacias a dar el paso...dos de cada diez mujeres deciden no actuar...con estas estamos intentando protocolizar con un asistente social para que haya un cierto control, un discreto seguimiento, que perder a la paciente, que no se nos vaya....” (S4)

-“Hay un tema que sale mucho que es una constante sobre las cuestiones legales, el tema del parte de lesiones, sólo tiene una resolución desde mi punto de vista...de cuáles son las cuestiones legales del médico ante la paciente...aquí surgen muchas dudas y resistencias, es decir, el hecho

que te digan que ante la evidencia de malos tratos tienes que hacer un parte de lesiones, pues esto puede ser un handicap o una justificación para no tener que intervenir, pero quien supera esta barrera luego no tiene mayores dificultades...es decir, lo primero que tienes que hacer es elaborar una denuncia, pues hay mucha gente que dice pues para esto no lo detecto, porque las cuestiones legales no gustan a nadie...” (S8)

7.2.2. Problemas con los tiempos en consulta

La mayoría de los entrevistados entiende que atender adecuadamente los casos de violencia machista, supone necesariamente un tiempo del que generalmente no disponen, en un proceso que consideran lento y complejo, en donde no es posible dar una respuesta profesional efectiva en un sólo encuentro.

Si bien se trata de una reflexión que puede ser consecuencia positiva de la formación recibida, lo cierto es que finalmente muchos se quejan de que no pueden llevarlo a la práctica por la sobrecarga de trabajo y la falta de apoyo de las instituciones de las que dependen (conciliación de horarios, más personal de apoyo, etc.). Cuando a pesar de ello intentan buscar soluciones individuales, lo hacen a través del apoyo de otr@s compañer@s que puedan sustituirlos, o bien sacrificando sus tiempos extra-laborales:

“EL problema es que si yo tengo que dedicarme una hora a estar con ella, dejo otras cosas sin atender...tendrían que dar más facilidades, esto me produce mucho agobio, el tener que estar buscando compañeros para que me sustituyan...esto te genera agobio porque no puedes dedicarte en exclusividad...” (S4)

“En la formación si tú te vas de tu consulta y no te cubren, cuando vuelves tienes la doble carga, pues una carga doble de trabajo, porque en el curso tenías que estar por la mañana y por la tarde, pues te puedes implicar pero sí te tienes que quitar tiempo personal para implicarte, pues la Administración no te facilita el camino...el tiempo es un problema, porque algunos ven que esto supone un perjuicio y prefieren no hacerlo” (S11)

“Luego a nivel profesional está el tema de la falta de tiempo, es decir, yo veo en mi consulta un listado de pacientes que tengo que atender y el meterte en más cosas es meterte en berenjenales, buscar tiempo donde no lo hay” (S13)

También la falta de tiempo, según los testimonios, puede generar situaciones de desbordamiento que condicionarían al profesional a intentar acelerar el proceso terapéutico, presionando a las mujeres para que reconozcan la situación y denuncien cuanto antes.

Algunos no se refieren a la falta de tiempo, pero comentan que “su desesperación cuando ellas no denuncian”, tiene que ver más con el temor por la futura integridad física y moral de las pacientes (al seguir manteniendo una relación con sus maltratadores). Aunque la información la tengan, es claro que cuesta tomar verdadera conciencia de los obstáculos que les impiden hacer explícito el maltrato.

“Luego hay otras que pese a la agresión no quieren denunciar, insistes y estás con ella, y siguen diciendo que no, llega un momento que te dan ganas de tirar la toalla...cuesta entender el que no quiera...ni siquiera que tú le des información...porque te deja la sensación de agobio, de que en dos días la pueden matar...te genera el miedo a la incertidumbre de que hoy ha sido esto y mañana...me angustia, te sientes desbordado ante estas situaciones...cuando sientes que eres el único involucrado...” (S4)

“Esto hay que evitarlo siempre...porque lo primero que hacen es reñirla, de cómo aguantan ahí...esto se hace mucho, yo mismo lo hice hace mucho tiempo, esto se hace con una afán de ayudar pero sin entender realmente la base del problema...” (S5)

“A todos nos frustra, esto de que vuelvan con él, esto lo tiene todo el mundo, otra cosa es lo que hagas con ello, pues no en el contexto de me desentendiendo y que se pudra si no denuncia...luego también pudiera ocurrir quien intenta convencer a la mujer para denunciar aunque no quiera... la angustia de decir, ¿estoy haciendo bien?... Ahora en los cursos se hace hincapié de esta teoría del principio ético de no hacer daño, que tú no eres negligente por no denunciar, porque lo vas a razonar por qué no emites un parte de lesiones, dejándolo abierto y vas a actuar en su beneficio...” (S9)

“Luego nos costó mucho entender a todos por qué una persona, una mujer, es violentada y por qué se deja...esto entre hombres y mujeres, nos costaba a todos cómo se puede llegar a una situación, es decir, la primera vez que te dan una bofetada pues esto de una y no más, la segunda no me la das...pues personas que veías que llevaban varias parejas que las violentaban, pues algo tendrán, algún defecto tendrá esta mujer, porque sino es imposible, esto era una sensación que no se entendía...el por qué una mujer con experiencia anterior de maltrato volvía a asumir una nueva...no ves la anulación, la capacidad de reaccionar, esto es difícil de entender” (S12)

“Después algo importante, aunque te cabree mucho o te remueva, pues si yo detecto una situación pues ¿sí soy hábil para que esa mujer pueda confiarme algo y proporcionarle una ayuda? ¿y si me rechaza la ayuda? Pues a veces te cabrea, pues a veces tu actitud es que te den morcilla, esto te cierra un campo porque igual la mujer te dice 10 veces seguidas que no porque tiene miedo...esto es importante superarlo...” (S13)

7.2.3. Temor por su integridad física

De forma colateral y como un elemento que quedaba fuera de los objetivos de la presente investigación, ha aparecido en las entrevistas el tema de las posibles consecuencias para la integridad física y moral de los sanitarios que intervienen y se implican directamente con las pacientes que sufren malos tratos.

En este sentido, la mayoría de los sanitarios consultados dice no sentir miedo ante una hipotética represalia del maltratador, por haber acompañado y apoyado a la víctima en su proceso. Sin embargo, uno de los entrevistados ha querido dejar constancia de que en su caso sí existe este riesgo por intervenir en una zona rural, poco poblada, en donde las posibilidades de coincidir con el maltratador son más elevadas:

-“La ultima mujer que denunció y se separó, pues no podía venir a vernos porque era tal el control que tenía sobre ella que era muy difícil...ni siquiera al Centro de Salud podía venir, tuvimos que inventar una historia médica para que viniera 25 minutos a hablar conmigo. Este señor no se enteró que su mujer había venido a contarnos esto...me preocupa que cualquier día se vaya a encontrar conmigo, que sí le he destrozado la vida...cierta preocupación tengo, que me haga algo, sobre todo aquí, en el pueblo...” (S5)

-“Recuerdo en mi primer trabajo que una paciente que tuve que su marido era seropositivo y él casi me pega al comentarte que ella tenía que tomar precauciones y que él le ponía en riesgo constante, conmigo fue violento, esto me despertó, pasé miedo porque pasar miedo es muy chungo, a nadie le gusta pasar por este tipo de riesgos” (S15)

8- Resistencias de la mayoría de los sanitarios en la implicación contra la violencia de género

Las opiniones de los entrevistados muestran claramente que entre quienes se implican y quiénes no, –incluidos quienes la rechazan-, no existen diferencias estructurales, sino distintos niveles de concienciación e implicación que, dentro de la dinámica de un proceso, van de menor a mayor. Encuadrado entre dos extremos: desde una adhesión plena a los modelos biomédicos y a la naturalización de las desigualdades de género, hasta la incorporación del modelo biopsicosocial con perspectiva de género, los entrevistados se van moviendo en su proceso vital y formativo hacia este punto, van superando no pocas resistencias caminando junto a otros compañeros sanitarios, por lo que conocen muy bien lo resistencial.

Si bien la perspectiva de género estructura la realidad de una manera más lógica, amplia e integral que el modelo biomédico, éste último como ya hemos dicho, es aún hoy el hegemónico en la formación y prácticas de todo el personal sanitario –hombres y mujeres- y por ende el que está jerarquizado y legitimado. Dicho enfoque está impregnado de los valores asignados a lo masculino en nuestra cultura, entre los que se encuentra lo característico de la razón abstracta, lo medible, pretendidamente objetivo, racional, universal, cuantitativo y carente de emocionalidad.

Según los entrevistados, las dificultades y resistencias que suelen darse en las profesionales mujeres, tienen que ver con el hecho de que además de que ellas también están sujetas a reproducir los modelos y esquemas de trabajo predominantes en el ámbito sanitario, no desean quedarse fuera de un sistema en donde, pese a ser mayoría, el equilibrio de poder brilla por su ausencia y su capacidad de decisión sigue siendo subsidiaria.

En cambio en los sanitarios hombres, las resistencias tendrían más que ver con negarse a cambiar el sistema de comprensión de los problemas y la mirada (masculina) que han predeterminado como válidos y que la incorporación de nuevos enfoques (por ejemplo, el feminista), cuestionarían, alejándolos de las referencias que les dan autoridad e identidad:

–“Las mujeres profesionales del mundo hospitalario se montan en el rol masculino inmediatamente, porque es el que perciben que funciona, van al dato, a lo que parece objetivo y científico...el modelo de referencia es el modelo de trabajo masculino, incluso ves que muchas

de ellas dan más autoridad a la palabra de los compañeros de profesión” (FA4)

“Esto también se da en mujeres, de que la inteligencia emocional es de segundo orden, en general tienen más prestigio lo que se evalúa de forma científica y biomédica...porque están acostumbrados a que esto da más prestigio y la mentalidad machista ha tenido mucho que ver en esto...quieren solamente lo propiamente científico, esto pasa mayoritariamente entre varones pero también ves a muchas mujeres que dicen esto, sobre todo en enfermería...cualquier aspecto que tenga que ver con lo afectivo, emocional, es una cuestión de segundo orden...si es un problema social nos lavamos las manos y se pasa al trabajador social, pues dicen, no es problema nuestro...” (S12)

“Hay una masculinización de las mujeres, esto es lo más llamativo, pues en el vestido, en costumbres, pero las mujeres desgraciadamente no están incorporando un modelo de masculinidad positivo, están cogiendo lo peor de lo masculino, porque lo asocian al poder, porque los roles culturales no necesariamente tienen que asignarse a un sexo, las mujeres están escogiendo mucho modelos más agresivos y de riesgo, posiblemente para equilibrar la balanza...” (S14)

Desde la jerarquización del modelo biomédico que impregna a la mayoría, los entrevistados han desglosado las diferentes argumentaciones que se esgrimen entre los sanitarios, pero que según ellos, casi nunca se expresan de forma explícita. Estas argumentaciones se describen a continuación.

8.1. La violencia de género como asunto secundario y poco prestigioso: no está puesta en valor

“Yo tengo un jefe con el que me llevo genial que me dice...tú con lo que vales qué haces metido en violencia de género...que debería estar en otro sitio, llevando proyectos de calidad, dentro del mundo sanitario esto tiene poco prestigio...dentro de la profesión lo que tiene más prestigio, sobre todo en formación, son los temas vasculares...incluso en alguna ocasión algún profesional que trabaja en el diseño de cursos, de otros, me ha dicho que -ya le tenía hartos con la violencia de género” (FS6)

Nos parece que esta cita, que como se verá a continuación no es la única, expresa de forma muy clara, que ocuparse del tema de la violencia de género, muy lejos de estar jerarquizado en el ámbito de la salud es un tema desvalorizado. Lo que convierte en casi prohombres a aquellos que aún así, de una u otra manera se implican, si se considera que los condicionamientos sexistas continúan desarrollando más en los hombres,

la necesidad del reconocimiento y prestigio social en todo lo que emprenden.

Además, como se verá en algún testimonio, la frustración y la intolerancia al fracaso o a lo que no tiene solución inmediata, convierte a la violencia machista, en un asunto muy poco atractivo para los profesionales de la salud.

-“Dedicarte a la violencia de género o a cualquier cosa como el trabajo con drogodependientes o ancianos no se valora, tiene menos valía, yo estoy en una profesión de mujeres, ...se valora a los cirujanos, pues si dices- mira he hecho tantas rinoplastias- pues la gente lo admira...” (S15)

-“Pero si el tema es de infantil, tampoco van hombres...mujeres y niños no cuentan...sea el tema que sea para los hombres...son temas que se ven como menores...aquí está la cuestión de género... no interesa para quien determina lo que interesa, para los que están arriba, los hombres...Esto a nivel de prestigio no da prestigio...no da...nos pasó con la tesis, después de leerla la gente nos preguntaba sobre qué la estábamos haciendo... y cambiaba completamente el aspecto de la gente...se quedaban como parados... y decían –ah que interesante, esto está de moda- y cambiaban de tema... nos empezamos a dar cuenta que nos estaba pasando algo parecido con la violencia de género, que nos daba vergüenza hablar del tema de nuestro trabajo, es un tema que no está...” (S3)

...”Luego esto del prestigio...mira probablemente tenga mucho que ver, los médicos no toleramos el fracaso ni la frustración, es decir, todo aquello que no nos garantiza una resolución a poder ser de la forma más inmediata posible, no se si tiene que ver con el ego o por considerar que tiene que ver con el fin de nuestra profesión, esto no nos gusta...por eso hay situaciones de las que nos distanciamos...” (S8)

-“Desprestigio no sé, invisibilidad sí..., no está puesto en valor, no van más allá...ver que una mujer que tiene depresión puede llegar a tener hipertensión, relacionar ambas cosas...pero no es una cosa prioritaria... se sigue viendo como un mal menor” (S10)

-“Yo no me he sentido cuestionado, pero hay gente que prefiere dedicarse a otros temas, porque es más llamativo, se ve más, te luces más, luego a otros nos gusta hacer una labor más por debajo y que no se nos vea...pero esto es un tema más personal, de cada cual...” (S11)

-“A mi me cuestionan en todo...cuando hablo sobre todo de educación con perspectiva de género en los niños y en temas de violencia...además esto no da prestigio, esto se ve como...trasnochado...da más prestigio que vayas a un congreso y hables del último fármaco de no se qué...a mi en general no me escuchan...” (FS5)

-“.. no da puntos, el que está ahí es porque quiere estar, no da rédito, es un tema espinoso, molesto, que todavía genera ampollas, hablar de violencia de género todavía a veces es tabú....” (S 4)

Además, algunos entrevistados han mencionado el papel importante que juega el interés de las industrias (farmacéuticas y tecnológicas), en el poco prestigio que tiene el tema de la violencia machista dentro del área sanitaria. Según ellos sus beneficios económicos derivan de la medicalización y tecnologización de los problemas de salud, inherente al modelo biomédico hegemónico, y por tanto las industrias afines lo defienden por conveniencia empresarial. La violencia de género como problema biopsicosocial, no se resuelve con medicamentos ni aparatos y por consiguiente no interesa a estas industrias, que son las que aportan muchas veces fondos para formación, investigación y resolución de enfermedades:

-“La violencia de género no produce beneficios...en este sentido a las farmacéuticas les iría mejor si nada cambiara....como están las cosas, pues recetar el doble de antidepresivos, ansiolíticos, el doble anti-inflamatorios, esto está claro, es una perversidad....esto está muy contaminado, muy prostituido por los intereses de la industria farmacéutica que no quieren solucionar la violencia....al revés...” (S8)

-“El mundo de la medicina lo controlan la industria farmacéutica y la tecnológica...aquí no hay negocio, no hay pastilla ni aparato diagnóstico, si hubiese una pastilla para ese 10% de población que sufre violencia de género tendríamos este tema todo el día, habría mucho interés...de este tema no se puede sacar tajada, no hay un interés económico importante, a diferencia del tema por ejemplo cardiovascular, aquí si se saca tajada...sí hay negocio” (S6)

8.2. “Es un tema de mujeres, sesgado por la carga feminista y la agenda política de turno”

De acuerdo con los testimonios recogidos, hay muchos compañeros y algunas compañeras de profesión, que perciben el enfoque feminista como una estrategia que pretende colocar a las mujeres en una situación de ventaja con respecto a los hombres, equiparando machismo con feminismo, lo que les produce un rechazo inicial.

