

**Desertion psychotherapy treatment of women victims of
gender violence**

Adriana Patricia Velasco Moncada^a, Eduardo Hernández González^b

^aUniversidad de Guadalajara, Centro Universitario de La Ciénega, ^bUniversidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega (jaromil_hege@yahoo.com.mx)

Historia editorial

Recibido: 24-05-16
Primera revisión: 27-05-16
Aceptado: 29-05-16

Palabras clave

deserción, mujer, violencia de género, proceso psicoterapéutico

Resumen

El presente trabajo de investigación surgió a partir de la iniciativa para conocer los motivos por los cuales las mujeres víctimas de violencia abandonan su proceso psicoterapéutico en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Puebla. Para el logro de dicho propósito se entrevistó a 22 mujeres que fueron violentadas por la pareja varón y se determinaron diversas causas principales como: problemas familiares, actividades en el hogar, cuidado de los hijos, conflictos con la pareja, problemas económicos, trabajo fuera del hogar y obligaciones para con los padres, hermanos u otro familiar cercano. Además de una momentánea sensación de estabilidad o mejoría emocional, disminución de la violencia y aparente alivio.

Abstract

This research arose from the initiative to know the reasons why women victims of violence leave their psychotherapeutic process in the Women's Hospital of the city of Puebla. To achieve this purpose, 22 women who had been abused by their male partner were interviewed and several main causes were determined: family problems, activities at home, caring for children, conflicts with the couple, economic problems, work outside the home and obligations to parents, siblings or other close relative. Along with a momentary sense of emotional stability or improvement, decreased violence and apparent relief.

Keywords

desertion, women, gender violence, psychotherapeutic process

El problema de la deserción en atención a la violencia contra las mujeres y la ubicación de sus raíces deben ser abordadas desde una perspectiva de género. Esto es, desde un enfoque que parta de cuestionar la desigualdad social existente entre hombres y mujeres, y busque en dicha inequidad las causas fundamentales de la violencia de género (Secretaría de Salud México, 2010). Aun cuando sea considerado como un problema de salud pública, el origen de la violencia contra las mujeres, tiene sus raíces en la cultura y se funda en falsas creencias y estereotipos sobre roles de género (Instituto de Salud Pública, 2003).

Al respecto, la OMS (2002) señala que la prevención de la violencia tendrá mayor éxito en la medida en que los países tengan un marco de democracia, respeto a los derechos humanos y buena gobernanza. De este modo, se reconoce a la violencia en el ámbito doméstico, como aquella ejecutada por una persona cercana emocionalmente a la víctima: el hombre “jefe de hogar”, principalmente.

Según Castro y Riquer (2006), la violencia de género se entiende como todo rasgo o característica estructural que coloque y mantenga a la mujer en posición subordinada respecto al hombre, o también, toda violación a los derechos humanos de la mujer; esta situación de violencia, tiende a perpetuar la subordinación femenina en el ámbito doméstico y social.

La violencia en el ámbito doméstico se puede explicar desde diferentes posiciones teóricas. Sin embargo, hemos elegido la perspectiva ecológica que consideramos apropiada en razón de que ofrece una comprensión amplia de los factores que intervienen en el fenómeno, en la cual la violencia se entiende como un problema multifactorial. Esto es que el individuo que la sufre se ve afectado por situaciones del orden individual (cognitivo, emocional, físico), por problemas comunitarios y por variables sociales (De Alencar y Cantera, 2012).

Entre las condicionantes socioculturales cobra enorme importancia la naturalización de la violencia basada en dos componentes: por un lado, la existencia de un modelo sexista que deposita la autoridad y el poder en los jefes de hogar varones y coloca a las mujeres en una posición subordinada (Castro y Riquer, 2006). Por otro lado, la aceptación de la violencia como mecanismo legítimo de imponer la “autoridad” (Espíndola, 2009); y las agresiones de los hombres por el solo hecho de ser mujer (Inmujeres, 2008).

