

## La intervención profesional en una guardia hospitalaria ante situaciones de violencia basada en género en la pareja

Por Lic. Virginia Aguirre; Lic. María Cristina Cabrera; Lic. Loana Monetta; Lic. Alejandra Pombo y Lic. Mariana Sánchez. *Trabajadoras Sociales*

Participación en las I Jornadas sobre intervenciones sociales en emergencias e incidentes críticos, organizadas por la Red de Trabajadores Sociales de Guardias Hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires, el Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social y la Revista Margen. Buenos Aires, julio de 2011

### Presentación

El presente trabajo sienta sus bases en la investigación sobre violencia en la pareja realizada por las residentes del Hospital Santojanni, sobre la experiencia del CeSAC N° 5, en el año 2008.

Actualmente, y por nuestra inserción profesional en el espacio de guardia desde el mismo año, nos convoca juntarnos a repensar las particularidades de la intervención en la temática desde tal espacio, que le imprime diferencias significativas en lo que hace a los tiempos, el nivel de urgencia, etc. Estructuramos la presentación del modo que sigue: un breve recorrido teórico sobre la temática, reflexiones sobre la modalidad de “mujeres quemadas”, las particularidades de la intervención del trabajador social en la urgencia, la importancia de la primer entrevista, y una sistematización de datos sobre la temática a partir de la intervención en guardia, finalizando con una propuesta de protocolo de atención.

A modo de una breve presentación, el Hospital mencionado se encuentra en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires (zona que presenta los índices más elevados de pobreza, y los indicadores más desfavorables en salud), y muy próximo al Gran Buenos Aires, recibiendo un alto porcentaje de población del partido de La Matanza.

### Una aproximación teórica a la violencia basada en género en la pareja: un problema de salud

El concepto de violencia en la pareja alude a aquellas situaciones de abuso que se producen entre los miembros de una pareja o ex pareja. Muchos autores, para hacer referencia a esta situación, utilizan el concepto de violencia de género. Lori Heise *-I-* afirma que la violencia de género es un problema de salud pública, destacando que es un obstáculo para el desarrollo económico y social porque inhibe la plena participación social de las mujeres. Los efectos de las lesiones corporales y psíquicas comprometen severamente su salud integral, su trabajo y creatividad.

---

*-I- Heise, L. (1994): “Violencia contra la mujer: la cara oculta sobre la salud”, Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington.*

El reconocimiento de la problemática como problema de salud pública fue lográndose paulatinamente, lo que se visualizó en los documentos de los organismos internacionales y posteriormente en nuestro país. Así, en 1994 se sancionó la Ley N° 24.417 de Protección contra la Violencia Familiar. La misma contribuyó a la inclusión del tema en la Agenda Nacional. Asimismo, la reforma de la Constitución Nacional de 1994 incorpora a su texto diversos Tratados Internacionales de Derechos Humanos, entre los que se encuentra la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Este instrumento reafirma y garantiza el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia.

En 1996 el país ratifica por Ley N° 24.632 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en consecuencia es de aplicación obligatoria en todo el territorio nacional. Finalmente, en el año 2009 se promulga la Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, reglamentándose en el año 2010. Esta ley significó un avance importante en el reconocimiento de las diferentes formas de violencia (dado que incluye la violencia simbólica, no siempre tenida en cuenta), así como a la condición de género como factor de vulnerabilidad en sí mismo.

La mujer es la que más sufre/padece situaciones de violencia, Susana Velázquez plantea que la violencia es un tema que atraviesa a todos/as, aunque la situación de subordinación social de la mujer favorece a que ésta se transforme, con mayor frecuencia, en la destinataria de violencias estructurales y coyunturales -2-.

El modo en el que se aborda el tema de la violencia en los diferentes medios de comunicación la cambia de lugar y la introduce en la vida de quienes la escuchan o miran como un hecho más. Así, domesticada y convertida en objeto que se puede tolerar y consumir, la violencia queda neutralizada, anulándose, en muchas personas, su carga negativa y la censura, o se recurre a mecanismos de evitación y rechazo.

En síntesis, una definición de violencia de género -3- abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física. Comprende todas las formas de ejercicio de poder mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal. Se trata de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objeto de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. Esta violencia se expresa a través de conductas y actitudes basadas en un sistema de creencias sexista y heterocentrista, que tienden a acentuar las diferencias apoyadas en los estereotipos de género, conservando las estructuras de dominio que se derivan de ellos.

### **Mujeres quemadas por sus parejas**

En la expresión mas extrema de violencia en la pareja, las mujeres resultan asesinadas. Una modalidad que se ha acrecentado y ha cobrado mayor visibilidad (por su difusión a través de

---

-2- Velázquez, S. (2003) *Violencias cotidianas, violencia de género*, Editorial Paidós, Bs. As., pág. 23. en AA. VV. (2008): "Investigación sobre la intervención del trabajador social en situaciones de violencia basada en género en la pareja. La experiencia del Servicio Social del CeSAC N° 5 (2004-2006)". Área programática del Hospital D.F. Santojanni. Residencia de Servicio Social en Salud. Hospital General de Agudos D. F. Santojanni. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

-3- Velázquez, S. *Op.cit*

los medios de comunicación masiva) en la actualidad, es el caso de las mujeres quemadas por sus parejas, por lo que se considera pertinente reflexionar en torno a este fenómeno que genera preocupación, así como también incertidumbre. Sin intención de brindar respuestas se pretende realizar una aproximación al tema.