Entienden que uno de los motivos por los que fundamentalmente los sanitarios no acuden a la formación, es porque no les parece neutral ni objetiva y que estaría sesgada por intenciones políticas dependiendo del gobierno de turno. Perciben los cursos como lugares de adoctrinamiento, más que como espacios formativos interdisciplinares que podrían mejorar su calidad profesional:

-“Hay una resistencia de todo el mundo, más de los hombres pero también de las mujeres...estos cursos no son de los que más venden...primero nos salta el chip de “ya vienen las feministas extremas, que tienen una forma de ver las cosas muy monolíticas, muy críticas”, la gente no comulga y mucho menos los hombres... que ya están las pesadas feministas, que están siempre R que R, siempre con lo mismo, que están con las tonterías del lenguaje, que digamos las y los, un poco como qué pesadas....” (S1)

-“Pues dicen estas personas, mujeres feministas que están trabajando en centros...dicen que yo soy feminista, pero claro, a mí me cuesta esto, siendo hombre ¿cómo puedo ser feminista?...yo les he intentado explicar muchas veces una cuestión... que no tiene que predominar un género sobre el otro, y que uno no puede machacar a otra y punto...para mí es nítido...yo no llego a mi trabajo a través de una ideología previa...no hay teoría detrás” (S3)

-“Los argumentos que utilizan pues -esto es una manipulación de las feministas que en los últimos años tienen un poder muy importante...luego mucha gente piensa que esto se ha puesto de moda, que está en la agenda política, sobre todo a partir de 2000. Pues mira esto no significa que se haya puesto de moda, porque es un tema vital, porque en la atención primaria se atiende al 80% de la población...detectar, empatizar, entender el proceso, esto es lo más difícil” (FS6)

-“ (muchos compañeros)no lo ven como parte del currículo profesional, como no está incorporado en la formación previa, pues se ve como algo con un punto ideológico, de estas feministas, estas cosas raras” (S9)

-“Las feministas han estado muy relegadas desde siempre y ahora han encontrado un espacio en donde está muy ideologizado el discurso, falta un trabajo más abierto y más técnico, porque se percibe como un discurso demasiado ideologizado, esto hecha para atrás, no solo a varones sino también a mujeres profesionales...” (S14)

8.3. La violencia de género no es competencia de la sanidad, sólo sus efectos físicos

-“Para el maltrato no hay receta, pero siguen dando ansiolíticos, para que la persona se adormezca...escuchan dos minutos a sus pacientes y le dan un medicamento y ya han cumplido su misión, ven que está bien, la institución no les dice que esto sea su responsabilidad...no se si están muy interesados realmente en hacerlo de otra manera...mientras sea una cosa que puedan esquivarlo lo harán, hasta que no lo hagan obligatorio...Los médicos no van a los cursos, creen que es de enfermeras, que son cursos de carácter social que nada tiene que ver con su profesión” (S15)

Una vez más se puede comprobar, cómo al orientar la práctica médica sólo hacia el tratamiento de los síntomas, se excluye por completo la relación que existe entre los malestares y el desarrollo integral de la vida de las personas.

En este contexto, la violencia de género se sigue percibiendo como una cuestión social y no de Salud Pública, por lo que no competiría al personal sanitario sino a los agentes sociales, psicólog@s y psiquiatras.

Precisamente los entrevistados van apuntando a que se sigue tratando a las mujeres como a enfermas, lo que genera un círculo vicioso en donde ellas terminan por requerir este tipo de intervenciones. Esto lleva a que algunas víctimas de la violencia de género estén años tratándose sólo con medicamentos y deambulando por diferentes consultas, sin tener la menor idea del origen de sus malestares.

La mayoría de los sanitarios que participaron en este proyecto, definen a este perfil como mujeres hiper-frecuentadoras. Dicen que aún antes de la formación ya eran conscientes de que existían, y de la ineficacia del tratamiento sintomático, que no sólo no disminuía los problemas sino que generaba otros. Algunos han reconocido cierta negligencia y pasividad frente a cuestiones incómodas: ¿cómo resolver una cuestión emocional-afectiva con fármacos? ¿La somatización de estos malestares no orgánicos puede despistar a los sanitarios? ¿No será que el enfoque biomédico deja de lado estas problemáticas?:

-“Hubo un caso de una mujer que estuvo 15 años deambulando por el consultorio y todo el mundo lo sabía, tomaba muchos fármacos y cada vez tenía más problemas...pues tiene que ver con que seamos tan prescriptores con las mujeres, el dar un ansiolítico para todo...de resolver los problemas inmediatamente y lo que hemos condicionado a la población para que así sea, para que lo demande, para buscar el éxito y resolver problemas, pues te receto un ansiolítico y la persona soluciona esta demanda...pero no indagas ¿por qué te pasa esto? Y que yo te de la oportunidad de pensar sobre ello...para reducir los niveles de ansiedad, pero este modelo es un modelo al que los sanitarios no están acostumbrados, porque tienen esa presión de la respuesta y el éxito” (S8)

-“Estamos muy mediatizados por el contenido puramente científico de las cuestiones, que no es malo, pero no sólo esto, pero muchos especialistas sanitarios dicen “esto no es mío”, esto al traumatólogo, es decir, estamos sectorializando tanto que vamos a caer en el error que a una persona vamos a dividirla en trocitos que luego no van a tener conexión, este es el problema de los sanitarios, queremos resolver el problema sin entender que hay detrás de esa persona, de verla como algo global más allá de un síntoma...hay una súper-especialización mal entendida...” (S13)

-“El sistema sanitario no está capacitado para abordar este tema, habría que generar dispositivos específicos y abordar el contexto, que es lo que pasa, pues que la medicalización es la solución, no pueden escuchar, no pueden permitir que la mujer expresa y se libera de esa angustia, entonces lo tapo a base de ansiolíticos...pero esto lleva muchos años...pues taponarlo con antidepresivos, con lo cual no se soluciona nada...aquí el sistema sanitario está muy limitado...el maltrato hay que abordarlo desde una perspectiva más estructural, si quieres acabar con la violencia hay que acabar con toda una cultura de un país...” (S14)

-“Creo que el problema del personal sanitario es que tienen mucha sobrecarga y ellos dicen que quién se tiene que encargar de esto es el trabajador social y el psicólogo...muchos piensan que la mujer está enferma y hay que mandarla al psiquiatra para tratar la depresión...porque al final trabajamos mejor con lo físico, y lo social se queda...” (S7)

-“No están interesados, sólo quieren dedicarse a intervenir desde la tecnocracia y no desde la comprensión del problema, sólo quieren medir el avance, los test, las mediciones, esta mentalidad positivista que también puede darse en mujeres” (P1)

-“Si el enfoque con el que se entra en el tema es poco epidemiológico en una población sanitaria que tiene solo enfoque cuantitativo y epidemiológico...Quieren una medicina basada en evidencias, porcentajes,...o le sacas la sangre y calculas el colesterol, es o no es...La formación en violencia de género no se puede dar en algunos ámbitos, por ejemplo, en traumatología, aquí no entramos porque es el ámbito más machista...porque dicen que este tema no es suyo, que ellos están para colocar un hombro y punto, no para detectar, que no es su función...dicen que esto es función del trabajador social, en todo caso dicen que les expliquemos cómo atender a una mujer que viene con un traumatismo concreto pero nada más...” (S6)

-“Se utiliza mucho la biomedicina y lo psicosocial está muy poco presente....prima más el diabético o el hipertenso, cosas que se ven más fácilmente, cuando comentas a los compañeros que la violencia de género es superior a la diabetes o la hipertensión, pero no sabemos cómo valorarlo, pues ellos dicen que es interesante, pero nada más, quieren medir, vamos a medir la tensión, se quedan ahí...” (S10)

-“Luego hay una mentalidad positivista entre varones sanitarios...de lo biomédico...es decir que hablen de patologías, las contraindicaciones, cómo se hace la técnica, porque esto no implica la revisión de actitudes personales...yo incido mucho como formador en la bioética, esto hace revisar cosas, como el paternalismo, esto de aquí yo ordeno y mando porque soy el médico, porque ellos siempre han tenido esta mentalidad, de juicio desde arriba, yo te mando y tu obedeces en la relación médico – paciente, cambiar esto genera muchas resistencias” (FS12)

8.4. Cuestionamiento de las causas, falta de credibilidad

No debería extrañar que la mayoría de sanitarios descrea del origen real de la violencia de género, cuando los más sensibilizados - que ya tenían algún interés previo a la formación-, como lo son los entrevistados, reconocen que no sólo lo cuestionaban, sino que no creían en el impacto que pudiera tener en la salud integral de las mujeres.

Según ellos, la diferencia con otros que se mantienen en la posición de rechazo inicial, es que siendo más sensibles y permeables al tema, fueron superando sus resistencias gracias a que en la formación en principio les ofrecían datos objetivos, científicos, estadísticos, testimonios directos, etc. Ha sido más adelante cuando pudieron ir incorporando el enfoque social y la perspectiva de género en el abordaje del problema.

Por otro lado, transmiten que una de las cuestiones que se repite con más insistencia entre los sanitario, es la corresponsabilidad de hombres y mujeres en los casos de violencia: ellas ejercen maltrato psicológico en detrimento del físico, más utilizado por los hombres en aras de supuestos condicionamientos biológicos. Ello entronca con la búsqueda incesante de un origen genético que permita definir las características concretas de personas que sufren o ejercen malos tratos.

Pero también comentan que abunda la presunción de manipulación de parte de las mujeres, que pueden utilizar el tema de la violencia en beneficio propio, como arma arrojadiza contra los hombres de los que desean divorciarse (denuncias falsas) y todo promovido en los últimos años por las políticas de igualdad que desarrollan algunas instituciones:

“Explicamos por qué existe la violencia de género, cuál es el proceso, por qué cuesta tanto salir, yo doy este marco...después de dos horas algunos dicen pues mira no me lo creo...esto sale muchísimo, por esto tenemos peleas con los alumnos y alumnas por esto de no me lo creo...casi siempre lo dicen los hombres pero también algunas mujeres..”(FS6)

-“Incluso te rebaten los datos, no se los creen” (P2)

-“Se decían cosas como si esto es una cosa de mujeres, para qué van a venir, se van a sentir criticados, si son historias de mujeres...esto de que ellas también agreden psicológicamente, hay mucho dilema entre la violencia psicológica que provocan ellas con la agresión física...” (S2)

-“También aparece mucho el tema de las denuncias falsas, es un tema tan coñazo...todo el mundo conoce un caso de una mujer que maltrata...como sólo conocen un caso hemos llegado a la conclusión de que todos conocen el mismo caso...y si es denuncia falsa ¿y qué?,

rentistas por depresión en mi consulta tengo unos cuantos y nadie se ha planteado que por esto no exista la depresión, pues lo mismo con las mujeres....” (FS3)

“Me han llegado a decir muchas veces que sus pacientes (mujeres maltratadas) son sadomasoquistas, no se lo creen del todo” (P1)

“Si hay dudas...se generan dudas en el sentido de que utilizan hechos puntuales (denuncias falsas) para generalizar, están deseando que aparezca esto en televisión para generalizar...para decir que todas son iguales...que se está exagerando, te ponen ejemplos de programas de televisión en donde hay mujeres que abusan de estos recursos, también el hecho de que se utiliza como arma para el divorcio, para conseguir la custodia de los hijos...” (S4)

“Creo que no se lo creen del todo, estoy seguro de esto...mi percepción es que el mundo sanitario no lo tenemos muy, no es un problema que lo tengamos interiorizado, no es un tema que se aborda mucho... no lo tenemos claro, seguimos teniendo un concepto más de pensar pues -algo estará pasando para que se de esta situación-, no decir algo habrá hecho, pero sí algo de esto...” (S7)

“Luego el tema de que ellas mienten mucho, de que no es real, esto todavía lo veo en algunos compañeros...” (S11)

“Lo que veo en el mundo sanitario es que, el varón... la actitud con la que te enfrentas al problema es una actitud muy poco agresiva contra la violencia, muy tolerante frente a la violencia, es decir, para que sea violencia tiene que ser demostrable...” (S13)

8.5. Escasez de tiempo

En los apartados anteriores, hemos podido apreciar que algunos hombres en su práctica profesional posterior a la formación, dejaron constancia de la dificultad que supone la falta de tiempo a la hora de aplicar lo aprendido. Si en los cursos se insistía en la importancia de detectar y acompañar un proceso progresivo y complejo, se encontraban en la realidad con que la sobrecarga y saturación de los tiempos disponibles los sobrepasaba y que incluso eso llegaba a generar consecuencias negativas en algunas pacientes.

Sin embargo reconocen, que estas dificultades también pueden ser utilizadas como justificación de la falta de compromiso profesional de muchos, ya que finalmente “es más cómodo no detectar”, para evitar el proceso legal que eso conlleva. Persiste entre la mayoría de los sanitarios que no se formaron, la percepción de una exigencia institucional que les obliga a hacerse responsables de algo que no les compete. Así,

argumentan que ya están sobrecargados de pacientes, por lo que el cumplimiento de “un nuevo protocolo” les supondría una carga que no están dispuestos a asumir y menos en una cuestión que entienden como coyuntural, más que una necesidad real de la salud:

“Hay muchos profesionales que ven el tema de la violencia como que satura, que está muy presente ya en los medios, que está a la moda, médicos que dicen bastante tenemos con trabajar con la diabetes o cardiopatías y ahora quieren que sepamos cosas de violencia, lo ven como una carga de trabajo, de más horas, que ahora es una moda hablar de esto, que ahora de repente los profesionales se tienen que formar para quedar bien...esto suele pasar mucho entre los médicos de cabecera” (S1)

“A muchos sanitarios les gusta que les des el trabajo hecho, que le den el protocolo, más que hacer este tipo de preguntas...son muy cómodos, porque lo siguen viendo como una cosa de mujeres... hay otros que lo ven como una moda... que les va a traer más carga de trabajo” (S4)

“Hay y habrá muchas resistencias...a ponerse las gafas de género, que al fin y al cabo es la base, y con el tema de la violencia...dicen que -no sirve para nada-, -que hacemos el parte y luego vuelve con él-, -menudo marrón, no tengo tiempo para ponerme a preguntar...yo creo que todas estas cosas están ahí...muchos lo ven como carga de trabajo...” (S5)

“El problema es que muchos sanitarios están quemados...y ven cualquier cosa como una carga...pero nosotros no obligamos a nadie a realizar un curso, porque no tiene sentido...porque dicen ¿qué pasa ahora nos van a mandar más pacientes de los que tenemos?... y dicen – otro protocolo” (FS6)

“El enfoque del curso va dirigido a profesionales sanitarios, y ahora están viviendo un momento de mucha presión, tampoco quieren más problemas, es decir, no me metas en más líos, no es porque sea el tema de la mujer, es en general” (S7)

“Actualmente la medicina está sobrecargada, se les escapa muchas cosas, se detecta más en enfermería que en medicina, hay mucha gente esperando en consulta y se puede escapar algo, pues ven que vienen con ansiedad o deprimida y derivan o medican...yo creo que es por sobre carga, por tiempo...Para detectar tienes que estar dispuesto a ayudarlas y entenderlas, si vas muy rápido se te escapan, luego vuelven con otro problema, pues paracetamol y ya está, pues no buscas más...” (S11)

8.6. Toca en lo personal en tanto varón

Necesariamente, incorporar la perspectiva psicosocial y la temática de género implica una revisión personal. Por un lado, trascender el modelo

biomédico supone también trascender sus premisas (racionalidad, valoración de lo medible y lo evidente, científicidad, pretensión de universalidad, desatención de procesos emocionales que interfieran en la consecución de respuestas inmediatas). Como estas premisas están íntimamente relacionadas con los valores de la masculinidad tradicional en que los hombres han sido socializados, la revisión del modelo sanitario lleva a que, de un modo u otro, esa masculinidad también sea puesta en cuestión. Por otro, reflexionar sobre las desigualdades entre los sexos conduce sin ninguna duda a revisar las propias historias de vida, así como los comportamientos y actitudes machistas frente a las mujeres cercanas y muy especialmente en la pareja, y esto es lo que se hace más evidente en los relatos de los entrevistados.