Para abordar el problema de la violencia en el ámbito doméstico, a partir de la perspectiva ecológica, con el propósito de incorporar en el análisis a la cultura y en particular, a la cultura de género, como factor causal de este problema. Aquí se sostiene que la violencia doméstica es una forma más de la violencia de género, la cual a su vez es consecuencia de la violencia simbólica que sostiene a la dominación masculina en un exosistema, donde intervienen diversos contextos sociales que marcan pautas culturales sexistas y autoritarias, normalizando la violencia (De Alencar y Cantera, 2012).

Esta violencia se reproduce a través de las instituciones del Estado. De modo que las acciones de política pública, con poca efectividad en la aplicación de las leyes, se ven marcadas por una paradoja derivada del hecho de que el Estado mismo es señalado como responsable de combatir la violencia doméstica. Además de la falta de respuesta institucional ante esta situación, que al mismo tiempo se encarga de la reproducción de las estructuras de dominación (Espíndola, 2009; De Alencar y Cantera, 2012).

El Estado mexicano, hasta hace muy poco, alimentaba la figura de autoridad del varón mediante la impunidad que otorgaba a los hombres para tener “el control” sobre la familia y considerarla como un espacio privado en donde nadie más intervenía. Incluso, algunas legislaciones acerca de la violencia intrafamiliar, como es el caso de Puebla, en la que se protege a la familia en su conjunto y no a los individuos quienes regularmente la padecen (Espíndola, 2009).

Según la Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla (LAMVLVEP, 2007) el 47.4% de las mujeres casadas y las que se encuentran en una unión de hecho, económicamente activas, fueron las que declararon en mayor proporción haber vivido violencia de su pareja.

INCIDENCIA RECIENTE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

De acuerdo con estimaciones del Banco Mundial, la violencia contra las mujeres es la causa de la pérdida de entre uno a cinco días de vida saludable de las mujeres en edad reproductiva. Actualmente la violencia hacia las mujeres es reconocida como un problema de salud pública (LAMVL-VEP, 2007). No obstante, el reconocimiento social que se ha hecho de este problema, aún prevalece una gran renuencia, en las mujeres que han sido víctimas, para hablar del tema y reconocerla como un problema que les afecta. Esto inhibe en las mujeres la posibilidad para recurrir a los servicios de atención médica. Asimismo, todavía un alto porcentaje de personas no reconoce como problema el hecho de vivir una relación violenta. Se asumen como “normales” los diferentes tipos de maltrato, como inherentes a la vida doméstica y de pareja.

Los resultados de las encuestas nacionales ENVIM y ENDIREH (INEGI, 2011) muestran que en México, D. F. 38.8% (la media nacional es de 39.7%) de las mujeres mayores de 15 años, han sufrido en su vida, al menos un incidente de violencia. Este pudo haber consistido en ofensas, abuso, extorsión u otras agresiones de carácter sexual, en espacios públicos (calles, centros de recreación o diversión, o privados como en su casa donde habitan o casa de otras personas). A esta forma de maltrato se le clasificó como violencia comunitaria de acuerdo con la Ley General de Acceso de la Mujer a una Vida Libre de Violencia¹ (LGAMVLV, 2007).

En cuanto a la violencia familiar, entendida como la agresión o maltrato por algún familiar consanguíneo o algún otro pariente, (sin incluir al esposo o pareja) en 2012 se observó que 16% de las mujeres han vivido una situación de este tipo. El grupo de mujeres más afectadas fueron las que estuvieron alguna vez unidas, con un porcentaje del 22.9%. Por otro lado, según datos de ENDIREH (INEGI, 2011), el 48.6% de las mujeres han sido víctimas de violencia por parte de la pareja, en algún momento de su relación.

Para el grupo de mujeres de 15 años y más, casadas o unidas, la encuesta indagó sobre las situaciones de violencia ejercida por parte de la pareja en el último año (2010). Se observó que el 58.3% declaró no haber experimentado situaciones de violencia. Sin embargo, las que sí manifestaron que habían vivido violencia representan 41.1% del total de la muestra. De estas últimas, 84.5% vivieron violencia emocional, 53.9% económica, 27.7% física y 13.8% sexual (ENDIREH; INEGI, 2011).