La primera situación mediática ocurrida en los últimos tiempos con estas características, fue la de Wanda Taddei quien fuera recibida para brindarle las primeras atenciones en el Hospital Santojanni, en febrero del año 2010. Tuvo gran repercusión en los medios de comunicación por la fama de su pareja y por las connotaciones del hecho, luego se fueron sumando una importante cantidad de casos similares de mujeres, generalmente jóvenes, atacadas por sus parejas con un denominador común: el fuego.

Según datos estadísticos, en el año 2010 fueron 11 los casos de mujeres fallecidas por estos hechos, mientras que en el corriente año ya se han registrado 15 situaciones con esta gravedad. Si bien en el último tiempo estas noticias han escandalizado la opinión pública de nuestro país, no se trata de una nueva manera de violencia de género. Según expresa Irene Meler -4- *“Quemar a las mujeres no es una práctica aislada, ni algo característico de la Argentina. Hay casos en todos los países de todos los continentes. Casos de lo que supone una de las expresiones aberrantes de una tendencia social general de dominación masculina”* -5-.

En la actualidad vemos como estos hechos se repiten, y resulta pertinente preguntarnos a qué se debe esta repetición. Uno de los factores, según refiere Enrique De Rosa -6- es *“que otro lo haya hecho antes, le quita gravedad al acto, le borra una parte del tabú y lo banaliza. Son delitos copycat, se busca la modalidad y se hace”* -7-. Copycat es el imitador de un asesino famoso: mata con el mismo método. En este sentido, después de lo sucedido con Wanda Taddei, muchas mujeres reciben amenazas concretas *“te voy a quemar como a Wanda”*. Para el especialista, prender fuego a una persona es *“un acto premeditado que no responde a la estructura de emoción violenta (...) Tienen que ir a comprar combustible o buscarlo en la casa, rociarlo sobre el cuerpo, arrojarle un fósforo para encenderlo... No es gente que pierde la capacidad de comprensión”* -8-.

Otro de los factores relacionados con el anterior, podría ser la existencia de episodios similares previos pero caracterizados por la impunidad y la no sanción, ya que la inacción de la justicia con la falta y/o demora para dictaminar la condena y las dificultades existentes para probar quien comenzó el fuego actuaría como ejemplificador para que estos hombres continúen cometiendo estos delitos. Con respecto al caso conocido públicamente, el agresor (aún supuesto) tiene dictaminada prisión preventiva y procesamiento, sin condena efectiva.

Pareciera que las mujeres, el fuego y la impunidad se relacionan de algún modo, aberrante de por sí, en distintas épocas y contextos, con diferentes actores pero con las mismas asimetrías, ya desde la Edad Media con la Inquisición, las hogueras ardían calcinando los cuerpos femeninos, las mujeres eran acusadas de “brujas” y luego quemadas, por ocasionar “inconvenientes” y no ser funcionales a un sistema. Nos preguntamos: *¿Por qué el fuego?*

---

-4- Coordinadora del Foro de Psicoanálisis y Género de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires.

-5- Babiker, Sarah (2010), *“Morir incendiada”*, en Artemisa Noticias en formato digital.

-6- Psiquiatra forense y docente de psicología y medicina psiquiátrica de la UBA

-7- De Rosa Enrique (2011), *“Arma de fuego”*, citado por Raquel Roberti y Deborah Maniowicz, nota publicada en Revista Veintitrés el 10/2/2011, formato digital.

-8- Ibidem.

Esta modalidad de agresión hacia las mujeres tendría que ver con la intención del hombre de *“deformar o afejar, una de las formas en las que se expresa el odio” -9-*, según refiere Meler. Asimismo, el fuego posee la particularidad de dejar una marca en el cuerpo de las víctimas y de producir dolor. Esta marca es una marca indeleble, donde la dominación masculina pretende dejar un sello de propiedad; lo que implica considerar a ese cuerpo como objeto.

De esta manera, *“las mujeres quemadas, son agredidas, no en tanto propietarias, sino en tanto propiedad. El método empleado apunta a la destrucción del cuerpo, ante todo de la piel, la envoltura en la cual el cuerpo se constituye como deseable y deseante” -10-*. El agresor, generalmente marido, pareja, novio *“el que tuvo (tiene?) derecho a ese cuerpo cuya propiedad le fue arrebatada por ella misma, la mujer que así recibe castigo. Es un acto insoportable, la propiedad pretende afirmarse como propietaria” -11-*.

El fuego, también podría tener otras implicancias. *“Suele ocurrir que los agresores que lo utilizan han tenido, en su historia personal, situaciones en las que ya estuvo presente como elemento destructor y saben que brinda probados resultados. La conducta de quemar a la víctima implica arrasar con ella, con su cuerpo y con su identidad toda; si sobrevive, quedará desfigurada” -12-*.

De este modo *“la violencia machista rompe huesos, apuñala, trompea, quema... Y los cuerpos de las mujeres, las que sobreviven, son transporte vivo de esa marca que si va acompañada de impunidad, naturaliza, habilita y atemoriza” -13-*.

Desde los medios masivos de comunicación y desde algunos ámbitos de la sociedad, suelen referirse a estos delitos como *“crímenes pasionales”*, cabe destacar aquí, que esto nada tiene que ver con ello, sino que implica una forma clara y concreta de Femicidio. Este concepto es un término político, que es la denuncia a la naturalización de la sociedad hacia la violencia sexista. *“El Femicidio es una de las formas más extremas de violencia hacia las mujeres, es el asesinato cometido por un hombre hacia una mujer a quien considera de su propiedad” -14-*.