La revisión personal desde la perspectiva de género, resulta estimulante para los hombres previamente sensibilizados, que desean mejorar sus relaciones de pareja y que han puesto en valor, no ser machistas. En otras palabras, el tema les interesa también por el beneficio que les pueda reportar en las relaciones personales con las mujeres en el ámbito privado, o por la preocupación que les genera que sus hijas puedan sufrir cualquier tipo de discriminación de género.

Sin embargo, según los entrevistados, los hombres más resistentes a este tipo de sensibilización, lo son porque no han revisado las actitudes machistas que persisten en ellos, que por otra parte están muy interiorizadas, lo que les hace colocarse en una constante posición de “defensa” por sentirse señalados y cuestionados:

–“Primero toca lo personal, lo tengo muy claro, meterse de lleno en este mundo remueve mucho, los sentimientos que eran común era esa revolución interna, ese malestar interno que te produce ver aquello, agradable no es para nadie...esto puede impedir que otros se impliquen...pero yo creo que en el fondo es el miedo, miedo a enfrentarte a esta situación, a no saber qué hacer, miedo a uno mismo, cómo afrontar el problema...” (S13)

–“Entiendo que con este tema por parte de los profesionales sanitarios hay muchas resistencias, básicamente porque somos machistas, igual que con los inmigrantes, porque muchos somos profundamente racistas... además algunos hombres que nos podamos sentir interesados igual nos da un poco de corte, por decir algo no apropiado, se pueden sentir incómodos por considerar que el ambiente que se genere en los cursos no se van a sentir a gusto, esto está muy presente.....” (S1)

–“Tienes que cuestionarte cosas personales y no todo el mundo está por la labor, porque tienes que cambiar muchas cosas que te han enseñado desde la infancia, esto les echa para atrás... pues esto del abordaje de lo cotidiano hay un poco sálvese quién pueda el abordaje cotidiano no se lo plantean...” (S10)

-“Pues sí puede dar miedo, pues acercarse, que se vean reflejados en un espejo, porque allí te abres y te ves en un espejo, por dentro, cómo eres, tu te haces un examen de cómo estás tú, hay gente que no le gusta enfrentarse a la realidad...yo era de los que pensaba que no había ninguna diferencia, que yo me encarga de la misma forma de los hijos que mi mujer...pues el preguntar a la otra persona qué le parece tu actitud, pues en las discusiones...te da una actitud de preguntar a la otra persona” (S11)

-“Yo he escuchado entre algunos compañeros de profesión de que si les ha ocurrido eso es porque se lo merecen...que son mujeres que quieren cambiar la tortilla, tener el poder, controlarlo todo...todo esto les da miedo, perder el estatus de poder de varón...” (S2)

-“Luego ves a gente que está muy bien formada, psicólogos y psiquiatras...todo se lo tomaban por lo personal, la crítica...empezaban a hacer una defensa corporativa...no planteaban una auto-crítica...porque ellos están haciendo barbaridades, identifican cosas que se lo toman en lo personal...cuando hablamos de violencia de género algo toca...está el concepto de las mujeres nos están quitando el espacio...pasa con las plazas, muchos hombres piensan que las mujeres ahora están quitándoles terreno...no entiendo porqué no van a los cursos, igual que no entiendo porqué los hombres no van a cursos sobre niños...” (S3)

-“Creo que me cuadra esto del sentirse aludido...incómodo y para pasar un mal rato, señalado, como representante de los hombres...al fin y al cabo se está hablando de maltrato de los hombres y aunque no seas maltratador estás bajo sospecha...El varón tiene que luchar un poco en contra de...la cultura, de vencer a su propia naturaleza...hay condiciones naturales que favorecen...y esto supongo que es muy tentador ponerlo en juego” (S3)

Estas situaciones que indudablemente frenan la implicación, se agravan aún más cuando perciben la posibilidad de verse como hombres maltratadores potenciales, lo que definitivamente les genera un rechazo frontal a la formación en género, argumentando que sólo es el reflejo de una estrategia de las mujeres para acceder a posiciones de poder.

El enfoque del tema de la violencia machista, como una cuestión que atañe a la socialización en los roles patriarcales de género y por tanto, bajo la premisa de que todos los hombres per se están sujetos a reproducirlos, lleva a los más resistentes a aferrarse aún más a la perspectiva biologicista, que es la que les permite sentirse a salvo:

-“Hay compañeros que se sienten muy atacados personalmente cuando se hablan de estas cosas, pero luego lo desvían cuando se lo planteas...pues recuerdo algún compañeros con ganas de trabajar pero con un malestar de esto de que todos somos maltratadores, de cómo

pones los matices...pues ver cómo no sentirse atacados personalmente y hay muchas formas de defenderse de esto...percibían que esto de la violencia pertenece a los otros hombres, son siempre los otros, esto del gen... yo he visto más de una vez de decir sí esto está bien pero a ver si vamos a pagar justos por pecadores, es decir, si yo se que no ejerzo violencia pues a ver si ahora me van a señalar, cuidado” (S9)

“Entiendo que hay una vulnerabilidad de los hombres, se sienten agredidos en su ser, muchos nos dicen que el hombre por ser hombre ya es maltratador en potencia, se sienten agredidos...yo también tengo rasgos machistas, con lo que a muchos les remueve actitudes y formas de pensar que tienen...” (S6)

“Hay un cuestionamiento de los roles establecidos, se pone en duda la estructura familiar, esto echa para atrás, es un temor a enfrentarse a ello, esto impacta mucho...hablar de la base de la perpetuación de las desigualdades de género....molesta más hablar de algo que consideran que es privado...que los trapos sucios se lavan en casa...una cosa que pertenece a lo interno, un miedo a involucrarse en algo que piensan que es algo de familia, privado....tienen miedo a descubrir cosas, por ejemplo, que ejerzan violencia con sus parejas...” (S4)

“Puede que se vean en minoría y sospechen que se puedan sentir agredidos, también que en el equipo vean sólo mujeres, hasta que no llega un varón no lo ven... esto puede hacer que sospechen que como es violencia contra la mujer que piensen que vamos a ir contra todos los varones porque todos somos agresores, se ponen a la defensiva y no asisten” (S12)

8.7. El tema no es de su competencia: depende de inquietudes individuales

Partiendo de la base de que la atención a las víctimas de violencia de género, no se considera competencia profesional, una de las resistencias más frecuentes entre la mayoría de los sanitarios es la percepción de que no cuentan con las herramientas básicas de abordaje en consulta, en un terreno (el emocional y el vincular) que lo perciben como ajeno. Existen dificultades para interrogar más allá de los síntomas concretos, que no permiten el tipo de respuestas directas, concretas e inmediatas, a las que están acostumbrados. Adolecen de formación específica para detectar y abordar situaciones de malos tratos y no toleran los tiempos de un proceso, por lo que se desesperan cuando las mujeres no denuncian:

“Yo creo que es el miedo, nos asusta muchísimo el no saber qué hacer, o lo que hay que hacer tiene tanta dificultad que no vamos a ser capaces...luego nuestro modelo de formación...¿cómo es posible que un médico se niegue a trabajar algo que es del 10% de la población?...es un

sistema sanitario que no es capaz de preguntar al paciente qué le está pasando...y no somos concientes de lo importante de nuestro papel, de aprovechar esta circunstancias...no tenemos ninguna duda en llegar al genoma humano pero luego no podemos hacer esta pregunta... se quedan en el no quiere denunciar y no quiere salir de esa situación, esa exigencia...el imperativo sexista...usted no quiere ser tratada pues me desentiendo” (S8)

“Se sigue medicalizando el maltrato, cuando vienen con síntomas, se siguen centrando todo en la medicalización, se quedan ahí... no hay preguntas abiertas para que puedan hablar... esto no se ha puesto en valor todavía, que no tiene tanto valor como la diabetes, así de sencillo, pues sí con un analgésico o tranquilizante te encuentra mejor pues ya está... ¿por qué no se aborda directamente con estas preguntas? ¿De donde viene ese dolor de cabeza?...pero es que estas cosas siguen invisibles...” (S10)

“Si a mí una mujer me cuenta esto me tengo que implicar y no tengo formación...es decir, ¿ahora qué hago?...luego, está esto de que no quiero más líos... un médico desde el punto de vista físico bien, pero llega lo social y no tenemos herramientas...esto descorazona mucho...en lo de entender de dónde viene esta ansiedad, cómo resolverlo...La mayoría de los profesionales sanitarios no conocen el tema, que en consulta no tienes que arreglar el mundo, porque en última instancia es el paciente quién decide... Tendemos a resolver, es decir, no conocen todo el desarrollo, las fases que tiene la mujer, cómo debes intervenir... como no ven esto dicen yo no puedo y derivó a salud mental...” (S7)

“Hay una inmediatez, dar respuestas rápidas, abordar los malestares con una pastilla” (P1)

“Les cuesta asumir la mentalidad de impotencia de no dar una solución rápida, pero esto pasa tanto con hombres como con mujeres” (P2)

“Algunos malestares del personal sanitario están en tener que cambiar el chip para acompañar en el proceso, en la enfermedad crónica, porque la violencia de género se suele convertir en algo crónico” (P3)

“Estoy viendo que en este último año van más varones (a los cursos). No me digas por qué...parece que estamos saliendo, que nos da menos miedo a abordar el problema, que no es una cosa sólo de mujeres...en general el que está es porque está mentalizado y quiere saber cómo manejarlo con su consulta” (P2)

Lo que sí queda claro es que, a pesar de los esfuerzos de las políticas de formación de las autoridades sanitarias, el tema de la violencia de género no se jerarquiza dentro de muchas estructuras del sistema sanitario. No se ve como una competencia obligatoria que requiere recursos, formación y tiempo disponible, con lo que el correcto abordaje dependería de las inquietudes de cada cual:

-“En este Centro de atención primaria los equipos cada vez se individualizan más, el concepto de interdisciplinariedad, el trabajo en equipo, se va diluyendo, cada uno tiene una parcela de intervención muy encorsetada...el equipo de profesionales me ve como el -hombre que se dedica a esas cosas de mujeres-...sólo con las compañeras sí hay una relación de trabajo, de compartir casos que nos encontramos...” (S5)

-“La acción de las enfermeras está muy limitada, depende más de la voluntariedad de cada cual...porque legalmente su responsabilidad es muy baja, porque el rol masculino médico solo les deja un papel de colaborador, dicen, estamos ocupados...hasta que no sientan que es una obligación profesional atender el maltrato pues no pasará nada...” (S15)

8.8. Dificultades con los procesos legales

Los entrevistados han reflejado que el marco legal en torno a la violencia de género es una de las cuestiones que generan más dudas en el conjunto de los sanitarios. Muchas veces su desconocimiento o la inadecuada interpretación de la ley, conllevan la derivación de las mujeres a otras instancias.

Incluso entre los hombres que se han formado, existen dificultades a la hora de aplicar el parte de lesiones o explicar a las pacientes cómo seguir el protocolo de denuncia. Dicen recibir información contradictoria entre la formación y las instituciones sanitarias. Desde los cursos se les insta a priorizar el respeto a las demandas de las mujeres y por el contrario, desde sus ámbitos de trabajo se les exige que abran el proceso legal al menor indicio de maltrato.

Todo ello genera un desconcierto entre los sanitarios cuyas consecuencias revierten finalmente en las propias pacientes. Las dudas más frecuentes son ¿cómo y cuándo derivar a las pacientes? ¿Cómo y cuándo realizar un parte de lesiones? ¿Qué ocurre si la paciente no quiere denunciar, hay que convencerla o respetar su proceso? ¿Qué problemas de sobrecarga de trabajo y tiempos puede conllevar entrar en el proceso de denuncia? ¿Contamos con los apoyos institucionales necesarios para compaginar los tiempos que cada caso requiere?

-“El problema de los varones es si ella no quiere denunciar ahora, haciendo uso de su autonomía, y si yo no veo peligro para su vida por imperativo legal tengo que hacer un parte de lesiones que genera una actuación de oficio... este es el punto crítico, luego también pudiera ocurrir quien intenta convencer a la mujer para denunciar aunque no quiera... la angustia de decir, ¿estoy haciendo bien?...Lo que más se repite es la dificultad técnica de manejo, a veces el compañero busca los menos líos posibles, esto te lleva a hacer un parte de lesiones y

derivar...la resistencia a asumir mi parte en el tratamiento de esta mujer, el impulso a derivar corriendo” (S 9)

-“A nivel legal no me quedó muy claro, tendría que mirarlo más, pues todo el terreno legal, se me quedó escaso o que no lo entiendo del todo...pues mirándolo los artículos...a la persona que vaya a denunciar hay que informarle de lo que viene después, los pasos siguientes, pues con esto algunas dan marcha atrás, pero tienen que saberlo...para no sentir que estás presionando... ..” (S11)

-“Luego hay un temor a la implicación, qué va a pasar con esta mujer si abro la caja de Pandora, si pongo un parte de lesiones ahora cómo manejo esto, hay dudas, dificultades de comunicación...es un tema que no sabemos manejar, ni unos ni otras, hay miedo a implicarse por meterte en cuestiones legales...” (S12)

9. Desde la percepción de los hombres sanitarios que se implican ¿Cómo lograr interesar a otros?

9.1. Enfocar el problema como una cuestión de salud, dentro de la perspectiva biomédica y epidemiológica:

Se ha puesto de manifiesto a lo largo del informe, que el modelo biomédico es el imperante en el sistema de salud. Según los entrevistados, su prevalencia ha tenido consecuencias obstaculizadoras en el abordaje efectivo de la violencia de género, logrando que la mayoría de los sanitarios que lo reproducen tengan dificultades desde la primera parte del proceso que es la detección de casos. Pero aún la mayoría de los que sí lo hacen, no terminan de contextualizar el problema en el ámbito general de las desigualdades entre hombres y mujeres, lo que finalmente se traduce en que los profesionales no tengan una posición clara a la hora de intervenir y terminen derivando a otr@s profesionales o bien dando respuestas no siempre beneficiosas para las mujeres.