EL MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL DE LA ATENCIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

Desde 1993 se declaró la eliminación de la violencia contra la mujer por la Organización de Naciones Unidas (ONU). A partir de entonces se inició un arduo trabajo de atención a las víctimas de este tipo de violencia, ya que es la principal manifestación de la violencia social.

En México, hacia 1995 se creó el Programa Nacional de la Mujer (PRONAM); en 1996 la 49^a Asamblea Mundial de la Salud, reconoció a la violencia como un problema de salud pública (Secretaría de Salud, 2010) y se promulgó la primera Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar en el Distrito Federal. En 1999 se instituyó el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar (PRONAVI) y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) realizó la primera Encuesta Nacional sobre Violencia Familiar (ENVIF), la cual concluyó que en uno de cada tres hogares se vivían episodios de violencia reiterados. Dichos programas abrieron paso a las políticas públicas actuales en materia de atención a la violencia familiar en México.

En el año 2000, la Secretaría de Salud aprobó la Norma Oficial Mexicana (NOM-190) 190,

1 “La presente ley tiene por objeto establecer la coordinación entre la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación, así como para garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos” (Art. 1).

la cual se refiere a la prestación de servicios de salud y a los criterios para la atención médica de la violencia familiar. En ella se introdujo un enfoque de género, buscando romper algunos estereotipos y prejuicios redundantes en la culpabilización de las mujeres y, en la legitimación de la dominación masculina.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), muchas mujeres entre los 16 y 44 años de edad, sufren violencia doméstica siendo ésta la principal causa de invalidez o muerte, por encima del cáncer, los accidentes automovilísticos y la guerra. Debido a ello, la misma organización dio a conocer el Primer Informe Mundial sobre Violencia y Salud reconociendo así la violencia como un problema de salud pública.

Dos iniciativas de gran relevancia se generaron en 2003 para el trabajo de prevención y atención a la violencia contra las mujeres, una de ellas realizada por la Secretaría de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública en México (INSP), denominada Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM), la otra encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres y el INEGI, denominada Encuesta de la Dinámica de las Relaciones Familiares (ENDIREH) y se levantó en una muestra de mujeres entrevistadas en sus hogares (Secretaría de salud, 2010).

En 2005 existían ya Sistemas Integrales de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Familiar (SIAMVIF) en 24 Estados de la República Mexicana (Inmujeres, 2008) y en 2008 eran 26 los Estados que contaban con legislaciones específicas en materia de violencia familiar (Álvarez 2008). Por otra parte, en los años de 2003 y 2006 el INEGI levantó la Encuesta Nacional de Dinámica de Relaciones en los Hogares (ENDIREH) partiendo desde un enfoque de género, con el propósito de establecer las situaciones de violencia vividas por las mujeres en la República Mexicana. En 2003 la Encuesta se enfocó al ámbito de lo doméstico y a las relaciones de pareja; para 2006 el contexto de relaciones se amplió para abarcar lo público: la violencia que viven las mujeres en la calle, la escuela y el trabajo

Bajo esta perspectiva con fecha treinta y uno de julio de dos mil siete, el Pleno del Congreso del Estado Libre y Soberano de Puebla, turnó a las Comisiones de estudio y dictaminó la Iniciativa de “Ley para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Estado de Puebla²”, enviada por el Ejecutivo del Estado (LAMVLVEP, 2007). En el marco de esta ley se establecieron las políticas públicas de atención a las víctimas de violencia de género, en el Estado de Puebla.

LA DESERCIÓN AL TRATAMIENTO

La palabra desertar viene del latín desertare que significa abandonar las obligaciones. Se compone del prefijo de (dirección de arriba abajo) y sertare (entrelazar). Desertar es abandonar el deber, mientras que desertor sugiere el que (tor) abandona, y deserción es la acción y efecto (ción) de abandonar. Desertar también puede referirse a abandonar un deber, un grupo o la defensa de una causa (Diccionario Manual de la Lengua Española, 2007); abandonar las concurrencias que se acostumbraba frecuentar; renunciar o abandonar una actividad, compromiso o lugar (Diccionario Enciclopédico, 2009).