De esta manera, coincidimos con la autora que *“para matar a una ex esposa, novia, amante a patadas o simular un suicidio, quienes realizan estas acciones cuentan con diversos grados de impunidad institucional. Las dificultades para encontrar a los responsables de estos delitos que cada tanto conmueven a la opinión pública no hablan de otra cosa que de pactos de silencio, es decir, de las impunidades de un poder patriarcal que se sabe soberano” -15-*.

Por todo lo desarrollado anteriormente se hace necesario mencionar la responsabilidad que tiene el Estado en cuanto a la violencia de género, de garantizar los derechos de las mujeres a vivir, y a hacerlo libres de violencia, ejecutando políticas, haciendo cumplir las leyes existentes y creando otras para poner punto final a este tipo de violencia extrema, condenando a los

---

*-9- Idem Artemisa Noticias.*

*-10- Lipcovich, Pedro (Septiembre 2010) “Robos y femicidios”, Diario Página 12.*

*-11- Idem Página 12.*

*-12- Vernaz, Diana (2010): “Advierten sobre una escalada de casos de mujeres quemadas”, nota publicada en Clarin.com.ar el 12/9/10*

*-13- Garaventa, Jorge (2010), “Todos los fuego, el fuego” en Flor Monfort, Diario Página 12, Suplemento Las 12, febrero 2010.*

*-14- Observatorio de femicidios en Argentina, Sociedad Civil “Adriana Marisel Zambrano” (2010), Informe de investigación de femicidios en Argentina.*

*-15- Fernández, Ana María (2009). “Las lógicas sexuales: amor, política y violencias”. Editorial Nueva Visión. Bs. As.*

culpables para que la impunidad no sea un factor que contribuya a la repetición. La mayoría de este tipo de asesinatos han sido muertes anunciadas, las que podían haberse evitado, donde existieron denuncias previas al trágico desenlace, con sus posteriores oídos sordos y silencios institucionales y judiciales; es por ello que se puede afirmar que las violencias cotidianas también son violencias políticas. El sistema patriarcal continúa atravesando las prácticas cotidianas legitimando la violencia hacia las mujeres, por lo que entendemos que hay un largo camino por desandar en este sentido, en todos los ámbitos de la sociedad.

### **La intervención del trabajador social en situaciones de crisis: la actuación en la guardia**

En rasgos generales, es necesario comenzar diferenciando la intervención enmarcada en un espacio como es la guardia. Las situaciones que se deben abordar se caracterizan por ser agudas, y en general, en situaciones de crisis los sujetos pueden encontrarse en estado de shock, confusión, fuerte angustia, ansiedad, etc.

Es por esto que uno de los principales objetivos que persigue la intervención profesional es la contención del otro, a través de una adecuada escucha y la construcción del rapport.

La finalidad de este encuadre particular es favorecer que el sujeto logre la organización del relato, y constituirse en sujeto activo en la comprensión y resolución de la situación.

Paralelamente se debe realizar un diagnóstico interdisciplinario rápido y eficaz de la situación problemática: debe valorar el daño sufrido por la persona, si se sigue encontrando en situación de riesgo y si hay otros que se encuentran en situación de riesgo que por múltiples razones no han accedido al efector de salud.

Poder realizar una adecuada valoración del daño y del riesgo, requiere formular preguntas adecuadas, conocer marcos teóricos pertinente e indicadores de riesgo y daño existentes en relación al problema. Igualmente se debe poseer un amplio manejo de las leyes, resoluciones y protocolos de atención relativos a las problemáticas a fin de que las intervenciones se encuadren en torno a los mismos, contribuyendo a garantizar la adecuada atención, denunciar la vulneración de derechos, favorecer la restitución de los mismos, y evitar la doble victimización, etc.

La intervención propiamente dicha en este contexto puede incluir:

- La decisión de realizar internaciones por “causa social”.
- Articulación con diferentes instituciones de otros sectores.
- Referencia, contrarreferencia y articulación con el Servicio Social del Hospital y otros efectores de salud (del área programática y de otras áreas). Tanto en el caso de que la persona resulte internada o continúe su atención por consultorios externos del mismo u otro efector, es de vital importancia que los servicios sociales (u otros referentes de los mismos) cuenten con información detallada de lo actuado, y se pueda llegar a acuerdos en torno al seguimiento de la situación.

Considerado el caso particular de la violencia de género como disparadora de una situación de crisis, Velázquez afirma que las reacciones de las personas frente a los ataques o los efectos que estos provocan, varían notablemente de unas a otras. La autora considera que los seres humanos poseen formas ilimitadas de reaccionar frente al sufrimiento. *“Todos presentan emociones y comportamientos que muestran el efecto traumático de la violencia que, indefectiblemente*

*desencadenará una situación de crisis” -16-*. La noción de crisis presenta dos dimensiones, por un lado el referido al impacto que produce el hecho violento, y por el otro el trabajo que debe emprender la mujer para la resolución de la misma.

La misma autora refiere que la mujer agredida experimenta en forma posterior al ataque un incremento de la ansiedad y la angustia. Vivencia sentimientos de inseguridad, rabia y miedo; humillación y vergüenza por el hecho violento en que estuvo implicada contra su deseo. Se siente desconfiada, expresa malestar consigo misma y contra los demás. Puede llegar a sentirse culpable –en mayor o en menor grado- por lo sucedido. Puede dudar de las actitudes que tuvo antes o después del ataque, preguntarse si ella pudo provocarlo de algún modo, o bien considerar que su interpretación de lo sucedido es exagerada o distorsionada. El miedo y la confusión que padece luego del hecho vivido la hacen sentir vulnerable y sin recursos para enfrentar la situación. La autora sostiene que estos sentimientos son la clara manifestación del sufrimiento que padecen las mujeres tanto en el cuerpo agredido, como en la sensación de desamparo que el encuentro con la violencia produce.