En este sentido, algunos sanitarios que se formaron desde un enfoque más interdisciplinar a través de cursos en instituciones no sanitarias, valoran que la vía más práctica para sensibilizar y animar a otros, pasa necesariamente por incorporar ambas perspectivas (la bio y la social) en un marco integral que las interrelacione.

Precisamente, entienden que como en los cursos queda claramente expuesto desde el inicio el enfoque feminista, ello podría ahuyentar a la mayoría de los sanitarios porque no lo identifican como el modelo en el que se han formado desde el pregrado, lo deslegitiman, lo perciben como un terreno desconocido que cuestiona sus actitudes a la hora de relacionarse con las mujeres, lo que en definitiva cierra la escucha y genera actitudes defensivas.

En este punto, es donde algunos sanitarios han incidido en que equilibrar la balanza a la hora de diseñar los contenidos curriculares, a través de la integración de ambos enfoques, sería una estrategia adecuada para motivar más a los profesionales de la salud. Así, y partiendo de las realidades que los entrevistados conocen, comentan que sería importante revisar la metodología con que se imparte la formación, rescatando elementos del modelo imperante en medicina, con el objetivo de que los alumnos se sientan, en un principio, identificados con el discurso que ellos

jerarquizan y sólo después de las primeras sesiones de trabajo, ir incorporando de forma progresiva la perspectiva de género.

Dicha estrategia podría tener como resultado, que los hombres y también no pocas mujeres, concibieran la violencia de género como un problema que, sin ninguna duda, compete a la salud pública, con consecuencias concretas y directas en la población femenina y no sólo como una cuestión social que en principio no sienten de su incumbencia.

-“Es complicado...igual hacer una aproximación a esta realidad más con conceptos y términos que se entiendan mejor, conceptos más sanitarios, que es un problema de salud que afecta a la población y que los sanitarios podemos intervenir...adecuar el lenguaje, hacer que los profesionales entiendan que la violencia es un problema de salud...que hay evidencias...y que se pueden conseguir buenos resultados, hay que aceptarlo como una responsabilidad y esto se aprende, a nadie le viene por ciencia infusa el ayudar a una mujer que sufre malos tratos, hay que aprenderlo....” (S1)

-“Si tú has hecho un diploma de género y te estás acercando a este tema y de repente con tu grupo de compañeros hombres y hablas de género pues no lo aceptan de buenas a primeras, piensan que vas a repetir como un loro lo que has aprendido, si empiezas a hablar de perspectiva de género de primeras, entrar así, pues no creo que sea adecuada.... ir desde lo teórico no va a funcionar...” (S1)

-“Es difícil, es la pregunta del millón, cómo implicarles más...si quieres que cambien de actitud tendrás que generar un conocimiento a través de la formación, tiene que haber dos cosas, el que los hombres reciban esa información sobre el género, eso cultural que nos condiciona...es fundamental pero desde el más absoluto respeto, que en ningún momento pudieran percibir algo que les aluda directamente, que yo soy un maltratador... también comparar la violencia de género como un infarto, esto es una batalla que tenemos constantemente” (S8)

-“Que no tengan miedo al tema, creo que muchos siguen teniendo miedo, lo ven como un tema escabroso, morboso, habría que enfocar las cosas como si fuera un tema médico, es decir, esto es una enfermedad...estas son las consecuencias de la enfermedad y este es el tratamiento...que lo vean como un cuadro clínico...y relacionarlo con el problema social” (S4)

-“A los profesionales se los enganchan por lo práctico, qué hacer con la mujer, qué cosas concretas y no ahondar en las raíces de la desigualdad... sanitizar la violencia de género...que es una cuestión profesional y no verlo como propaganda feminista en donde los tíos que van son homosexuales perdidos....” (S9)

-“No puedes en el primer día empezar con criticar las actitudes machistas, el primer día tratamos de hablar desde lo profesional, como problema de salud con datos epidemiológicos” (FS12)

-“Es muy difícil...no sé como se puede implicar más...no sé, es que las resistencias son muchas, no se puede llegar en un curso y decir, yo te cuento esto y te lo tienes que creer, se tiene que producir un cambio que va a costar mucho...basándome en conversaciones con compañeros o amigos te das cuenta que hay que ir más abajo, a cuestionar qué significa ser hombre y mujer, si somos igualitarios o no, si estamos tan lejos o no de la violencia como pensamos, pero cuando llegan a los cursos esto ni siquiera se lo habían planteado” (S5)

-“...yo trato de explicarles con los datos, con la ciencia...” (FS6)

Finalmente, y a partir de la realidad existente, algunos entrevistados, sobre todo los formadores, apuestan por la rentabilización de los recursos humanos y antes que nada, prefieren rescatar la capacidad de aprender a detectar casos, aún en aquellos sanitarios que derivan a otros agentes y que no han incorporado el análisis feminista e igualitario para sí.

-“Pero un tío de 35 años pues es más difícil modificar...ya nos damos con un canto en los dientes por poder trabajar con lo que tenemos...yo estaría contento con que un hombre muy machista o neutro en la consulta detectase casos...este es mi objetivo... independientemente de si es más o menos machista...aunque no empaticen pero al menos que detecten y deriven” (FS6)

-Mira, más allá de que vengan más hombres a los cursos lo importante es que los médicos lo vean como una responsabilidad que les compete y que por lo menos no miren para otro lado, que detecten y si no pueden pues que deriven, pero hasta que esto no se de va a ser muy difícil, porque ellos piensan que no es asunto suyo y que ya bastante tienen con su trabajo en consulta” (S15)

9.2. Incidir en los casos prácticos y facilitar un mayor margen en los tiempos de consulta

Algunos entrevistados creen que si las instituciones sanitarias sobrecargasen menos a l@s profesionales, facilitando más capital humano y una mayor flexibilidad horaria y tiempos para abordar cada caso, más hombres se animarían a incorporarse a la formación o a la implicación directa en consulta, ya que dejarían de valorar esta cuestión como una exigencia institucional más, que los desborda.

La pregunta que cabe hacerse es si sólo se trata de una cuestión de falta de tiempo y de personal, que se sabe que es real, o si lo verdaderamente definitorio es el desinterés o el rechazo a involucrarse de lleno con las mujeres que acuden a consulta. Todo parece indicar que ambos factores sumados potencian las resistencias.

Además, hay que añadir otro factor que algunos entrevistados van mencionando con cierta frecuencia: la falta de formación en habilidades para la entrevista clínica, que les permita optimizar los tiempos de los que disponen y así moverse con mayor seguridad ante situaciones difíciles, que se puedan presentar, como que la mujer no pueda reconocer el maltrato o que se resista a denunciar.

Gran parte de los consultados transmiten que en los cursos no les queda muy claro cuáles son las estrategias concretas a la hora de detectar y dar una respuesta efectiva y beneficiosa a cada paciente y es por ello que requieren más formación práctica. Sin embargo, los formadores entrevistados han puesto de manifiesto que en el aula incidieron con especial atención en la visualización de la violencia de género, como un proceso complejo y largo en donde las respuestas inmediatas debían ser descartadas a priori (primero la escucha activa, luego la comprensión del problema) y que además siempre les ofrecen recursos para las entrevistas.

-“Quizá yo le aplicaría una base más práctica, de trabajar con más casos...ciclos obligatorios pero que tampoco suponga que tengas que ceder tu tiempo libre, esta carga de horas, que se te libere parte del trabajo, hacerlo de una manera que sea cómodo para los profesionales, porque esta es la queja de ellos, el ceder tiempo...” (S4)

-“Si yo en un momento dado derivó a una mujer no se cómo la van a recibir...si se la ve con la frecuencia adecuada...porque todos tenemos saturación de consulta...hay muchos compañeros que se quejan de esto, no tienen tiempo y se lo quieren quitar de encima, derivan sin ni siquiera hacer una primera escucha....” (S2)

-“Los retos en cuanto a la formación... pues aquella gente que tienen un nivel de motivación importante se le debiera dar mayor capacidad y herramientas en habilidades de comunicación, en entrevistas, que estén en condiciones...incidir en los casos prácticos” (S8)

-“La cuestión práctica, esto crea ambiente...pues cuando alguien tiene dudas darles información práctica y que no sientan que les estás echando un discurso ideológico, yo he visto que esto anima a los compañeros...pues ir recomendando y difundiendo las cosas que haces tú en consulta, las que ves que son más prácticas...te vienen diciendo ¿no se qué hacer con esta mujer? Pues darle este tipo de experiencia...sólo así la gente acepta recibir información” (S9)

-“No hay formación de los médicos en la escucha activa, ahora recientemente se está desarrollando la entrevista clínica motivacional... ¿pero cómo vas a hacerla en cinco minutos?... el profesional médico no tiene formación, se les forma en la perspectiva biologicista, esto es un grave error” (S14)

9.3. Desentenderse de la violencia de género = mala praxis profesional

Enfocar la violencia de género como una enfermedad que afecta al diez por ciento de la población y que ha de ser atendida por imperativo profesional como cualquier otra, sería para algunos entrevistados la manera más efectiva de involucrar al conjunto de los sanitarios.

En efecto, según esta valoración la acción consistiría en concienciar a los sanitarios, de que si no atienden a las pacientes caerían en la incompetencia profesional, como lo harían de la misma manera si dejaran de atender a una persona con diabetes. Claro está que esto entra en contradicción con la formación que han recibido: la violencia de género es una cuestión social con consecuencias para la salud integral de las mujeres, por lo tanto, la respuesta del profesional ha de traspasar los síntomas porque el origen del problema no es orgánico. Argumento que por otra parte es frecuentemente utilizado por muchos profesionales, para no implicarse y finalmente derivar a otros agentes “más sociales”.

Aquí la pregunta que surge es si lo que proponen ayudaría a que se sensibilizaran realmente o a que sólo se involucraran desde una obligación profesional que les exige atender los problemas orgánicos, sin entender no sólo que este no lo es (aunque sí muchas veces lo son sus consecuencias), sino que tampoco vayan incorporando otro concepto de lo que es la salud integral:

-“Creo que el sistema sanitario tiene que obligarles de alguna forma, al igual que se obliga a hacer un electro con un infarto...usted si no me está detectando mujeres está haciendo una mala praxis, ...hay que plantearlo como un problema de salud y si usted es médico tiene que atender, porque esto es un sistema público de salud y hay una cartera de objetivos, entre los que está atender la violencia de género, no pueden decir, yo me niego a hacer esto, esto no es mío...¿no me vas a decir que los infartos no los vas a ver?” (FS6)

-“Hablamos de estos temas porque como profesional os toca atender esto...aquí sí que se podría obligar, cuando se impone desde arriba un servicio que hay que dar en atención primaria, en cierto modo sí se puede obligar, no puedes decir esto no lo atiendo cuando se te ha dado la oportunidad de formarte...” (S12)

-“Pues que vean que no es una moda...que no es una novedad, una concienciación de que esto ha existido siempre, que es real, que no es puntual...que cuanto mejor estemos preparados mejor podemos afrontarlo, mejor podemos controlarlo...obligarles a pensar como si esto fuera una enfermedad, que hay que saber diagnosticarla, reconocerla,

hacer medicina preventiva, más en los parámetros de enfermedad, quizá así sea más fácil...” (S4)

“La obligatoriedad asistencial también, me parece importante que en el mundo sanitario se gradúe los grados de violencia, no bajar la guardia desde el primer insulto, pues este miedo que tienen los profesionales de meterse en un lío, pues destacar que ellos son importantísimos y que con una mínima implicación se puede hacer mucho, se puede detectar, porque debería ser parte de su función profesional...” (S8)

“Sería mejorable la programación, el hacer ver a la gente que no es obligatorio pero motivarles...las resistencias que hay que vencer es hacerles ver que hay algo que no es natural y que produce esto, esta desigualdad, y ver que desde nuestra posición somos profesionales privilegiados a la hora de poder actuar porque estamos en primera fila, y también que está dentro de nuestras obligaciones profesionales, que no nos es ajeno...lo mismo que no te es ajeno controlar una diabetes, porque forma parte de tu trabajo, pues también las situaciones de violencia, porque seguimos pensando que esto es para los psicólogos o para la asistente social” (S13)

9.4. Fomentar la participación de docentes varones en los cursos

Una posible estrategia para atraer a mayor número de sanitarios - que aparece con relativa frecuencia entre los entrevistados -, se refiere a la incorporación de más varones docentes en la formación. Se trataría así de contrarrestar las resistencias frontales que genera el mensaje cuando llega desde las profesionales con perspectiva feminista, por considerarlo no sólo no serio ni científico, sino agresivo, molesto, arbitrario y tendencioso.

Con esta propuesta se cumplirían dos objetivos importantes: por un lado, romper con el estereotipo de que es un tema de mujeres sesgado por la carga feminista de los contenidos, en donde los varones son excluidos o atacados *per se*; y por otro lado, lograr un efecto dominó que terminaría por calar en la población masculina sanitaria, ya que si de este modo se consigue sensibilizar a más sanitarios, ellos mismos difundirían entre los compañeros de profesión sus propias experiencias en el trabajo cotidiano.

Surge aquí un conflicto a tener en cuenta, tal como se manifiesta desde ámbitos feministas: en función del objetivo de captar cada vez a más sanitarios ¿es válido promover la sensibilización a través de la identificación de sexo, cuando puede conllevar la discriminación de género? Es decir ¿no llevaría esto a que una vez más la palabra masculina esté más valorada y jerarquizada que la femenina? ¿No

quedaría nuevamente excluido y desaprovechado el saber y la larga experiencia que tienen, precisamente, las mujeres profesionales que desde la perspectiva de género llevan años de estudio y práctica cotidiana en estos temas?

Algunos sanitarios comentan que la identificación de los hombres resistentes con los hombres formadores, permite avanzar más y mejor por que reduce notablemente las resistencias y que además el discurso no tiene por qué variar si proviene de una o un profesional docente, ya que el alumnado debería ir normalizando el hecho de que la palabra de ambos tiene el mismo valor, porque en definitiva se hablaría desde un mismo lugar:

-“Pero aunque se sensibilice a un sólo hombre en el aula, luego el efecto dominó está ahí, este efecto es muy importante porque luego lo difunden...el discurso tiene que ser el mismo lo hagan hombres o mujeres...yo entiendo que esta estrategia de poner hombres docentes, por ejemplo, en los cursos puede ser una amenaza para los sectores feministas más radicales pero es que el discurso va a ser exactamente el mismo...yo creo que en esto tienen que hablar hombres y mujeres...porque esto también legitima” (FS6)

-“En el curso tenemos cinco hombres (formadores), es una acción positiva, es una estrategia que hemos aplicado en la última edición del curso...uno de los criterios para ser docente era ser hombre porque el hecho de tener hombres profesores nos desmonta el argumento que tienen muchos hombres y nos legitima para que no se piense que es un tema de mujeres feministas...” (FS5)

-“En los cursos que hemos tenido con hombres luego en los comentarios cambian, en la evaluación...los comentarios que hacen los hombres si el docente es mujer los hombres suelen poner – se les ve el plumero, esto es ideología no es ciencia, falta rigor científico- pero si es hombre el docente lo que se pone es –falta rigor científico pero nada de que es cosa de feministas, aunque diga lo mismo en el aula...” (FS5)

-“El hecho de que yo haya hecho el curso y mis compañeros lo sepan hace que ante una serie de comentarios pues cambien...se maticen...El efecto que puede tener el hecho de que un hombre se ha formado en uno de estos cursos con respecto a sus pares hombres, cuando discute, pues cuando se habla de estos temas si tú estás delante, pues matizan, hacen el esfuerzo de ser más cuidadosos, no sólo ser sólo políticamente correctos, sino esfuerzos para entenderlos... esto hace que todos nos regulemos con las expresiones, no sólo por lo políticamente correcto sino porque ves la realidad, ves que ellas son críticas y esto te obliga a empezar este análisis...” (S1)

-“Luego yo pondría hombres, para que vean que no es un rollo feminista, en la docencia, en los cursos...creo que el boca a boca es muy bueno....de tíos que van y luego lo difunden...” (S9)

Otros entrevistados proponen ideas innovadoras que más allá de su viabilidad, pueden constituir disparadores para otra línea de reflexión: ¿podría ser que la identificación en razón de sexo sea importante pero para aplicarla en trabajos grupales previos, que habiliten una primera reflexión entre varones sanitarios, en su condición de hombres?