Mahoney (1991) explica cómo la deserción terapéutica puede ser llamada abandono, terminación prematura o temprana, incumplimiento de citas, no adherencia, discontinuidad terapéutica. En todos los casos anteriores se refiere a la interrupción del proceso terapéutico antes o durante el desarrollo formal del mismo, sin previa notificación. Por su parte, Jo y Almao (2002), le llaman no adherencia o interrupción del tratamiento y describen algunos criterios para determinar la deserción terapéutica: por inasistencia a la primera cita y las de seguimiento; abandono del tratamiento sin

2 “...establece en sus artículos 37, fracción III, 39 fracción III y 40 fracción X, que con el fin de promover y procurar la igualdad en la vida de mujeres y hombres, es objetivo de la Política Nacional, erradicar las distintas modalidades de violencia de género, revisar permanentemente las políticas de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia de género y fomentar las investigaciones en materia de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres...”

consultar con el terapeuta, incluso en desacuerdo con el mismo; abandono definitivo antes de un determinado número de citas en un tiempo transcurrido.

La deserción es un problema común en la atención terapéutica (Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009). A nivel mundial el índice de abandono en la terapia psicológica se encuentra entre un 25 y 50%, mientras que en México los usuarios asisten en promedio, a tres sesiones, (Alcázar, 2007).

Chen (1991, citado en Rondón, Otálora y Salamanca, 2009) señala que del 26 al 50% de los usuarios abandonan la atención psiquiátrica y psicológica después de la primera sesión. Entre el 35 y 50% de los usuarios que son dados de alta en los hospitales, no acuden a consulta psiquiátrica o psicológica.

Los factores identificados que influyen en la deserción pueden ser diversos y van desde el terapeuta, su capacidad y personalidad (García y Rodríguez, 2005); la institución por falla en derivación, manejo de información, bajo acceso a citas, cambios constantes de terapeuta, falta de infraestructura y cupo; hasta la propia persona consultante y sus situaciones específicas como la distancia de su hogar a la clínica, ausencia de seguro médico, problemas académicos, económicos y laborales, desintegración familiar, escaso apoyo social por parte de sus redes y falta de tiempo. (Alcázar, 2007 y Jo y Almas, 2002).

La diversidad de indicadores con probable intervención en el abandono terapéutico y la escasa correlación significativa entre variables que permita determinar la dimensión de los efectos de algún factor en particular (Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009) nos plantea la necesidad de estudiar el tema mediante aproximaciones de carácter más cualitativo y particular.

En el Hospital de la Mujer de Puebla, al igual que en todos los centros de atención a la violencia contra la mujer, se cuenta con un régimen de control sobre los casos y usuarias que acuden a dicha dependencia. Sin embargo, hasta el momento no se tiene un registro preciso de las razones por las que las mujeres abandonan el tratamiento, a pesar de ser una circunstancia común.

Este desconocimiento ha motivado nuestro interés por conocer lo que promueve la deserción puesto que consideramos que algunas de las razones del abandono tienen sus raíces en las pautas culturales que mantienen un sistema de desigualdad de género. A partir de esto, suponemos que las mujeres desertan de la atención a la violencia principalmente para continuar con sus actividades cotidianas, percibidas por ellas, como lo más importante que tienen que hacer como un “mandato social”.

Las mujeres, en su relación de pareja, se encuentran en condiciones de subordinación, con una posición económica desfavorable, sobrecargadas con la responsabilidad de cuidar el hogar y los hijos. Estos son algunos ejemplos de los factores familiares que se han identificado como causantes de la deserción al tratamiento psicológico.

La falta de sensibilidad y perspectiva de género en las instituciones de salud limita la capacidad de atención a los problemas vinculados con la violencia doméstica. El personal, cuando no brinda una atención adecuada e inmediata inhibe la asistencia de las mujeres violentadas. Así como los servicios administrativos con fallas en el manejo de datos o elaboración de expedientes, trámites tardados o complicados; y la ubicación de la clínica en emplazamientos alejados pueden provocar la deserción de las usuarias víctimas de violencia.