La violencia en la pareja puede iniciarse como un hecho disruptivo, inusual, pero la cronicidad que la caracteriza, y el silencio que la rodea, puede contribuir a que resulte naturalizada, de modo que en tales casos la situación debe ser abordada de un modo distinto, porque la reacción y el estado de la mujer que llega a la guardia, así como la percepción del riesgo al que se halla expuesta se encuentra minimizado, detenido, del mismo modo que la posibilidad de percibir cambios genuinos respecto de la situación (que puede encontrarse reforzado por malas experiencias previas: denuncias fallidas, discontinuidad de tratamientos iniciados, etc.). Al decir de Holgado: “... *Vemos que por obra de un suceso traumático que conmueve los cimientos en que hasta entonces se sustentaba su vida, algunos sujetos caen en un estado de suspensión que les hace resignar todo interés por el presente y el futuro...*” -17-

Si el profesional lo evalúa como pertinente, y la mujer se muestra de acuerdo, es posible incluir a sus redes próximas en el proceso de intervención, ellos también pueden encontrarse en crisis por la situación y el trabajo conjunto posibilita el abordaje del impacto de la situación de violencia y favorece la comprensión de lo vivido. El objetivo sería poder constituirlos en verdaderas redes de contención y acompañamiento de la mujer, ya que si estos actúan desde el reproche, negando o minimizando lo vivido por ella, solo contribuirán a que aumente el monto de ansiedad, la culpa y la vulnerabilidad que ella vivencia -18-.

Al respecto hemos observado que las mujeres que concurren a la guardia por estas situaciones sin acompañamiento, tienden a retirarse sin completar la atención.

### **La importancia de la primer entrevista**

Consideramos que el espacio de guardia es un ámbito propicio para poder intervenir en las situaciones de violencia hacia las mujeres. Generalmente las mismas llegan a través de interconsultas médicas, luego de ser atendidas por algún episodio de agresión física. Una premisa básica de este encuentro es considerar que tal vez sea el primero (y en muchos casos el único) en el que la mujer puede relatar la vivencia de la violencia padecida, por lo que se debe actuar con el mayor cuidado e intentando aprovechar esta oportunidad.

---

-16 Velázquez, S. (2003), *op. Cit.*

-17- Mirta Holgado: *Tres tiempos en una catástrofe. Texto publicado en Imago Agenda- Editorial Letra Viva- agosto 2005 “Emergencias y catástrofes”.*

-18- AA. VV. (2008): *Op. Cit.*

Siguiendo a Velásquez, los ejes que orientan el primer encuentro con una mujer que padece violencia son: escuchar, comprender, esclarecer, orientar, informar, contener, ayudar.

La misma autora refiere que en estos encuentros se entrecruzan los saberes de la mujer y del profesional: las mujeres poseen un saber personal e intransferible que es la vivencia sobre las situaciones de violencia, y los sentimientos provocados por el impacto de estas situaciones. Muchas veces la magnitud de lo vivido dificulta ponerlos en un relato, por lo que nuestra intervención profesional implica decodificar los silencios, reorganizar el relato, vinculando hechos entre sí, otorgar nuevos sentidos a lo vivido, relacionándolo con sentimientos, ya que puede darse que en un intento de preservarse, la mujer en su discurso –que parece frío y despersonalizado– separe el hecho vivido del caudal de sentimientos que le provoca y no puede manejar. En este contexto serán fundamentales las intervenciones desde la palabra como preguntar, esclarecer, señalar, sintetizar, desde la base de una escucha atenta que posibilite comprender “...*los tiempos internos del decir y el callar de quien consulta...*” -19-.

La pregunta no solo nos permite profundizar el conocimiento sobre la situación, sino que le posibilita a la mujer reflexionar a partir del “escucharse decir”; sin embargo, el preguntar debe realizarse cuidando de que no se vuelva intrusivo de la intimidad (cuando la premisa debe ser que ella relate solo lo que quiere/puede). También consideramos fundamental brindar a la mujer información sobre la problemática para facilitar la comprensión del hecho violento: sentimientos que provoca, probables reacciones de familiares y redes cercanas; es importante proveer datos sobre las causas, frecuencia y formas en que se manifiesta la violencia; esto permite despejar la sensación de culpabilidad por lo vivido, y a la vez la sensación de que no es la única mujer pasando por esta situación. Del mismo modo, es importante mencionar a la mujer que lo que le está sucediendo se constituye en un delito, lo que ressignifica la gravedad del problema y le otorga entidad como tal.

Uno de los objetivos principales de la intervención profesional en el espacio de guardia es la evaluación del riesgo actual al que se encuentra expuesta la mujer, y la valoración del daño que su salud ha sufrido. Por esto es necesario conocer los efectos producidos en su subjetividad; estos dependen de la articulación variable de una serie de factores -20- que es necesario evaluar para diseñar las estrategias de intervención más apropiadas:

- tipo de agresión padecida
- tiempo de duración de la agresión (determinar si fue un hecho aislado o son agresiones que ocurren de modo crónico)
- gravedad de la agresión (impacto a nivel físico y emocional)
- apoyo familiar y social (redes de sostén y contención con las que cuenta)
- modo en que la persona significa y vivencia lo padecido

Asimismo es necesario el conocimiento de los recursos referidos a la temática, a fin de poder orientar a la mujer al respecto. En relación a esto último, también es importante prevenir a la mujer de las actitudes que generalmente suelen desplegar las personas o instituciones a las que puede llegar a recurrir, quienes en muchos casos no suelen estar sensibilizados en la temática ni

---

-19- Velásquez, *Op. Cit.* Pág. 254

-20- Velásquez, *Op. Cit.* pág 59.

en la modalidad de atención más apropiada.