-“Me parecería importante trasladar al mundo sanitario estas experiencias de hombres por la igualdad en diferentes lugares, una experiencia que fuera liderada desde el mundo sanitario...para darle credibilidad e interés al tema...estas iniciativas podría movilizar a los hombres, yo no conozco ninguna iniciativa de este tipo, pues un foro con media docena de compañeros que estamos implicados...esto lo he pensado hacer...que no tengan la sensación que es un objetivo que sólo quieren conseguir desde el feminismo” (S8)

-“En esto, que es una revolución social pendiente, pues que los hombres tienen la revolución pendiente a nivel interior...creo que hacer grupos de reflexión entre varones profesionales sería interesante...que se hiciera un trabajo previo antes con los hombres, con testimonios de grupos de varones que se cuestionan...pues no me parece mala idea...lo que más hay que tener en cuenta es que no todos los varones son agresivos o maltratadores...esto es fundamental” (S12)

-“Habría que preseleccionar a los sensibilizados a priori y trabajar con ellos como primer paso...con el resto, pues no sé....los que estamos sensibilizados y formados trabajemos con hombres solos, con nuestros propios compañeros...creo que podría ser una alternativa, de hecho me lo he planteado con mis grupos pero lo que pasa es que no he conseguido nunca montar un grupo de hombres...no vienen...¿cómo van a venir?...precisamente por esto que decía...hay que trabajar primero con los hombres, podría ser interesante, sobre todo con masculinidad y roles...para romper estas resistencias, meter ahí la cuña...luego en un paso posterior hacer los cursos...” (FS5)

-“Pues incidir en que los hombres nos estamos perdiendo mucho, tenemos un mundo cerrado desde la infancia porque nos perdemos muchas cosas, también como profesionales, el hecho de recuperar la otra parte va a hacer que pongamos en valor cosas” (S10)

9.5. Segregación por sexo en los cursos en una primera fase

Algunos profesionales consultados han puesto de manifiesto que la segregación por sexo en el aula podría ser, en una primera fase, una vía

útil para ampliar la convocatoria de varones. Las razones que argumentan atienden, al estilo de las propuestas anteriores pero aplicadas directamente a la formación, a crear un primer espacio de reflexión en donde ellos no se sientan presionados por la presencia de las compañeras, logren expresarse sin tapujos y se les pueda explicar la fuente de sus malestares. Todo esto se enmarca en un contexto en donde entienden que los varones están perdidos por los nuevos tiempos que corren, razón de más para convocarles en un espacio diferenciado:

-“Pues mira, creo que sería útil sólo aulas de varones, porque nos explicarían muchas cosas mejor, luego se podrían juntar, antes conseguir cierto nivel de conocimiento y luego ir a un segundo grupo con mujeres, esto evitaría conflictos, para profundizar más sin mujeres...Hay un problema...los chicos hemos perdido el norte...ahora las mujeres se han incorporado al mercado laboral y se han roto los esquemas...yo lo he vivido” (S2)

-“Segregar ya de entrada tienes dificultades, porque es difícil convocar a hombres, y parecería una alusión, en referencia a esto del respeto...porque piensan que los responsables de esto son todos los hombres, pero quizá pudiera tener buenos resultados” (S8)

No obstante, otros no están de acuerdo con la segregación, porque entienden que ello significaría perder la oportunidad de que alumnos y alumnas pudieran debatir e intercambiar sus opiniones, circunstancia que según ellos enriquecería enormemente la formación. Además, inciden en que esta estrategia podría traer consigo nuevas resistencias ya que si lo que se plantea es abordar la violencia de género desde el ámbito de la igualdad entre hombres y mujeres, la separación por sexos entraría en contradicción con dicho objetivo:

-“Creo que segregar no sería bueno, porque se perdería riqueza en el debate, habría menos movimiento, se perderían muchos puntos de vista, sobre todo cuando se habla de los roles...si es mixto se genera una línea de discusión más fresca, menos monolítica...” (S4)

-“Pues esto de segregar no me lo he planteado, de principio no me parecería muy adecuado...si estamos hablando en trabajar en igualdad separar alumnos y alumnas me parecería...no me lo he planteado...yo creo que en la escuela o instituto lo vería más adecuado porque igual los adolescentes pueden expresarse más abiertamente sin mujeres delante...yo separar en los cursos no lo haría...y me parecería muy difícil explicar esto” (FS6)

-“Yo segregar no, si haces un grupo separado evidentemente va a ser una visión pormenorizada, porque no es global, hay que ver los dos puntos de vista, es más enriquecedor...luego obligatorio tampoco, todo lo que sea obligatorio el beneficio es nulo, porque crea una resistencia” (S11)

9.6. Análisis de contenidos de los cursos de formación

En relación a los contenidos de los cursos de formación, los entrevistados plantean varias cuestiones que podrían modificarse o que simplemente echaron de menos. En este sentido han aparecido varias demandas concretas:

La primera se refiere al mayor esclarecimiento sobre cómo un hombre puede llegar a ejercer malos tratos hacia una mujer. No lo plantean tanto en el sentido de ahondar más en los procesos que pueden desembocar en violencia en base a la reproducción de los roles machistas aprendidos, sino como una estrategia científica que delimite una característica innata que se “pudiera dar en un determinado perfil de hombre”.

Tal y como se plantea esta demanda, se puede considerar que algunos de los propios entrevistados encuentran aún dificultades a la hora de entender por qué un hombre maltrata, lo que llevaría a revisar si al día de hoy es tan cierto que el discurso de género es el mismo, lo transmitan profesionales especializad@s hombres o mujeres:

“Lo que no se ha aclarado es el origen del problema, ¿el hombre que maltrata es porque genéticamente está predispuesto?, ¿es por que lo ha vivido en casa, porque tiene un carácter, el ambiente?...el origen de por qué el hombre maltratada no ha quedado claro, incluso cuando doy los cursos...y lo preguntan mucho...yo salgo por donde puedo...Le faltan algunos cambios...perfilar un curso mejor, pensar por qué se ha generado un hombre maltratador, es una laguna importante, la causa de todo esto...luego también hablar de que somos distintos, de que hay hormonas distintas y nuestras neuronas funcionan de otra forma, esto ayudaría a muchos varones a entender por qué nuestras neuronas funcionan de otra forma...una combinación de ambas cosas...para que el varón no tenga miedo, que no sea prejuizado, que no es solo cosa de mujeres...” (FS2)

“Algo que eché de menos fue más información científica, por ejemplo en el tema del hombre maltratador, yo quería más datos, porque los estudios que han hecho sobre todo ha sido con presidiarios...por ver el tema de probabilidades, una de las cosas que me chirriaban en el curso es este posicionamiento de género que no buscaba probabilidades, y nosotros estamos acostumbrados a esto, si fumas tienes más probabilidades de tener cáncer...unas pistas que te den...esto es lo que me chirriaba, que no se hiciese un planteamiento más científico, para elaborar una estrategia...” (S7)

En segundo lugar, algunos proponen espacios de continuidad entre la formación y los que se deberían destinar en este caso a los hombres (grupos de reflexión y re-pensamiento de la masculinidad aprendida): ¿y después de los cursos qué? Nuevamente aparece la necesidad del

trabajo grupal entre hombres, pero en este caso se plantea como posterior a la formación:

-“Quizá falta algo más de trabajar a nivel personal, de grupos, yo me lo estoy buscando por mi cuenta, grupos de reflexión para hombres, participo en uno, porque trabajas cosas de lo cotidiano...prestar atención tuya, esta alerta, que no te amodorres en lo cotidiano y no pierdas la guardia...” (S10)

-“Me falta mucho por aprender y reflexionar, ya que soy consciente de que todavía sigo reproduciendo muchos estereotipos machistas...pero tengo que pensar cómo, buscar grupos de hombres que ya funcionan, tengo algún compañero que me ha comentado algo, pero lo que pasa es que en la formación no te dan ningún tipo de información, este reciclaje tendría que estar más presente” (S7)

-“Yo no sé cuál es el mensaje, no sé qué modificaría, porque para mí los años de cultura, el poso cultural es una barrera infranqueable, habría que empezar más atrás, a romper resistencias, a desmenuzarlas, es un proceso largo y costoso, habría que utilizar técnicas psicológicas en los cursos para romper estas resistencias pero yo ahí no sé, no soy psicólogo...debe ser una auto-reflexión para que luego las cosas de los cursos te entren...” (S5)

En tercer lugar, los entrevistados han planteado una cuestión que suscita divisiones entre ellos: la obligatoriedad de los cursos de formación en el conjunto del personal sanitario, como parte de un currículo integral. Los que están a favor, los menos, entienden que pese a las resistencias iniciales que pudiera generar, tarde o temprano terminarían normalizando esta circunstancia y a la larga “algo de la materia calaría en ellos”:

-“Llevamos varios años dando cursos a compañeros y somos los dos de siempre...acuden con buena actitud pero no es un campo...seguimos siendo los mismos...suele venir algún profesional de los equipos psico-sociales...los de la comunidad de Madrid son cursos de formación obligatorios...tiene que ir de cada centro de salud mental un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero y un trabajador social, me parece bien que sea obligatorio, da una cierta garantía...y al final terminan viniendo la gente que le interesa....si vienen cuatro de un centro de treinta, son los interesados, no lo veo mal que sea obligatorio, en todo caso habría que analizar por qué son obligatorios...” (S3)

-“Igual que se les obliga a reciclarse en la diabetes, pues lo mismo en este tema...darles una nueva visión que les puede enriquecer, cuando se sabe que es la variable que más influye en la salud” (S14)

-“Sería un desafío docente el hacerlo obligatorio pero está el riesgo de que algunos revienten el curso” (P1)

-“Pues la imposición de los cursos tiene sus aspectos negativos porque pueden venir con unas actitudes de rechazo, luego lo positivo es que les obligas a ir, a escuchar y que algo les calará” (S12)

Los que no están de acuerdo es porque entienden que esta estrategia podría suponer mayores resistencias entre los hombres que descreen del origen de este tipo de violencia y consideran que no es competencia del sistema sanitario. Así, proponen que más allá de obligar habría que convencer, aunque ello requiera de otros tiempos y procesos de respuestas no inmediatas. De no ser así, están convencidos de que como mucho se lograrían resultados superficiales y de cara a la galería, ya que si bien la obligatoriedad aumentaría considerablemente la presencia de alumnos, ello no garantizaría el logro de una mínima sensibilización:

-“La obligatoriedad se lleva muy mal en el entorno en el que trabajamos, basta que digas que es obligatorio para que...Porque falta mucho tiempo, nuestro trabajo tiene que ser a base de convencer, porque si no convences no tienes nada que hacer, entonces convencer del maltrato lleva mucho tiempo” (S7)

-“La obligatoriedad no nos va ayudar....si no se genera un poso de inquietud no sirve de nada , no se puede hacer un trabajo sin una actitud, si alguien va obligado...si no hay opción de elegir, pues irá a pasar el rato, a que no me señalen mucho y a saber cómo va a atender....hay quien dice que no debería ser voluntario, porque si se atiende a la diabetes tienes que atender la violencia, pero esto es lo asistencial, pero en la formación no puedes obligar” (S9)

-“Luego obligatorio tampoco, todo lo que sea obligatorio el beneficio es nulo, porque crea una resistencia” (S11)

-“Yo obligatorio nunca, porque para convertir algo en odioso la gente se buscaría excusas, llegan se sientan, aguantan y se van” (S13)

9.7. Consideraciones sobre cambios estructurales

9.7.1. Fomentar la formación en género en el ámbito educativo de pregrado

Muchos de los entrevistados han reflejado, que la única manera de poder generar un poso de sensibilización y conciencia de buena praxis en los sanitarios, es incluir la violencia de género como parte de los contenidos académicos de pre-grado. Todos han coincidido en que dentro de la carrera de medicina es un tema todavía invisible, ya que no sólo no existen asignaturas específicas que la aborden, sino que además ni siquiera se trata de forma colateral:

-“En medicina y en enfermería no se abordan estos problemas, en la facultad de medicina no se habla de violencia de género, en la única especialidad que se menciona es en temas de medicina familiar y comunitaria, nada más” (S6)

-“Es que tendrían que hacer que en todos los curriculums se transversalizara la perspectiva de género, normalizar el tema, desde primero de medicina, pues recibir esto, pues trabajar en la epidemiología desde esta perspectiva, visibilizarla... habría que cambiar el currículum de las universidades, tendría que haber asignaturas de este tipo, porque la naturaleza de la salud es cultural...pero el componente sanitario no ha integrado esto...de lo bio-psico-social...de esta manera tratarían a las pacientes como personas integrales...” (S14)

-“Ahora, en pre-grado creo que tendría que ser algo trimestral o semestral, pues ligar la violencia...pues se pueden coger ahora optativas que valieran...” (S11)

-“Luego no descuidar la formación básica en las nuevas incorporaciones... que la violencia sea un capítulo en la formación, en el currículo de pre-grado, en las universidades, incluir esta temática” (S8)

-“Yo siento que tenemos la desigualdad metida en vena, miramos por otro lado, el hombre tienen el mando de la vida, del dinero, de la pareja, de la familia, es algo tan cotidiano...., si no trabajamos con la gente joven...hay que trabajar en la educación, en la universidad y te diría desde antes, desde la escuela, porque está muy interiorizada la desigualdad” (S9)

-“Es algo que habría que plantear pero desde mucho más atrás, no sólo desde el pre-grado, es un tema de educación...” (S12)

9.7.2. Comentarios adicionales sobre las campañas publicitarias

Los sanitarios entrevistados coinciden en que las campañas publicitarias y el tratamiento de la violencia de género en los medios de comunicación, son dos importantes recursos en lo que hace a la prevención y detección de la violencia. Sin embargo, sus valoraciones de lo que se está haciendo han sido heterogéneas. Desde un marco general se perfilan tres posturas:

La primera, se refiere a aquellos entrevistados que se muestran muy críticos por considerar que la mirada se centra sólo en las consecuencias y no en el origen del problema. Así, consideran que existe un alto grado de sensacionalismo que se queda en lo más superficial y que conlleva una falta de rigor informativo: logran que la población se alarme con cada nuevo asesinato, pero sin adquirir una verdadera comprensión integral del

problema, lo que en definitiva supone que la percepción social de la violencia machista se quede en un *statu quo* permanente:

-“Pues lo veo fatal, matan a una mujer de 84 años ¿a quién preguntan los medios de comunicación? ¿Quién es el experto? Pues el vecino que dice que se llevaban estupendamente...este señor no la ha matado de un día para otro, es un proceso, si preguntan al vecino pues el ciudadano lo que dice es -le ha dado la locura, está enfermo, cae en estereotipos- pero esto es mala información y desconocimiento....no se dirigen a las personas especializadas en este asunto” (S6)