Existe una relación directa entre percepción de violencia de las mujeres en su contexto familiar, y percepción de maltrato institucional, esta misma percepción es un factor que las lleva a desertar de la atención a la violencia ejercida contra ellas.

La incidencia del conjunto de factores que nos interesa verificar como posibles causas del abandono del tratamiento por violencia de género son precisamente factores asociados a la cultura de la violencia de género lo que supone que los patrones de la cultura de género dominantes son a su vez los principales obstáculos para la atención de las víctimas de este tipo de violencia.

DISEÑO

De acuerdo con la clasificación de Ato, Benavente y López (2013) se trata de una investigación empírica transversal con una estrategia descriptiva. El estudio fue realizado mediante una perspectiva cualitativa debido a que se tomaron en cuenta causas de deserción desde la experiencia y opinión de las usuarias. Para ello aplicamos una entrevista semiestructurada de elaboración propia a partir de preguntas dirigidas para observar las posibles causas de la deserción desde su perspectiva, considerando sus valores asignados tanto al problema como a la necesidad de la atención. Así como de los diversos aspectos de su persona, de la institución y de su contexto próximo que han influido en su decisión.

PARTICIPANTES

La muestra selectiva de tipo no probabilístico constó de 22 mujeres que fueron remitidas por violencia por su pareja de sexo masculino. Todas eran o fueron usuarias de los servicios de atención en el Hospital de la Mujer de la ciudad de Puebla al momento de la entrevista y cumplieron con las siguientes características: quienes habían recibido atención al menos una vez; las que asistían periódicamente sea de manera individual o grupal; y quienes se les llevaba un seguimiento, aunque hubieran dejado de asistir por un período de tiempo prolongado.

PROCEDIMIENTO

En primer lugar, con previa autorización de la propia institución, revisamos los registros de la Unidad de Salud, para recabar información sobre el tipo de atención que brinda a mujeres violentadas y el número de ellas que fueron consideradas desertoras y han decidido reingresar al tratamiento. Posteriormente, elegimos aquellas usuarias en situación de violencia que cumplieron con las características señaladas. Sin embargo, hubo una parte de las usuarias que habiendo faltado al servicio clínico de psicología, por un lapso extenso o corto, regresaron y debido a ello, fue posible obtener información directa de casos considerados reingreso. Realizamos las entrevistas utilizando una guía de entrevista de elaboración propia que consta de seis ítems básicos y generales, (sin datos personales, salvo su edad) de modo que, indirectamente recabamos las opiniones, expectativas y experiencias de las mujeres con respecto de los obstáculos para asistir al tratamiento, su escala de prioridades y valores y las causas reales o potenciales de la deserción.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entrevistamos a 22 mujeres con un rango de edad de 17 a 56 años, de las cuales el 14% tenían 17 años. El 32% tenían entre 20 y 30 años. El 18% entre 32 y 40 años. El 32% se encontraban en el rango de los 41 a 50 años y por último el 4% tenían 56 años. Esto es que la mayoría (82%) se encontraba en el rango de 20 a 50 años.

Del total de las entrevistadas, el 36.3% acudían a grupos de autoayuda; 27.3% a consulta externa; 18.2% a terapia mixta (individual y de grupo) y 18.2% más se encontraban hospitalizadas. En relación a la atención en psicoterapia, 50% acudían regularmente; 23% habían faltado entre 1 a 4 sesiones y 27% se consideraban desertoras porque habían faltado por más de un mes.

DIFICULTADES PARA ASISTIR AL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Mediante nuestro estudio logramos identificar las razones que las mujeres argumentan por la cuales abandonaron el tratamiento. Entre estas razones observamos que existen factores relacionados con el rol y la responsabilidad asignada dentro del ámbito familiar, tales como: los hijos, los padres. Ellas están convencidas de ser las únicas y las más idóneas para ejercer el papel de cuidadoras en ambos casos, de ahí se entiende que la falta de tiempo les impide continuar con su tratamiento.