Otro de los ejes que consideramos en la intervención es pensar en conjunto estrategias de autocuidado, recuperando y valorizando acciones que ella haya realizado previamente (lo que la corre del lugar pasivo de la víctima, y reconoce que ella no solo intentó defenderse, sino que no provocó ni buscó el ataque). Sin embargo, debe evaluarse las posibilidades actuales de la mujer para establecer tales estrategias; la magnitud de lo vivido puede desbordarla y será necesario ser más bien directivo en estas indicaciones, sobre todo cuando se evalúe que las características de la violencia ponen en riesgo la integridad física.

En esta primera aproximación se considera imprescindible que la problemática pueda ser abordada de la manera más amplia posible ya que desconocemos si la mujer va a volver a consultar o si va a concurrir al espacio donde se la derive de acuerdo a la evaluación realizada por los profesionales de guardia.

Trabajar con la temática de violencia en la urgencia no es tarea fácil, por lo que se intenta realizar estas entrevistas de a dos profesionales (psicóloga/o y trabajadora/o social), considerando que el trabajo en equipo además de brindar un apropiado manejo de las situaciones complejas, se convierte también en una medida de cuidado de los profesionales, de manera que otorga un mayor sostén de las emociones de los propios profesionales ante la escucha de relatos con alta carga emocional.

### **La violencia en la pareja: datos estadísticos que surgen de la atención de esta problemática por guardia**

Con el fin de lograr una mirada preliminar sobre las características de las situaciones atendidas por los equipos de salud mental de la guardia, se realizó una sistematización de los datos existentes en el libro de registro de Trabajo Social. Cabe destacar que la información obtenida sólo tiene valor ilustrativo, ya que las categorizaciones de los “motivos de consulta” no fueron consensuadas previamente entre los profesionales intervinientes los diferentes días, tomando las clasificaciones existentes en el libro de actas. Para realizar la categorización se tuvieron en cuenta los motivos de consulta más frecuentes, creando la categoría de “otros” para todas aquellas que no resultaron significativas en términos cuantitativos.

- Cantidad de interconsultas atendidas en el periodo julio 2008 noviembre 2009: 1477, siendo mujeres: 974 y hombres: 503

De este total, se observa que el 10% refiere a situaciones de violencia en la pareja (141 interconsultas)

A fin de caracterizar con mayor detalle las situaciones de violencia en la pareja atendidas, se tomó un muestreo de tipo intencional de 63 interconsultas atendidas en el mes de enero de 2010, de las que se desprende la siguiente información:

- Sobre 63 interconsultas, en 7 casos se intervino por violencia en la pareja lo que representa el 11 % del total, manteniendo la relación con el porcentaje de interconsultas por violencia en la pareja recibidas en 2008 (10%)

- De los 7 casos, en 5 se interconsultó directamente por situación de violencia en la pareja, mientras que en dos situaciones el motivo de interconsulta fue otro: heridas autoinfligidas y cuadro de angustia.

- En relación a miembro del equipo de salud que realiza la interconsulta: 4 ayudantes de clínica médica, 1 enfermería, 1 cirugía, 1 obstetricia.
- En relación al acompañamiento de la paciente: 3 contaban con familiares o amigos presentes, 3 se encontraban solas y de 1 no se registró el dato. En ese sentido se observa que las mujeres que concurren solas se retiraron sin concluir la atención.
- En relación a la edad: 1 mujer entre 20 a 29 años, 3 entre 30 a 39 años y 3 entre 40 y 49 años.
- En relación al lugar de residencia: 5 residían en capital, 2 en Pcia. de Bs. As.
- En relación a la denuncia policial: 3 de las mujeres realizaron denuncia, una no pudo sostener la exclusión, en tanto las dos restantes se encuentran separadas con exclusión del hogar y siguen padeciendo violencia por parte de sus ex parejas.

Como ya se ha mencionado, nos hemos propuesto reflexionar sobre la temática de VP con la finalidad de elaborar un protocolo de atención para la guardia hospitalaria que oriente el trabajo. En primera instancia se consideró necesario buscar los antecedentes existentes para retomarlos.

En este punto resulta importante mencionar los talleres realizados antes de ingresar a trabajar a la guardia coordinados por la Lic. Silvia del Mazo. La intención fue pensar en las intervenciones profesionales para el nuevo espacio a crearse. En dicha oportunidad se reflexionó sobre la violencia familiar, diferenciando estrategias de trabajo para el maltrato infantil, mujeres maltratadas y violencia en ancianos y discapacitados. Consideramos a este instrumento como un aporte valioso al que puede sumársele nuevas situaciones trabajadas y otras posibilidades de intervención.

Continuando con la búsqueda de referencias en el tema, hallamos un trabajo de la Dra. María Varas (2010) sobre el Comité para Estudio, Prevención, Detección y Tratamiento de la Violencia Familiar, Laboral, Infantil y de Género del Hospital Álvarez. En el mismo nos encontramos con información sobre el trabajo desempeñado por esta comisión y un Circuito de Atención a Víctimas de Violencia que contempla el trabajo de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental de la guardia.

Asimismo, encontramos un Protocolo y Guía de Prevención y Atención de Víctimas de Violencia Familiar y Sexual para el Primer Nivel de Atención elaborado por el Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y Atención a las Víctimas y la Dirección de Atención Primaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este aporta datos interesantes aunque no es posible considerarlo en forma completa dado que está pensado para los Centros de Salud Comunitarios.