-“Lo hacen visible pero no ayudan a entender el problema, sobre todo la televisión...yo veo bien que se haga visible pero que se incida en el por qué....porque hay niñas que sufren violencia de género y no se cataloga así...por ejemplo el caso de Marta del Castillo, se dice es una víctima de la violencia, pero no por la de género...yo incidiría más en esto de revisarse cada cual...más en lo preventivo...” (S9)

-“No puedes trabajar la violencia de género como los accidentes de tráfico, centrándose sólo en las agresiones, como si a todas las mujeres las estuvieran matando, centremos las campañas en saber expresar las emociones. Los asesinatos es un componente mediático tan potente que tapa todo lo demás, hay todo un reality show, no generan programas que ayuden a elaborar nuevos discursos, lo que hacen es tirar de lo llamativo, lo que crea audiencia...” (S14)

-“...habría que desmitificar el tema del amor, que es una construcción social, porque mucha gente justifica el maltrato por esto, es que él me quiere mucho...yo haría una campaña agresiva dirigida a los médicos, dándoles coba, diciéndoles que son importantes, para que asumieran el maltrato como responsabilidad propia, simplificaría los conceptos, les haría la pelota a los médicos para que atiendan” (S15)

Por el contrario, otros han puesto de manifiesto que más allá de visualizar el origen del problema, lo importante es que los medios y las instituciones den visibilidad a un asunto ignorado durante mucho tiempo. Así, valoran que aunque el tratamiento de los asesinatos pueden ser muy mediáticos, sí han destapado un problema históricamente silenciado, lo que en definitiva ha terminado por sensibilizar de una u otra forma a la población, convirtiéndolo en un hecho presente en la sociedad:

-“Lo peor es la invisibilización de la violencia, que no se sepa, en el debate que suele salir de si se debe de hablar en televisión de las mujeres que han muerto y tal, yo siempre he sido partidario de que sí...de hecho, gracias a esas mujeres, que son la punta del iceberg, que han matado, no se puede tapar, si no hubiese mujeres muertas se tataría todo...aunque haya gente que diga que se trivializa creo que es la forma de tenerlo siempre presente...lo peor es que sea una cuestión privada, ya

por lo pronto no te puedes jactar de ello públicamente, esto es un efecto, con los chistes machistas igual...” (S3)

“Las veo bien, siempre positivas porque por lo menos lo pones en valor, la visibilidad...no me gustan las posturas rígidas e inflexibles porque no nos hacen ver estas cosas y las campañas pues algo pueden despertar....” (S10)

“Me parece que lo están haciendo muy bien, hay que machacar...es como lo de los coches...los mensajes...lo asimilo con la campañas de tráfico, lo importante es que esto este ahí...que se vea...habría que trabajar más con los datos, de que la violencia se da más aquí, en este grupo, buscar las causas que seguro que las hay...las probabilidades...acotar en los grupos de riesgo...porque una campaña no cala igual en un señor de 50 años que en un joven...” (S7)

Finalmente otros dirigen su interés hacia los medios y las campañas, en el sentido de que se centren en informar sobre los recursos de los que las mujeres pueden disponer, especialmente en aquellos que tienen que ver con el ámbito sanitario. Es evidente que ya algunos son conscientes del lugar privilegiado que pueden ocupar a la hora de detectar, prevenir o abordar el problema desde primera línea.

“Los mensajes que hacen mucho énfasis en el tema de la denuncia, pues creo que no es positivo, no va a solucionar el problema, me parecen positivos aquellos mensajes que hagan énfasis en que los servicios sanitarios son un recurso importante en temas de violencia de género...sin el concurso de los servicios sanitarios esto no se va a resolver...hay muchas mujeres que no van a pasar del ámbito sanitario, aunque tengan un centro enfrente...creo que hay que transmitir a las mujeres que somos un recurso y dejar claro qué podemos hacer y qué no...se trabaja más por el tejado y no por la base, porque los servicios sanitarios son más accesibles para las mujeres...tenemos que utilizar más los recursos y no ser tan sectaristas...” (S8)

“A mí me gustan mucho los anuncios en donde salía la señora utilizando el teléfono de ayuda, me parecen útiles, ves cómo la persona va cambiando...luego aparecía un policía, un sanitario, ahí veías que hay muchos sitios donde te pueden ayudar pero hay que dar el primer paso....que los sanitarios estamos aquí para ayudarlas” (S11)

10. Síntesis- conclusiones-recomendaciones

Síntesis e interpretación de resultados

Teniendo en cuenta que este informe pretende ser una aportación más a la tarea de implicar a mayor número de sanitarios, en la detección y atención de mujeres que sufren malos tratos por parte de los hombres, los entrevistados se han seleccionado entre aquéllos que hubieran realizado formación específica en este campo y que continuaran trabajando de un modo u otro en él. De esta manera se pretendía analizar todo el proceso y avatares de su implicación, sus comienzos, la formación y su posterior práctica clínica, con el objetivo de rescatar aquellos aspectos que pudieran ser importantes a la hora de diseñar estrategias de intervención para implicar a otros.

Gracias al asesoramiento e información facilitados por mujeres profesionales, de dos de las instituciones que cuentan con la mayor experiencia en formación a personal sanitario en el ámbito de la violencia de género: la Escuela Nacional de Sanidad y la conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid .a través del Instituto de Salud pública y de la agencia Lain Entralgo-, se ha podido contar con los testimonios de médicos, psicólogos, ATS y matronos, que realizan su actividad en Atención primaria, Urgencias o Salud Mental, que son las áreas desde las que acceden más fácilmente a la formación. De ellos, la mayoría está actualmente realizando tareas asistenciales, algunos con responsabilidad docente en los mismos cursos en los que se formaron y otros en áreas de gestión ejecutiva o formativa.

Antes de comenzar el trabajo de campo con estos hombres, se consideró imprescindible entrevistar a sanitarias relacionadas con la planificación de la formación específica, para conocer sus opiniones -desde su doble rol de planificadoras y mujeres sensibles a las cuestiones de género-, acerca de la implicación de los sanitarios varones.

Se pretendió con esta selección muestral que aglutina a ex alumnos, docentes, planificadores y planificadoras de los cursos de formación específica, obtener una visión poliédrica del objeto de la investigación.

Después de haber recabado toda la información que se detalla a lo largo de este informe cualitativo, en el que se analizan las variables que intervinieron en la sensibilización de los entrevistados, la valoración de los cursos de formación, el grado de implicación y las dificultades en la práctica clínica, y además, según sus criterios, cuáles son las resistencias

de la mayoría y cómo lograr interesarlos; a continuación ofrecemos una síntesis de los aspectos que pudieran ser más relevantes

Observaciones iniciales de algunos entrevistados

Algunos entrevistados hacen referencia a que el ámbito de la salud está feminizado y que la presencia masculina en el conjunto de la población sanitaria, no superaría el 30 por ciento especialmente en la población joven, la más motivada a formarse. En los cursos de violencia de género, la participación actual de los hombres asciende a alrededor de un 10 por ciento, en cambio en otro tipo de ofertas formativas llega a un 20 por ciento. De ahí la necesidad de implicar por lo menos, al doble de los que hoy se muestran interesados en los temas de violencia.

Poso previo de sensibilización:

Ha quedado de manifiesto que las motivaciones de los sanitarios consultados para su formación en violencia de género, estuvieron precedidas por cierta sensibilización lograda durante sus historias de vida, ya sea:

Por haber sido educados con valores más igualitarios que los de la época:

“...siempre he tenido la formación de que tenemos los mismos derechos, las mismas capacidades de repartir las responsabilidades...esto lo mamé con la mayor naturalidad en mi familia, cosa que veo que no solía ocurrir en otras familias, luego naturalizas todo esto y te parece normal...”

O por el impacto de situaciones de violencia vividas en su infancia:

“...siempre ha habido distinciones en mi familia, no me gusta nada mi infancia...la única situación de violencia que tengo así que pueda recordar, es a mi padre con la correa detrás de nosotros y mi madre diciendo ay no, ay no...y mi padre llegando con el pronto, como decía mi madre, destrozando el tablero de ajedrez cuando mi hermano y yo estábamos jugando...luego una cosa desagradable que me marcó era las arcadas que oía todas las noches a mi madre, vómitos que no se llegaban a cumplir, recuerdo la angustia que significaba...”

Un porcentaje significativo de los del primer grupo, participan luego en organizaciones estudiantiles-universitarias, ONG (Médicos del Mundo, asociaciones en prevención del VIH, etc.). Para los del segundo grupo, siempre les ha acompañado una preocupación personal por el maltrato a las mujeres, las consecuencias de la renuncia a la vida propia que han visto en sus madres, el autoritarismo paterno, los abusos sexuales, etc,

Mujeres cercanas: facilitadoras y catalizadoras de su proceso

Todos los hombres consultados sin excepción, han reconocido que la influencia de las mujeres cercanas ha sido determinante no sólo en la etapa de sensibilización, sino también a la hora de la formación y posterior práctica clínica. Según transmiten, a lo largo de sus vidas se han nutrido de lo que amigas, profesoras, académicas o compañeras sentimentales concienciadas les ofrecían.

Y efectivamente, también han sido compañeras de trabajo las que finalmente les facilitarán el paso de la sensibilización a la formación, compartiendo con ellos lecturas específicas, invitándolos a participar en foros de debate, charlas y congresos, para finalmente animarles a realizar cursos de formación en violencia de género, dentro del ámbito sanitario.

-“Tengo alguna compañera que está metida en estos aspectos, pues charlando sobre el tema...pues que podía profundizar más y hacer algo...pues hablando de esto ella me propuso que había estos cursos y si estaba interesado...pues sí me gustaría entrar porque académicamente no había hecho nada...pues me dijo que como yo tenía experiencia dando otros cursos que me preparara...y ahí me lancé a ellos”

-“Cuando estaba formándome como médico residente compartí mucho tiempo con dos compañeras de trabajo, y ellas fueron las que me acercaron a la perspectiva de género, me animaron mucho a hacer el diploma, a empezar a leer, ya había leído cosas relacionadas con el feminismo....algo había leído en la universidad, pero básicamente el hito fue estar cerca de ellas”

-“Pues hace muy poquito tiempo, mi primer contacto con temas de violencia fue en una de las rotaciones que hicimos...ahí empecé a conocer más en profundidad, a través de unas compañeras que coordinaban estos cursos desde hace más tiempo, estaban implicadas en el tema y te va gustando más...”

Detectados y seleccionados

La mayoría de los sanitarios entrevistados no se ha percatado que en un principio han sido detectados y seleccionados para un proceso formativo, por sus características diferenciales del resto. Ellos lo consideran un hecho casual, pero profesionales responsables de las ofertas formativas (mayoritariamente mujeres), transmiten que intuían que podía tratarse de hombres permeables y con un criterio de rentabilización de “minorías escasas”, promovían su participación.

De este modo, sin ser conscientes, el proceso que va desde la formación hasta la implicación en la práctica clínica de estos hombres más sensibilizados, no ha comenzado ni por casualidad, ni espontáneamente por iniciativa propia. Responde al trabajo profesional, silencioso, constante y adicional que han realizado, mayoritariamente, sanitarias concienciadas, implicadas y preocupadas por mejorar la atención que el

conjunto del personal sanitario está ofreciendo a las mujeres que sufren malos tratos.

Valoración de la formación

Teniendo en cuenta que la formación se muestra como el mejor recurso y el más accesible para convocar a los sanitarios a que comiencen a implicarse en temas de violencia machista, hemos indagado sobre la valoración de los propios entrevistados.

Todos valoran positivamente la formación recibida, así como la calidad del personal docente. La mayoría transmite que gracias a los cursos han podido tomar conciencia del lugar privilegiado que ocupan a la hora de detectar nuevos casos; que disponen de mayores recursos de intervención y por tanto, se perciben como profesionales más completos. Reconocen el efecto transformador que les ha permitido cambiar su posicionamiento profesional y sentirse dentro de un proceso que sí les compete. Algunos sienten la necesidad de reciclarse en una formación continua, ya que intuyen que es un tema que podrían profundizar más, tanto a nivel profesional como personal.

Hoy unos cuantos ya son además planificadores de cursos y formadores. Mencionan como beneficio adicional, el efecto dominó que sus posicionamientos generan en algunos sanitarios no concienciados.

También reconocen que a pesar de todos sus avances, persisten en ellos algunas dudas, contradicciones y resistencias. Sus testimonios muestran que entre quienes se implican y quienes no, podrían no existir diferencias estructurales, sino distintos niveles de concienciación e implicación, que dentro de la dinámica de un proceso van de menor a mayor. Encuadrados entre dos extremos: desde una máxima adhesión a los modelos biomédicos y a la naturalización de las desigualdades de género, hasta la incorporación plena de un modelo biopsicosocial con perspectiva de género, los entrevistados se van moviendo en su proceso vital y formativo hacia este punto; van superando no pocas resistencias junto a otros compañeros, por lo que conocen muy bien los aspectos resistenciales.

Análisis de las resistencias

Con el fin de analizar las variables que puedan generar las mayores resistencias, los entrevistados han expuesto las propias (algunas aún vigentes), sabiendo además que son totalmente extrapolables al resto del personal sanitario masculino.

La mayoría reconoce haber llegado a los cursos con el modelo biologicista muy interiorizado y esto les generaba de entrada muchas dificultades. Por ejemplo, tener que posicionarse (en el poco tiempo que duraba el curso), frente a un nuevo enfoque, el biopsicosocial que conlleva un nuevo concepto, el de salud integral y todo desde la perspectiva de género que contextúa los malos tratos a las mujeres, dentro de las desigualdades de poder que habilita a los hombres a adueñarse de sus vidas:

- Debían aceptar ampliar las competencias del sistema sanitario y por lo tanto las suyas como profesionales (ya no sólo se trataba de atender síntomas y derivar).
- Debían aceptar como válido un nuevo concepto de salud
- Tenían que dar crédito a teorías “no probadas científicamente” como la feminista, con la correspondiente incertidumbre que les llevaba a seguir dudando sobre el origen social del problema
- Debían concebir un tipo de formación que no se limitara a ofrecer datos estadísticos y herramientas de intervención.
- Se sentían cuestionados y culpabilizados por ser hombres
- Creían tendenciosa la orientación del curso y el que se hablara sólo de las mujeres.
- Finalmente les llevaba a revisar comportamientos machistas de los que no eran conscientes.

De ahí que en principio lo que más les interesara, hayan sido los datos estadísticos y las herramientas de intervención que sí se ofrecían. Además rescatan los materiales de impacto (vídeos fundamentalmente), que les facilitaba la credibilidad sobre el significado y origen de la violencia machista.

Frente a todas las dificultades iniciales que describen, ese peso de sensibilización con el que contaban por sus historias de vida y alguna información previa, les va permitiendo no dejarse vencer por las contradicciones y dudas que aún persisten en algunos, avanzando poco a poco en una revisión más profunda a nivel personal y una mayor implicación profesional.

Desde lo que han sido sus propias vivencias, más lo que les ha ofrecido su experiencia como docentes, dicen conocer bien las resistencias masculinas y también las femeninas.

Diferencias entre las resistencias masculinas y femeninas:

El modelo biopsicosocial puede generar en principio las mismas resistencias en sanitarias y sanitarios, debido a la interiorización del

modelo biologicista que sigue siendo hegemónico en el sistema sanitario. Es rechazado por falta de “rigor científico” y porque supone competencias que no consideran propias.