La situación económica resultó ser también uno de los motivos por los que las mujeres tenían dificultades para asistir al tratamiento. La violencia económica que ejerce la pareja interfiere con el tratamiento por violencia; lo que constituye un círculo que retroalimenta la violencia de género como una forma culturalmente aceptada en las relaciones de pareja en las que los roles tradicionales imponen arreglos económicos en los que los hombres regularmente administran y suministran los recursos económicos. Temen la reincidencia, se sienten responsables de ser violentadas, como una forma de evitarlo, interrumpen su tratamiento por miedo e inseguridad.

Coincidimos en lo anterior con Castro y Riquer (2012) cuando sostienen una asociación entre la violencia de pareja y la alteración real o imaginaria de los roles socialmente asignados a la madre como madre y esposa; y se justifica la violencia hacia las mujeres como una forma de castigo, cuando han salido de “el lugar que les corresponde” para incursionar en campo o espacio, por cualquier motivo, sea laboral u otro.

Las respuestas de las mujeres respecto a las razones por la que suspenden o abandonan la atención psicológica confirman la presencia de estereotipos culturales, los relatos de las mujeres entrevistadas destacaron lo siguiente: ante la pregunta sobre dificultades encontradas o que se pudieran presentar por las cuales faltan o faltarían a su tratamiento, el 31% dijo que sus hijos, debido a que no tenían dónde dejar a los más pequeños; sentían responsabilidad de ayudar a sus hijos mayores en actividades del hogar; llevarlos a la escuela o sostener sus estudios; por embarazo o lactancia; temor a que uno de los hijos se enferme, o por cuidarlo en la enfermedad.

Después de los hijos, la segunda dificultad con 27% de las mujeres fue la pareja, puesto que les negaban el “permiso” para acudir o les prohibían la asistencia; en algunos casos las culpaban por los problemas de pareja; por temor a encontrarse con la pareja que las violentaba; debido al control económico ejercido por la pareja.

La tercera dificultad más común expresada por las mujeres fue la relacionada con la familia (22%) en general, debido a que no querían involucrar la familia en sus problemas, lo que denota cierta vergüenza y sensación de responsabilidad por la violencia de la que eran objeto y evitaban pedir ayuda a sus familiares, así como por temor a preocupar a la madre enferma o por cuidar de ella; porque les aconsejaban trabajar primordialmente; porque el familiar que les acompañaba ya no pudo continuar.

MOTIVOS POR LOS CUALES DEJARÍAN LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

En la entrevista se les propuso a las mujeres entrevistadas que en la situación hipotética de que ya no pudieran asistir al tratamiento cuáles podrían ser las razones para ello. Entre los motivos más sobresalientes por los que desertarían señalaron (27%), nuevamente, que por alguna situación relacionada con los hijos y la pareja, por su responsabilidad en su cuidado y atención. Entre las situaciones hipotéticas que expresaron fueron debido a enfermedad de los hijos; amenaza de aborto; por dedicarse de tiempo completo a uno o varios hijos mayores; por atender a bebés e hijos pequeños; para sostener económicamente a los hijos; para evitar violencia por parte de la pareja; por un imprevisto (accidente); por temor a la pareja, por amenazas o porque la pareja no les permite salir de casa (“encerramiento”); por temor a su expareja quien las asecha en su domicilio o fuera de él.

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

La percepción de la necesidad de tratamiento y el reconocimiento de que la violencia es un problema constituye uno de los factores que influyen en el abandono del tratamiento. No obstante, las entrevistadas mostraron un reconocimiento de la necesidad e importancia del tratamiento pues el 45% consideraron que los servicios de salud mental les aporta conocimiento acerca de los tipos de violencia, les ayuda a detectar cuando se encuentran en esta situación; y además, les sirve para saber cómo responder ante la violencia ejercida por su pareja y tomar medidas de prevención para ellas y sus hijos.