Finalmente, hemos encontrado manuales y protocolos de España: Madrid, de aplicación en todo el país, y una adaptación territorial del mismo para Andalucía, los mismos también nos han servido de insumo aunque parecieran estar destinados, en principio, a ser utilizados por la población médica. Lo interesante en ambos, es la distinción entre atención primaria y especializada de salud, con la atención en urgencias.

Se adjunta como anexo una propuesta de protocolo para la atención por guardia de las mujeres víctimas de violencia.

## Síntesis y cierre

Transcurridos tres años de trabajo en la guardia general de un hospital de agudos, es importante reflexionar acerca del aporte que se realiza en cuanto a la visibilización y abordaje de la problemática de violencia en la pareja en situaciones críticas. Antes de la inserción de los equipos de salud mental en estos ámbitos se realizaba fundamentalmente un abordaje biomédico de la problemática, atendiendo sus consecuencias físicas y visibles, sin lugar para la problematización, contención, evaluación de daños y riesgos potenciales y consecuente propuesta de abordaje integral. Por otra parte, la conceptualización de la VP como un problema de salud pública, plasmado en el marco de una institución de salud, lo convierte en un hecho tangible, dándole materialidad a las estadísticas que declaman las consecuencias del fenómeno en los planos individual, familiar y social.

Dada la complejidad de las situaciones en las que se interviene se considera que la estrategia metodológica pertinente para su abordaje es la interdisciplina. Las dimensiones para pensar, comprender e intervenir en el problema son múltiples: biológicas, históricas, culturales, legales, económicas, psicológicas, etc., requiriendo de una multiplicidad de saberes y miradas, incluyendo en primer lugar los de la persona atendida. En ese sentido no puede perderse de vista que si bien se interviene en episodios agudos de diferentes características y gravedad, en líneas generales se trata de situaciones crónicas de larga data, cuyo inicio y resolución trascienden el espacio de la guardia, por lo cual todas las dimensiones mencionadas deben ser necesariamente pensadas e incluidas en el análisis.

En relación a la denuncia, se puede observar en la práctica que su realización se encuentra sobrevaluada en cuanto a su posibilidad de poner fin a la situación de violencia sufrida por la mujer. En ese sentido se destaca que en un porcentaje importante de casos, las mujeres atendidas habían realizado denuncias anteriores al episodio que dio origen a la intervención en la guardia, y que aun seguían siendo víctimas de violencia por parte de sus ex parejas. Las explicaciones son múltiples, van desde las dificultades de las mujeres para sostener la exclusión (en muchos casos por la dependencia económica de su pareja, por ausencia de redes de contención, etc.) hasta las dificultades del poder judicial para efectivizar la intervención de la justicia, con tiempos que exceden ampliamente las necesidades de las mujeres que sufren violencia, y que dejan impunes a agresores que cometen hechos aberrantes. Esto último tiene graves consecuencias ya que termina funcionando como hecho disciplinador para las propias mujeres, las que dudan mucho y con razón antes de denunciar, y también alienta a los hombres violentos a seguir con su conducta de considerar a la mujer como objeto de su propiedad, dado que no recibe sanción alguna. Cabe destacar que se ha logrado en algunos casos una buena articulación con equipos de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia (línea 137), lo cual ha posibilitado el acompañamiento de la mujer en la realización del proceso de denuncia.

Siguiendo con el tema, es sabido que no todas las mujeres se encuentran en el momento interno de tomar esa decisión, con lo cual la insistencia del equipo para que la mujer denuncie formalmente puede constituirse en un acto que obture su posibilidad de acceso al sistema de salud. Debiendo destacarse y valorarse como denuncia el mismo hecho de que el acto violento se haga público, ya que para muchas mujeres es la primera vez que pueden compartir lo que les pasa con un otro en el marco público de una institución de salud.

Teniendo en cuenta que la modalidad de intervención de los equipos de salud mental en la guardia se realiza a partir de la interconsulta de otro miembro del equipo, resulta central tener presente que en muchos casos el motivo de consulta no coincide con el motivo que da lugar a la posterior intervención. A modo ilustrativo, de las intervenciones analizadas en el presente

trabajo, el 28.5% de las interconsultas no corresponde con el motivo final de intervención en situaciones de VP, donde el fenómeno se oculta en cuadros de “heridas autoinfligidas” o “angustia”. En ese sentido es importante generar un clima de contención, privacidad (en algunos casos están acompañadas por los agresores) y confianza con la mujer, tener una muy buena escucha y realizar algunas preguntas dirigidas a detectar situaciones de VP, aun cuando este no sea el motivo que genera la consulta.

Para finalizar, es fundamental el trabajo al interior del equipo con los otros miembros, realizando una devolución de lo detectado y trabajado con la mujer, así como brindar información sobre el fenómeno de VP, sus implicancias directas en la salud de las mujeres, directas e indirectas en la salud de los niños, y en el plano social, propendiendo a generar el interés de los otros miembros del equipo por la problemática y favorecer la decisión de capacitarse en la misma.

Por todo lo planteado, es que entendemos que la propuesta del protocolo intenta brindar un aporte a la intervención del trabajador social en guardia, a la vez que abrir espacios de reflexión y visibilización sobre la temática.