En cambio, el enfoque de género les produce rechazo por las asignaciones sexistas que conlleva, pero que obviamente no sólo son diferentes:

- A las sanitarias, porque necesitan desmarcarse de cualquier aspecto de lo que suponen como un perfil determinado de las mujeres que sufren malos tratos. Prefieren creer que este tema les es muy ajeno, porque les da miedo sentir algún tipo de identificación:

“Claro es que todos y todas llevamos estos roles, hombres y mujeres, y esto remueve a todo el mundo...pues vi a dos compañeras del curso tomándose un café saturadas con esto de la violencia, decían que esto se habla en todas partes y a todas horas...ellas también....esto lo he visto en el curso, ver mujeres muy tensas, nerviosas que van destapando cosas, reviviendo y analizando cosas de su vida propia... porque dicen ¿entonces yo soy una mujer maltratada?...pero los cursos no son terapias y la formadora tienen que reconducir la situación para ni ponernos allí a analizar la vida de la compañera ni banalizar su situación...¿por qué ellas van? Podría ser otra pregunta...pues también por la parte que les pudiera tocar, porque les apretará el zapato...”

- A los sanitarios, porque no aceptan identificarse con ningún aspecto de lo que consideran un perfil de hombres maltratadores. Se sienten cuestionados y juzgados por ser hombres, cuando ellos creen estar exentos de cualquier conducta machista:

“...cuando se llega al rol de género ahí es donde saltan las chipas entre la gente, porque quema por dentro, pues porque para entender la violencia de género hay que aceptar que hay una educación en privilegios para los hombres, un continuo de desigualdad, que todos tenemos un saco de desigualdades en nuestras vidas privadas, de micro machismos, porque es la autoestima la que está en juego... siguen pensando que esto es cosa de gente inculta, pobre, alcohólica...los compañeros entran en confusión...están como medio noqueados...”

De cualquier manera, como son los hombres los que desde la perspectiva de género quedan expuestos en su posición dominante, con las consecuencias que eso supone para la vida de las mujeres, son ellos los que más la rechazan.

Otra de las motivaciones por las que las mujeres sanitarias podrían responder más a las convocatorias de los cursos, se sustenta en que el modelo biomédico se identifica en muchos aspectos con las asignaciones masculinas y en cambio el biopsicosocial con las femeninas. Por lo que a ellas finalmente, podría resultarles mucho más fácil, vencidas las primeras resistencias, ir poco a poco valorándolo.

Preocupación por la atención de hombres maltratadores:

Todos los entrevistados han coincidido en la necesidad de abordar este tema en los cursos, para responder a la demanda del alumnado. Su preocupación tiene una doble vertiente: por un lado, requieren información sobre los criterios de intervención y muy especialmente cuando acuden a consulta y por el otro, para evitar que la mayoría los siga considerando enfermos:

-“Una de las cosas que dicen los hombres es que el maltratador está enfermo, que es una enfermedad...pero se habla poco, una de las críticas es que apenas se habla de los maltratadores, pero siguen pensando, sobre todo lo dicen los hombres, que ellos tienen una enfermedad y que como está hecho por feministas los cursos el hombre no es un problema de ellas...que se debería plantear un manejo terapéutico del hombre en la consulta, de cómo hacer el seguimiento como el hombre que llega a consulta, esto lo preguntan mucho en el aula...”

Propuestas de cambio de los sanitarios entrevistados

Las propuestas y sugerencias que han ofrecido los hombres sanitarios entrevistados, con el fin de lograr una mayor implicación de otros colegas, van más allá de los cambios estructurales que también requieren (como la formación en violencia de género desde el pre-grado, o la ampliación de los tiempos de consulta). A continuación resumimos otras propuestas ofrecidas que suponen como puerta de entrada, los cursos de formación:

- Enfocar el problema como una cuestión de salud, dentro de la perspectiva biomédica y epidemiológica.

En este punto, es donde algunos sanitarios han incidido en que equilibrar la balanza a la hora de diseñar los contenidos curriculares a través de la integración de ambos enfoques, para ellos sería una estrategia adecuada para motivar más o por lo menos no generar bajas en los cursos, de los profesionales a los que se ha logrado convocar. Así y partiendo de las realidades que conocen, les parece importante ir rescatando elementos del modelo imperante en medicina, con el objetivo de que los alumnos se sientan, en un principio, identificados con el discurso que ellos jerarquizan, para luego ir progresivamente incorporando la perspectiva de género y el modelo biopsicosocial. Esta estrategia podría tener como resultado, que los hombres y también no pocas mujeres, concibieran la violencia de género como un problema que sin ninguna duda compete a la salud pública, con consecuencias concretas y directas en la población femenina y no sólo como una cuestión social que en principio no sienten de su incumbencia:

-“No puedes en el primer día empezar con criticar las actitudes machistas, el primer día tratamos de hablar desde lo profesional, como problema de salud con datos epidemiológicos”

-“A los profesionales se los enganchan por lo práctico, qué hacer con la mujer, qué cosas concretas y no ahondar en las raíces de la desigualdad... sanitizar la violencia de género...que es una cuestión profesional y no verlo como propaganda feminista en donde los tíos que van son homosexuales perdidos....”

-“Que no tengan miedo al tema, creo que muchos siguen teniendo miedo, lo ven como un tema escabroso, morboso, habría que enfocar las cosas como si fuera un tema médico, es decir, esto es una enfermedad...una epidemiología...estas son las consecuencias de la enfermedad y este es el tratamiento...que lo vean como un cuadro clínico...y relacionarlo con el problema social...”

-“Es muy difícil...no sé como se puede implicar más...no sé, es que las resistencias son muchas, no se puede llegar en un curso y decir, yo te cuento esto y te lo tienes que creer, se tiene que producir un cambio que va a costar mucho...basándome en conversaciones con compañeros o amigos te das cuenta que hay que ir más abajo, a cuestionar qué significa ser hombre y mujer, si somos igualitarios o no, si estamos tan lejos o no de la violencia como pensamos, pero cuando llegan a los cursos esto ni siquiera se lo habían planteado”

- Rentabilizar los recursos humanos existentes

A partir de la realidad existente, algunos entrevistados, especialmente los que también son formadores, apuestan por la rentabilización de los recursos humanos y antes que nada, prefieren rescatar la capacidad de aprender a detectar casos, aún de aquellos sanitarios que sólo derivan y no se implican:

-“Pero un tío de 35 años pues es más difícil modificar...ya nos damos con un canto en los dientes por poder trabajar con lo que tenemos...yo estaría contento con que un hombre muy machista o neutro en la consulta detectase casos...este es mi objetivo... independientemente de si es más o menos machista...aunque no empaticen pero al menos que detecten y deriven”

-Mira, más allá de que vengan más hombres a los cursos, lo importante es que los médicos lo vean como una responsabilidad que les compete y que por lo menos no miren para otro lado, que detecten y si no pueden pues que deriven, pero hasta que esto no se de va a ser muy difícil, porque ellos piensan que no es asunto suyo y que ya bastante tienen con su trabajo en consulta”

- Incidir en los casos prácticos:

-“La cuestión práctica, esto crea ambiente...pues cuando alguien tiene dudas darles información práctica y que no sientan que les estás echando un discurso ideológico. Yo he visto que esto anima a los compañeros...pues ir recomendando y difundiendo las cosas que haces tú en consulta, las que ves que son más prácticas...te vienen diciendo ¿no se qué hacer con esta mujer? Pues darle este tipo de experiencia...sólo así la gente acepta recibir información”

Según los formadores entrevistados, este tipo de comentarios pone en evidencia que a pesar de la formación, persiste el modelo biomédico y su necesidad de respuestas rápidas, ya que en el aula no sólo se ofrecen esos recursos prácticos, sino que se incide con especial atención en que la violencia de género supone un proceso complejo y largo en donde las respuestas inmediatas deben ser descartadas a priori (primero la escucha activa, luego la comprensión del problema, etc.)

- *Transmitir que desentenderse de la violencia de género equivale a mala praxis profesional:*

-“Creo que el sistema sanitario tiene que obligarles de alguna forma, al igual que se obliga a hacer un electro con un infarto...usted si no me está detectando mujeres está haciendo una mala praxis, ...hay que plantearlo como un problema de salud y si usted es médico tiene que atender, porque esto es un sistema público de salud y hay una cartera de objetivos, entre los que está atender la violencia de género, no pueden decir, yo me niego a hacer esto, esto no es mío...¿no me vas a decir que los infartos no los vas a ver?”

-“Hablamos de estos temas porque como profesional os toca atender esto...aquí sí que se podría obligar, cuando se impone desde arriba un servicio que hay que dar en atención primaria, en cierto modo sí se puede obligar, no puedes decir esto no lo atiende cuando se te ha dado la oportunidad de formarte...”

En efecto, lo que se propone es concienciar a los sanitarios, de que si no atienden a las mujeres que sufren malos tratos, caerían en la incompetencia profesional, como lo harían de la misma manera si dejaran de atender a una persona con diabetes. No queda claro cómo podrían transmitir luego que la cuestión no es sólo ocuparse de los síntomas.

- *Fomentar mayor participación de docentes varones en los cursos:*

-“Pero aunque se sensibilice a un sólo hombre en el aula, luego el efecto dominó está ahí, este efecto es muy importante porque luego lo difunden...el discurso tiene que ser el mismo lo hagan hombres o mujeres...yo entiendo que esta estrategia de poner hombres docentes, por ejemplo, en los cursos puede ser una amenaza para los sectores feministas más radicales, pero es que el discurso va a ser exactamente el mismo...yo creo que en esto tienen que hablar hombres y mujeres...porque esto también legitima”

- “En el curso tenemos cinco hombres (formadores), es una acción positiva, es una estrategia que hemos aplicado en la última edición del curso...uno de los criterios para ser docente era ser hombre porque el hecho de tener hombres profesores nos desmonta el argumento que tienen muchos hombres y nos legitima para que no se piense que es un tema de mujeres feministas...”

-“En los cursos que hemos tenido con hombres luego en los comentarios cambian, en la evaluación...los comentarios que hacen los hombres si el docente es mujer los hombres suelen poner – se les ve el plumero, esto es ideología no es ciencia, falta rigor científico-

pero si es hombre el docente lo que se pone es –falta rigor científico pero nada de que es cosa de feministas, aunque diga lo mismo en el aula...”

De la manera en que está planteada esta propuesta, es evidente que existe una confusión del nivel de concienciación y conocimiento del tema, al que puedan haber llegado los hombres y las mujeres especializadas/os, que al día de hoy está muy lejos de ser el mismo, situación invisibilizada tras la frecuente sobrevaloración de los logros masculinos (Esecé,2008). Algunas citas de formadores y otros entrevistados pueden ser esclarecedoras:

–“Lo que no se ha aclarado es el origen del problema, ¿el hombre que maltrata es porque genéticamente está predispuesto?, ¿es por que lo ha vivido en casa, porque tiene un carácter, el ambiente?...el origen de por qué el hombre maltrata no ha quedado claro, incluso cuando doy los cursos...y lo preguntan mucho...yo salgo por donde puedo...Le faltan algunos cambios...perfilar un curso mejor, pensar por qué se ha generado un hombre maltratador, es una laguna importante, la causa de todo esto...luego también hablar de que somos distintos, de que hay hormonas distintas y nuestras neuronas funcionan de otra forma, esto ayudaría a muchos varones a entender por qué nuestras neuronas funcionan de otra forma...una combinación de ambas cosas...para que el varón no tenga miedo, que no sea prejuizado, que no es sólo cosa de mujeres...”

–“Algo que eché de menos fue más información científica, por ejemplo en el tema del hombre maltratador, yo quería más datos, porque los estudios que han hecho sobre todo han sido con presidiarios...por ver el tema de probabilidades, una de las cosas que me chirriaban en el curso es este posicionamiento de género que no buscaba probabilidades, y nosotros estamos acostumbrados a esto, si fumas tienes más probabilidades de tener cáncer...unas pistas que te den...esto es lo que me chirriaba, que no se hiciese un planteamiento más científico, para elaborar una estrategia...”

Pero también queda expuesta la confusión sobre qué parte del proceso puede requerir de la identificación con el mismo sexo, para evitar mayores resistencias y qué parte es fundamental que lo ofrezcan profesionales verdaderamente expert@s en el tema, que aún hoy son mayoritariamente mujeres.

Sin embargo, otros testimonios sí muestran mayor claridad sobre estas cuestiones, más allá de la viabilidad de sus propuestas:

–“Habría que preseleccionar a los sensibilizados a priori y trabajar con ellos como primer paso...con el resto, pues no sé.....los que estamos sensibilizados y formados trabajemos con hombres solos, con nuestros propios compañeros...creo que podría ser una alternativa, de hecho me lo he planteado con mis grupos pero lo que pasa es que no he conseguido nunca montar un grupo de hombres...no vienen...¿cómo van a venir?...precisamente por esto que decía...hay que trabajar primero con los hombres, podría ser interesante, sobre todo con masculinidad y roles...para romper estas resistencias, meter ahí la cuña...luego en un paso posterior hacer los cursos...”

- *¿Segregar por sexo en una primera fase de los cursos?*

Esta propuesta genera respuestas diferentes; están los que creen que podría ser positivo:

-“Pues mira, creo que sería útil sólo aulas de varones, porque nos explicarían muchas cosas mejor, luego se podrían juntar, antes conseguir cierto nivel de conocimiento y luego ir a un segundo grupo con mujeres, esto evitaría conflictos, para profundizar más sin mujeres...Hay un problema...los chicos hemos perdido el norte...ahora las mujeres se han incorporado al mercado laboral y se han roto los esquemas...yo lo he vivido”

Pero también están los que lo consideran negativo:

-“Pues esto de segregar no me lo he planteado, de principio no me parecería muy adecuado...si estamos hablando en trabajar en igualdad, separar alumnos y alumnas me parecería...no me lo he planteado...yo creo que en la escuela o instituto lo vería más adecuado porque igual los adolescentes pueden expresarse más abiertamente sin mujeres delante...yo separar en los cursos no lo haría...y me parecería muy difícil explicar esto”

-*¿Imponer la obligatoriedad de los cursos de formación?*

Los que están a favor, que son minoría, entienden que pese a las resistencias iniciales que pudiera generar, tarde o temprano terminarían normalizando esta circunstancia y a la larga “algo de la materia calaría en ellos”:

-“Igual que se les obliga a reciclarse en la diabetes, pues lo mismo en este tema...darles una nueva visión que les puede enriquecer, cuando se sabe que es la variable que más influye en la salud”

Los que no están de acuerdo argumentan mayores resistencias entre los que descreen del tema y no lo consideran competencia del sistema sanitario. Su apuesta es por convencer, aunque ello requiera de otros tiempos y procesos de respuestas no inmediatas:

-“La obligatoriedad se lleva muy mal en el entorno en el que trabajamos, basta que digas que es obligatorio para que...Porque falta mucho tiempo, nuestro trabajo tiene que ser a base de convencer, porque si no convences no tienes nada que hacer, entonces convencer del maltrato lleva mucho tiempo”

-“La obligatoriedad no nos va ayudar....si no se genera un poso de inquietud no sirve de nada , no se puede hacer un trabajo sin una actitud, si alguien va obligado...si no hay opción de elegir, pues irá a pasar el rato, a que no me señalen mucho y a saber cómo va a atender....hay quien dice que no debería ser voluntario, porque si se atiende a la diabetes tienes que atender la violencia, pero esto es lo asistencial, pero en la formación no puedes obligar”

- *Promover grupos de reflexión de hombres sanitarios después de la formación:*

Algunos entrevistados han propuesto espacios de continuidad para hombres después de la formación (grupos de reflexión y re-pensamiento de la masculinidad aprendida): ¿y después de los cursos qué? Nuevamente aparece la necesidad del trabajo grupal entre hombres, pero en este caso se plantea como posterior a la formación:

-*“Quizá falta algo más de trabajar a nivel personal, de grupos, yo me lo estoy buscando por mi cuenta, grupos de reflexión para hombres, participo en uno, porque trabajas cosas de lo cotidiano...prestar atención tuya, estar alerta, que no te amodorres en lo cotidiano y no pierdas la guardia...”*

-*“Me falta mucho por aprender y reflexionar, ya que soy consciente de que todavía sigo reproduciendo muchos estereotipos machistas...pero tengo que pensar cómo, buscar grupos de hombres que ya funcionan, tengo algún compañero que me ha comentado algo, pero lo que pasa es que en la formación no te dan ningún tipo de información, este reciclaje tendría que estar más presente”*

Conclusiones y recomendaciones

De los resultados de este informe que se ha sintetizado en el apartado anterior, creemos pertinente extraer las siguientes conclusiones.