Con el propósito de explorar los factores institucionales que favorecen el abandono indagamos la satisfacción de las entrevistadas con la atención que recibían en el Hospital de la Mujer. Las opiniones que expresaron las mujeres (el 45%) confirman satisfacción con el servicio y esta satisfacción está relacionada con la percepción de mejoría en su estado emocional, en la medida en que se sienten útiles, liberadas, más tranquilas, seguras, reconocidas, fuertes, confiadas; algunas comenzaron a trabajar; incluso han notado cambios en su personalidad, y en la forma de pensar; les ayuda a descubrir y explotar su potencial.

Las mujeres entrevistadas, que no expresaron sus razones de la deserción, sí se identificaron con los motivos que hipotéticamente atribuían a otras mujeres. Esto se pudo apreciar en algunos de los relatos que como el siguiente, dejan ver que las razones que adjudican a otros en realidad son sus propios motivos.

No tengo motivos para faltar. Para que otras mujeres dejen la atención puede influir el trabajo, el dinero, la violencia familiar, de pareja. Podría haber inconveniente en mi trabajo. Otras dejarían de venir por la distancia, eso no me permite venir al grupo. (Entrevista 7).

De acuerdo con lo que expresaron las entrevistadas, hay relación entre las aportaciones de las mujeres desertoras y las que habían faltado poco o nada, aun cuando era sólo un supuesto el hecho de suspender el tratamiento. Por ejemplo: motivos de deserción, “Porque me sentía bien, me dediqué a mi hija 100%, yo me dejé. Sentí que podía superar mi situación” (Entrevista 2). Supuestos de deserción, “dejaría de venir por apoyar a mis hijas (Entrevista 3)”, “otras pudieran dejar porque se sienten mejor” (Entrevista 19).

Los hijos son una constante y un argumento frecuente en los motivos de deserción pero también constituye una razón importante por la cual continuar con el tratamiento. Aunque parece una contradicción cuando se dice que intentan salir de la violencia por sus hijos y al mismo tiempo, la exigencia de atención de sus hijos es uno de los motivos por los que abandonan el tratamiento. “Dejaría solamente por mi niña de 13 años, de secundaria, ella depende de mí y yo de ella” (Entrevista 19).

Al comparar nuestros resultados con los de otros estudios realizados, encontramos coincidencias en las razones que motivaron su deserción. Principalmente en los siguientes: la distancia (aunque sólo hubo un caso), problemas económicos, familiares, laborales y falta de tiempo (Rondón; Otálora y Salamanca, 2009). Además de los anteriores, en este estudio también se incorporan otras causas como el miedo a la pareja, la misma situación de violencia, la sensación de mejoría y problemas de salud.

En cuanto a la institución, no fue posible evaluarla en su totalidad debido a que en esta ocasión el enfoque se ubicó en el área de psicología en atención a la violencia; de ella los comentarios comunes fueron todos positivos, giraron en torno a las atenciones del personal, la mejoría y los avances personales de cada paciente. En esto observamos que en el caso de nuestras entrevistadas el terapeuta no es un factor asociado con la deserción del tratamiento como lo han destacado Rondón, Otálora y Salamanca (2009).

Asimismo, encontramos poca relación entre los motivos y dificultades de deserción, con la atención recibida. La causa más bien se debe a factores extra institucionales, asociados a las mujeres consultantes, como aspectos de la salud, el miedo, el trabajo fuera del hogar, la distancia y falta de interés (éste en menor medida) según Rondón, Otálora y Salamanca (2009), la interacción de estos factores, está vinculada con la deserción. Todos esos motivos se derivan principalmente del desgaste físico o emocional en la relación de pareja y la baja autoestima, como resultado de la violencia (Inmujeres, 2008). A su vez son parte de una cultura y contexto que someten a las mujeres a una violencia simbólica y la colocan en segundo plano con respecto a los hombres (Castro y Riquer, 2006).

Como hemos observado en los resultados de este estudio, la cultura de género juega un papel preponderante en la deserción de atención contra la violencia de género. Las mujeres entrevistadas ejercen un rol tradicionalista dentro del hogar y fuera de él. Se convierten en cuidadoras de los hijos, la pareja, los padres, hermanos, etc., insertadas cada vez más en un espacio donde se les violenta tan asiduamente, que se vuelve para ellas la jornada diaria o su tarea principal.