### **Bibliografía**

- Almeida Filho, Naomar, (2000), “La ciencia tímida”, Ensayos de deconstrucción de la Epidemiología, Capítulo 14, Nuevos Objetos, nueva Epidemiología. Editorial Lugar, Bs. As.
- Almeida Filho, Naomar. (2006) “Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones”, Revista Salud Colectiva, mayo-agosto, año/vol 2, numero 002, Bs. As Argentina.
- AA. VV. (2008): “Investigación sobre la intervención del trabajador social en situaciones de violencia basada en género en la pareja. La experiencia del Servicio Social del CeSAC N° 5 (2004-2006)”. Área programática del Hospital D.F. Santojanni. Residencia de Servicio Social en Salud. Hospital General de Agudos D. F. Santojanni. Ministerio de Salud. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Babiker, Sarah (2010), “Morir incendiada”, en Artemisa Noticias en formato digital.
- De Rosa Enrique (2011), “Arma de fuego”, citado por Raquel Roberti y Deborah Maniowicz, nota publicada en Revista Veintitrés el 10/2/2011, formato digital.
- Fernández, Ana María (2009). “Las lógicas sexuales: amor, política y violencias”. Editorial Nueva Visión. Bs. As.
- Garaventa, Jorge (2010), “Todos los fuego, el fuego” en Flor Monfort, Diario Página 12, Suplemento Las 12, febrero 2010.
- Heise, Lori (1994). “Violencia contra la mujer: la cara oculta sobre la salud”, Mujer, Salud y Desarrollo, OPS, Washington.
- Holgado, Mirta: Tres tiempos en una catástrofe. Texto publicado en Imago Agenda- Editorial Letra Viva- agosto 2005 “Emergencias y catástrofes”.
- Lipcovich, Pedro (Septiembre 2010) “Robos y femicidios”, Diario Página 12.
- Observatorio de femicidios en Argentina, Sociedad Civil “Adriana Marisel Zambrano” (2010), Informe de investigación de femicidios en Argentina.
- Observatorio de Salud de la Mujer de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS (2006), Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Andalucía, España.
- Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2008).
- Velázquez, S. (2003), “Violencias cotidianas, violencia de género”, Editorial Paidós, Bs.As.
- Vernaz, Diana (2010): “Advierten sobre una escalada de casos de mujeres quemadas”, nota publicada en Clarín.com.ar el 12/9/10.

## **Anexo - Protocolo de atención desde el Trabajo Social a mujeres en situación de VP en una guardia hospitalaria**

### **1- Modalidad de detección de VP**

1.1 – Interconsultas específicas de VP

1.2 – Interconsultas no específicas

- Crisis de angustia o ansiedad
- Heridas autoinfligidas
- Otro

1.3- Demanda espontánea

1.4- En cualquier modalidad es factible que la mujer se encuentre acompañada por su pareja.

En ese sentido resulta pertinente evaluar la actitud del acompañante:

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el personal sanitario

En todas las situaciones debe evitarse que mantenga el contacto con la mujer, limitando el despliegue de estrategias de seducción, demostración de violencia y/o actitud de victimización.

### **2- Ver a la mujer a solas, establecer un clima de confianza y confidencialidad.**

- Observar las actitudes y estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

### **3- Valorar el posicionamiento de la mujer ante la problemática.**

3.1- Niega la situación: aquí no se realiza entrevista específica de la temática, se abre un espacio evaluando la permeabilidad de la mujer que posibilite el diálogo y el clima de confianza. Abordar algunos de los ítems previstos en el punto 4.2.3, según evaluación de situación.

3.2- Plantea la situación de violencia.

3.2.1- Requiere mayor atención médica: se realiza un acompañamiento de la mujer en el proceso de atención hospitalaria, brindando contención y pudiendo evaluar de manera más exhaustiva la posición subjetiva por la que atraviesa la mujer, pasar luego al punto 4.

3.2.2 – Requiere internación por salud mental (por evaluación de riesgo cierto e inminente para sí o terceros).

- Si la mujer es derivada a sala de internación por razones clínicas (sale de la guardia) o a otro efector, es necesario que se eleve informe que de cuenta de la situación de violencia a la que se encuentra expuesta, considerando además el punto 4.1.2.

3.2.3- No requiere ni mayor atención médica, ni internación por salud mental, pasa al punto 4.

### **4 - Intervenciones con fines diagnósticos de la situación, intervenciones tendientes a problematizar y desnaturalizar la violencia y a modificar la situación**

4.1 - Valorar riesgo y daño:

#### 4.1.1 - Considerar presencia de:

##### - Indicadores de abuso físico:

Comprende aquellos daños que se realizan contra la integridad física de las mujeres (se sobreentiende que el abuso físico siempre va acompañado de abuso emocional). Se incluyen al final del protocolo los signos de mayor importancia.

##### - Indicadores de abuso emocional, psicológico y verbal:

Son los daños ocasionados sin la necesidad de que exista un contacto concreto con el cuerpo de las mujeres. El impacto de los mismos en la subjetividad y autoestima es muy importante, ya que implica la desvalorización y la humillación constante de la mujer a la vez que la convivencia con esta modalidad abusiva tiene importantes efectos en la salud integral. Se incluyen al final del protocolo los signos de mayor importancia.

##### - Indicadores de abuso sexual:

Se lo define como "...todo acto de índole sexual ejercido por una persona –generalmente hombre- en contra del deseo y de la voluntad de otra persona –generalmente mujer y niña/o- que se manifiesta como amenaza, intrusión, intimidación y/o ataque, y que puede ser expresado en forma física, verbal y emocional será considerado violencia sexual. Este tipo de violencia es un ataque material o simbólico que afecta la libertad y la dignidad y produce efectos –a corto, mediano y largo plazo- en la integridad física, moral y psíquica." Se considera que la presencia de estos indicadores agrava la situación.