A nivel general:

- El sistema sanitario no ofrece un marco institucional de formación obligatoria para la atención de la violencia machista, con lo que el correcto abordaje dependería de las inquietudes y esfuerzos personales de cada cual.

- El personal sanitario en general, sigue jerarquizando el modelo biologicista y por tanto es reactivo a aceptar el modelo biopsicosocial que incluye el concepto de salud integral y una comprensión adecuada de la violencia hacia las mujeres y sus efectos.

- El personal sanitario, en general, considera que el enfoque de género no goza del “rigor científico” imprescindible y que los problemas de origen social, no son de su competencia profesional.

- Los cursos de formación sobre violencia de género resultan actualmente, el recurso más adecuado para convocar, concienciar y formar al personal sanitario.

- Los cursos de formación no sólo captan el interés previo de mayor número de mujeres que de hombres, sino que también son ellas las que

más van logrando vencer sus resistencias iniciales al enfoque de género y al modelo biopsicosocial. Ello se debe probablemente a que este modelo que atiende a la salud integral de las personas, responde más a características asignadas a lo femenino. Además, luego de las primeras resistencias, el enfoque de género cala con más facilidad en las mujeres, cuando lo procesan a través de sus propias vivencias existenciales.

- Los hombres que llegan a formarse y a implicarse en el tema, son aquéllos que gran parte del proceso de sensibilización lo han desarrollado a través de sus propias historias de vida. Son además los que han elegido nichos profesionales más afines con lo psicosocial y con el mayor contacto humano/emocional con quienes consultan. En todos los casos han sido mujeres las catalizadoras de ese proceso existencial y también han sido mujeres sanitarias las que los han detectado y los han impulsado hacia la formación y su posterior implicación profesional.

A nivel específico de los cursos de formación:

Los hombres que se han formado y han logrado distintos niveles de implicación en la práctica clínica, reconocen el efecto transformador de la formación, que les ha permitido cambiar su posicionamiento profesional y sentirse dentro de un proceso que sí les compete. También reconocen un cierto nivel de sensibilización e información previo, necesario para vencer las resistencias iniciales en el curso.

Las recomendaciones más relevantes que transmite la mayoría de los profesionales entrevistados, para aumentar la participación de sanitarios varones en los cursos, son:

1- Partir del lenguaje biomédico que es el reconocido y respetado por el personal sanitario, ofrecer en principio material estadístico y casuístico claro e impactante y que no deje lugar a dudas, incidir en los casos prácticos, para luego ir progresiva y paulatinamente acercándol@s al modelo biopsicosocial.

2- Si bien es importante el enfoque de género, no comenzar los cursos transmitiendo su teoría, porque produce malestar fundamentalmente en los hombres que se sienten cuestionados y juzgados, aumentando así sus resistencias. Pero una vez lograda la motivación y el interés, sí trabajar a fondo los condicionamientos de género que supone la violencia machista.

3- Algunos consideran positivo segregar por sexo al alumnado en la primera fase de los cursos y otros lo consideran negativo.

4- Una minoría está a favor de imponer la obligatoriedad de los cursos y el resto apuesta por ir convenciendo poco a poco, lo que no logra respuestas masivas e inmediatas, pero garantiza mejores resultados. Esto puede ser especialmente adecuado para los médicos especialistas, que son los menos motivados para formarse.

5- Promover la participación de mayor cantidad de hombres a cargo de la formación, por un lado para desmitificar que la violencia machista sea un tema sólo de feministas y por otro, para lograr la mayor identificación de sexo de los alumnos participantes, disminuyendo las resistencias.

6- Transmitir mensajes contundentes: *no implicarse en temas de violencia de género = mala praxis profesional.*

7- Rentabilizar los recursos humanos existentes: aunque en principio no se logre una verdadera y profunda sensibilización de la mayoría de sanitarios varones, es preferible rescatar la capacidad de aprender a detectar casos, aún de aquellos que sólo deriven y no se impliquen.

8- Promover grupos de reflexión de hombres después de la formación, para continuar trabajando en los condicionamientos de género masculinos.

Para el equipo de profesionales que ha realizado este informe, habría varios aspectos importantes a destacar:

De acuerdo con los resultados, parece necesario reflexionar sobre las diferencias que existen entre los conceptos de *información- sensibilización- toma de conciencia- gestión del cambio- formación*, que constituyen distintas y progresivas etapas de un mismo proceso, pero cada cual con características propias. El hecho de haber superado algunas, no garantiza el proceso completo. Es muy difícil y complicado tratar de obviarlas o saltarlas, si bien la información puede y debe acompañar todo el recorrido.

Según lo recogido en este informe, queda claro que los sanitarios que no poseen un mínimo grado de sensibilización y algún tipo de información previa, en general son los que rechazan cualquier sugerencia de implicación en temas de violencia de género, comenzando por la formación desde la misma convocatoria, o generando bajas una vez que asisten a los cursos.

Además se suma el agravante, de que están instalados en unas creencias sexistas y un modelo biomédico (que tiene mucho de los códigos asignados a lo masculino), totalmente opuestos a los que se les

intenta transmitir. *Y no hay que olvidar que si bien la falta de sensibilización es una gran dificultad inicial, lo que lo convierte en un verdadero obstáculo es la adhesión y defensa a ultranza de ideologías opuestas, que además aportan beneficios y privilegios.* La sensibilización no sólo permite la empatía con el problema y sus víctimas, sino que previamente desestructura las propias defensas y abre la escucha.

Es claro que la mayoría de los entrevistados percibe de alguna manera este escollo, e intenta superarlo proponiendo para la primera fase de los cursos, una suerte de “negociación”, por un lado, entre el lenguaje hegemónico del ámbito sanitario y el biopsicosocial y por el otro, entre el enfoque sexista tradicional y el enfoque de género. Las preguntas que surgen entonces son ¿es viable esta propuesta? ¿Cómo se implementaría? ¿Cómo se explica en un lenguaje, lo que sólo se detecta y entiende en otro? ¿O se trataría de una metodología inductiva que partiera de lo conocido por el alumnado, para ir poco a poco incorporando el nuevo modelo?

Hasta aquí pareciera que las/os planificadoras/es y formadores/as de los cursos de formación, con buen criterio, han seguido las valoraciones de expertos en programas de intervención con hombres (Éride,2008), que advierten que aunque sea deseable poder llegar a todos, es mejor centrar los esfuerzos en algunos perfiles de hombres en concreto. Es decir, que la *necesidad* de trabajar con grupos de hombres, deberá guardar una relación directa con la *disponibilidad* inicial que estos presenten. Dirigir esfuerzos y recursos hacia hombres sin ningún tipo de sensibilización previa, o que demuestren una resistencia abierta, generalmente no es una estrategia eficaz. De ahí que haya funcionado tan bien la detección y selección de los sanitarios más sensibilizados, para participar de la formación.

Pero sabemos que el problema acuciante sigue ahí y que las mujeres que están sufriendo violencia machista, continúan acudiendo a diversas consultas sin ser detectadas ni acompañadas, como corresponde a su proceso.

Las preguntas que surgen en este caso son:

¿Es posible que el sistema sanitario implemente y/o refuerce otros recursos –paralelamente a los cursos de formación- para cubrir por lo menos esas primeras etapas de información y sensibilización de la que carece la mayoría de los sanitarios?

¿No es titánica la labor de las/os formadoras/es, que intentan desarrollar todas las etapas del proceso (información-sensibilización-concienciación-gestión del cambio-formación) en las horas de duración de los cursos?

¿Es correcto y viable emprender campañas masivas dentro del sistema sanitario, con mensajes como “*no implicarse en temas de violencia de género = mala praxis profesional*”?

¿La obligatoriedad de los cursos operaría como un posible atajo o como un bumerang?

¿Es viable trabajar lo referente a los condicionamientos de género, previo o paralelo a la formación, con grupos segregados por sexo?

Mientras tanto ¿es válida la propuesta de sanitarios implicados, de segmentar al personal sanitario, según la etapa del proceso en el que se encuentren? Es decir, para rentabilizar los recursos humanos existentes ¿se podría plantear en principio que con aquéllos que no se lograra un nivel aceptable de implicación, se incida en lo imprescindible para que por lo menos aprendan a detectar, aunque luego deriven sin más?

Queremos dejar constancia, que en el caso de que sean viables los espacios exclusivos de sensibilización y concienciación -donde no sólo se implica el área cognitiva-, y que los recomendamos por considerarlos muy beneficiosos, sí entendemos que es importante la segregación por sexo de participantes y formadoras/es. Aunque el objetivo final sea común a sanitarias y sanitarios, es evidente que cuando se trata de sensibilización y toma de conciencia de condicionamientos de género, la trayectoria para llegar es diferente para unas que para otros, dado que hombres y mujeres ocupan posiciones diferentes en las estructuras de género y poder. De ahí la necesidad de trabajar inicialmente con los contenidos y metodología adecuadas en cada caso. Las evaluaciones realizadas a nivel internacional, demuestran de manera clara que al día de hoy, los grupos segregados producen mayores cambios actitudinales en los hombres, que los grupos mixtos. De los grupos de mujeres ya hay una larga y rica experiencia que así lo demuestra.

Los grupos integrados sólo por hombres, favorecen la disminución de la agresividad o aislamiento, la actitud defensiva y la resistencia masculina – comportamientos que suelen desarrollar ante la presencia femenina. Les permite expresarse sin ser juzgados, atacados o admirados por las mujeres, les facilita las relaciones diferentes con otros hombres y un efecto de identificación con el coordinador, lo que no se da en presencia de las mujeres.

Más tarde, ya en la etapa de gestión del cambio a nivel profesional y de la formación específica, los grupos mixtos pueden constituir un recurso muy enriquecedor.

En cuanto a las/os profesionales que estén a cargo tanto de la sensibilización como de la formación, no hay que olvidar que no es suficiente con ser hombre o mujer, sino que es imprescindible contar con la formación adecuada y haber transitado por todas las etapas del proceso (información-sensibilización-toma de conciencia-gestión del cambio). En este sentido, es a veces necesario recordar que al día de hoy siguen siendo las profesionales especializadas, las que están más legitimadas para la coordinación de estos proyectos, porque son las que mayor recorrido tienen en cada una de estas etapas, más experiencia vivencial y las que por lógica, mayor nivel de conocimientos han adquirido.

A la luz de las incógnitas y propuestas planteadas, tal vez resulte necesario una reflexión conjunta entre todas las partes implicadas. Sería interesante analizar y constatar por el personal especializado, si es que lo que surge de este informe constituye o no un aporte que mejore aún más, el impecable y titánico trabajo que se viene realizando desde diversas instancias y especialmente desde los cursos de formación, rentabilizando en lo posible todos los esfuerzos que ello supone.

11. Bibliografía

-AMORÍN D., GÜIDA;C y OT, *El papel de los varones en el diseño e implementación de estrategias para la atención de la Violencia basada en el género, en el contexto de la reforma del Sistema de Salud en Uruguay*, Uruguay, 2008

-BONINO L., *Hombres y violencia de género. Más allá de los maltratadores y factores de riesgo*, Ministerio de Igualdad, Madrid, 2008.

-COVAS, Susana, *Hombres con valores igualitarios*, Ministerio de Igualdad, Madrid, 2009

-DAW-ONU, *The role of men and boys in achieving gender equality*, NY, 2008

-ÉRIDE, *Diseño, planificación y desarrollo de intervenciones dirigidas a hombres*, Informe elaborado para Ayuntamiento de Madrid, 2008

-ESECÉ, *Percepciones, valoraciones y actitudes de los hombres madrileños ante el cambio de las mujeres, la violencia de género y las políticas de igualdad*, Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayto de Madrid, Madrid, 2008

-GEORGE A., *Human resources for health: a gender analysis*, Kochi, India, 2007.

-HERRERA C. y AGOFF C., *Entre la negación y la impotencia: prestadores de servicios de salud ante la violencia contra las mujeres en México*. Salud Publica de México, Vol. 48, 2, México, 2006.

-MENENGAGE, *Declaración de Rio, Simposio Global Involucrando a Hombres y Niños en la Equidad de Género*, Rio de Janeiro, 2009. WWW.menengage.org.

-MINISTERIO DE IGUALDAD, *Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de género*, Madrid, 2007

-MINISTERIO DE SANIDAD Y POLITICA SOCIAL, *Necesidades de formación que presentan las y los profesionales de la salud en la detección, prevención y atención a la violencia contra las mujeres*, Madrid, 2006.

-MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*, Madrid, 2007

-MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, *Informe Salud y Género 2007/8, Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias*, Madrid, 2008.

-MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, *Informes violencia de género 2006 y 2007*, Madrid, 2008.

-MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL, *Criterios de calidad para la formación básica de profesionales: atención sanitaria ante la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud*, Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, 2006

-SEOANE L., PIRES M., LAS HERAS L., *La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud*. Instituto de Salud Pública, de la Comunidad de Madrid, 2004.

UNESCAP, *Involving men in eliminating violence against women*, NY, ONU, 2003

-VELASCO, Sara, *Sexos, género y salud, teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*, Madrid, Minerva ediciones, 2009

Anexo: Perfil de los entrevistados

Sujeto	Edad	Actividad sanitaria	Formación recibida
1	37	PLANIFICADOR	-F. DE FORMADORES V.G. -DIPLOMA SALUD Y GÉNERO
2	41	MÉDICO DE FAMILIA	-F. DE FORMADORES V.G. -C. VIOLENCIA EN LA PAREJA
3	46	PSIQUIATRA	-F. DE FORMADORES V.G.
4	36	MÉDICO FAMILIA. SERVICIO URGENCIAS	-F. DE FORMADORES V.G.
5	42	PLANIFICADOR	-F. DE FORMADORES V.G.
6	34	MATRONO	-F. DE FORMADORES V.G. -DIPLOMA SALUD Y GÉNERO
7	49	GESTOR	-F. DE FORMADORES V.G.
8	50	GESTOR	-F. DE FORMADORES V.G. -C. VIOLENCIA EN LA PAREJA
9	45	MÉDICO FAMILIA	-F. DE FORMADORES V.G. -C. VIOLENCIA EN LA PAREJA
10	45	MATRONO	-F. DE FORMADORES V.G. -C. VIOLENCIA EN LA PAREJA
11	39	ENFERMERO	-F. DE FORMADORES V.G.
12	45	ENFERMERO	-F. DE FORMADORES V.G.
13	53	ENFERMERO	-F. DE FORMADORES V.G. -DIPLOMA SALUD Y GÉNERO
14	50	PLANIFICADOR	-F. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
15	45	ENFERMERO	-DIPLOMA SALUD Y GÉNERO