Bajo esa concepción, las mujeres van normalizando el continuo malestar como parte de su ser madre, esposa, hija, hermana; el contexto es promotor de violencia contra ellas y a su vez el mediador entre el tratamiento y el agresor. Dando como resultado una sensación de bienestar subjetivo que lleva a la deserción, bajo la creencia de que el tratamiento ya no es necesario.

Sólo cuando la violencia contra las mujeres recrudece, retoman el tratamiento abandonado y acuden nuevamente; pero en ocasiones, ya condicionadas bajo el estigma de la mujer desubicada emocionalmente, la que no sabe reconocerse ni auto-valorarse y seguramente se enfrentará a una secuencia interminable de inserción-deserción, hasta que se convenza a sí misma de que su situación ha mejorado o que es irremediable.

En una exploración posterior podríamos continuar con el abordaje de elementos sobre la relación de pareja, que condicionan a las mujeres para continuar en la atención a violencia. Entre los factores que podrían ser objeto de exploración se destacan los siguientes: los roles familiares ejercidos por ellas dentro de la familia de origen. Las condiciones sociales y culturales que las mantienen en la situación de violencia. Los factores de las distintas áreas clínicas que intervienen en la atención mencionada, y pueden influir en la deserción o incluso ejercer violencia institucional sobre las afectadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcázar, R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Revista Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Álvarez, R. M. (2008). *La violencia familiar en México. Panorama legislativo*. Recuperado de <http://www.bibliojuridica.org/libros/4/1590/5.pdf>
- Ato, M., Benavente, A. y López, J. J. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Benjamín, W. (1977). *Para una crítica de la violencia*. México: Premia Editora, S.A.
- Castro, R. y Riquer, F. (2006). Marco conceptual. En busca de nuevas direcciones hacia las cuales mirar. En R. Castro, F. Riquer y M.E. Medina (Coords.), *Violencia de género en las parejas mexicanas: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003* (pp. 10-27). México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Castro, R. y Riquer, F. (2012). *Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. Presentación y Síntesis de Resultados*. México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- De Alencar, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: una revisión teórica. *Psico*, 43(1), 116-126.
- Diccionario Enciclopédico*. (2009). Madrid: Editorial Larousse, S.L.
- Diccionario Manual de la Lengua Española*. (2007). Madrid: Editorial Larousse, S.L.
- INEGI (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/especiales/endireh/>

- 36 Espíndola, A. (2009). *Entre la Agenda y la Práctica: Dificultades en el Combate a la Violencia en el Ámbito Doméstico*. (Tesis de Maestría). BUAP. Puebla, México.
- García, A., y Rodríguez, J. (2005). Factores de personalidad en la relación terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 29- 36.
- Inmujeres. (2008). *Violencia en las relaciones de pareja. Resultados de la ENDIREH, 2006*. México, D. F: Instituto Nacional de las Mujeres, Dirección de Estadística.
- Instituto de salud pública (2003). *La violencia contra las mujeres considerada como un problema de salud pública*. Madrid, España: Documentos técnicos de salud pública.
- Jo, T. y Almao, S. (2002). Abandono del tratamiento en una consulta externa del psiquiatría y psicología clínica. *Revista Electrónica de portalesmédicos.com*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/monografias/abandonotratamiento/index.htm>
- Lamas M. (1998). La violencia del sexismo. En A. Sánchez, *El Mundo de la Violencia* (pp. 191-211). México: UNAM, Fondo de Cultura Económica.
- Ley para el Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de Puebla LAMVLVEP* (2007).
- Ley General de Acceso de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia LGAMVLV* (2007). Última reforma (2014), México, D. F. Secretaría de Servicios Parlamentarios.
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: the Scientific Foundations of Psychotherapy*. (Primera Edición.). New York, E.U: BasicBooks.
- OMS (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.redfeminista.org/sub/oms.asp> [consultado el 06/07/2014]).
- Rondón, A.P., Otálora, I.L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Secretaría de Salud. (2010). *Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM)*. México, D.F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.