##### - Indicadores de abuso financiero o económico:

Se relaciona con impedirle a la mujer participar en la decisión del modo en que se gastan los recursos económicos y/o la obstaculización del acceso de la mujer al dinero propio o de la pareja. Considerar presencia y gravedad.

##### - Indicadores de abuso ambiental:

Constituye la privación/destrucción del espacio físico y las pertenencias de la mujer. Considerar presencia y gravedad.

##### - Indicadores de abuso social:

Implica el progresivo aislamiento de la mujer y su relegación al espacio doméstico. Considerar presencia y gravedad, y si la mujer cuenta con redes familiares o no familiares para convocar como parte de la estrategia de intervención.

##### -Indicadores de riesgo extremo:

- Amenazas con armas o uso de las mismas
- Amenazas o intentos de homicidio a ella y sus hijos/as
- Amenazas o intentos de suicidio de la paciente
- Malos tratos a hijos o hijas u otros miembros de la familia
- Lesiones graves, requiriendo incluso hospitalización
- Amenazas o acoso a pesar de estar separados
- Agresiones durante el embarazo
- Comportamiento violento fuera del hogar
- Aislamiento creciente

Considerar la percepción de riesgo de vida por parte de la mujer, tanto para ella como para otros miembros del entorno familiar. Ante la presencia de este indicador, la situación queda definida directamente como de riesgo extremo.

Se entiende que a mayor presencia de indicadores mayor es el daño sufrido y el riesgo al que se halla expuesta.

4.1.2 - Indagar si hay niños/as, u otra persona dependiente (adultos mayores, discapacitados) que han quedado en compañía del agresor mientras la mujer se encuentra en el hospital, ya que pueden resultar expuestos/as a situaciones de riesgo.

4.2 - Según la gravedad se establecen diferentes estrategias de intervención (EI).

4.2.1 - La mujer se encuentra en una situación que implica riesgo de vida y no existen redes que puedan alojarla, por lo que las EI\* serían que transitoriamente se retire del hogar:

- convocar a profesionales de la línea 137 (para acompañamiento a realización de denuncia, valoren posibilidad de acompañar a la mujer a buscar a sus hijos, pertenencias, ingreso a refugio)
- considerar la posibilidad de una internación social por guardia

4.2.2 - La mujer se encuentra en una situación que implica riesgo de vida y existen redes que puedan alojarla (a ella y a sus hijos/as en caso de tener), por lo que la EI sería que transitoriamente se retire del hogar, intentando entrevistar a las personas que la alojarían, a fin de evaluar las posibilidades reales y materiales.

- si de la evaluación surge que las redes no pueden contener a la mujer pasar a 4.2.1
- si de la evaluación surge que las redes pueden contener a la mujer se las debe orientar respecto de:
  - realización de denuncia a la brevedad (juzgado, comisaría de la mujer según corresponda al domicilio);
  - recursos a convocar en caso de intentos de irrupción del agresor en el domicilio donde se encuentre la mujer (137 – 911);

- posibilidad de que la mujer desee retornar / retorne al hogar (fase de luna de miel).

4.2.3 - La mujer no se encuentra en una situación que implica riesgo de vida y existen redes que puedan acompañarla, por lo que la EI sería reforzar pautas de autocuidado, derivación, información sobre recursos:

- trabajar sobre el ciclo de la violencia; (fases, escalada y aceleración del ciclo);
- reforzar la posibilidad de que relate las situaciones que vive a las redes de confianza;
- pautas para retirarse del hogar ante escalada de violencia (tener preparado DNI de ella y los hijos, mudas de ropa, algo de dinero, etc.);
- informar sobre instituciones a recurrir en caso de que decida denunciar;
- informar sobre recursos en caso de episodio agudo de violencia (911 – 137);
- realizar derivación a instituciones de la zona del domicilio de la mujer (CeSACs, centros de la mujer de la zona, etc.). De acuerdo a la valoración que se realice de recursos internos de la mujer en ese momento, se pueden efectuar derivaciones por escrito, articulación interinstitucional, etc.
- ofrecer retornar al espacio de guardia, ante una situación de emergencia.

\* Todas las EI propuestas en el punto 4 deben ser previamente consensuadas con la mujer. En caso que la misma se niegue prima el principio de autonomía, debiendo reforzar pautas de alarma, según la decisión tomada.

Indicadores más relevantes de abuso físico

(a mayor presencia mayor riesgo y daño)

Golpes de puño, cachetadas, patadas, mordeduras.

Apretar, retorcer o tironear los brazos o las manos.

Intentos de estrangulamiento o de asfixia.

Arrojar sustancias al cuerpo de la mujer.

Obligarla a tomar sustancias.

Cortarla, herirla o pincharla.

Arrojarle objetos.

Encerrarla, mantenerla a oscuras.

Empujarla, sacudirla.

Arrancarle la ropa.

Echarla de la casa a la fuerza.

Arrastrarla.

Abandonarla en lugares desconocidos.

Pegar o patear el vientre durante el embarazo.  
 Apoyarle armas en el cuerpo (indagar existencia de armas en la casa o de posibilidad de acceso a las mismas por parte del agresor)

Indicadores más relevantes de abuso emocional

(a mayor presencia, mayor riesgo y daño)

Insultos, llamarla por sobrenombres o adjetivos degradantes.

Amenazas “de muerte, llevarse a los/as chicos/as, echarla, etc.”

Criticar y encontrar defectos en todo lo que hace o dice.

Torturarla mostrándole como castiga o lastima a los hijos/as.

Aterrorizarla.

Le hace pasar vergüenza frente a otros o los hijos/as.

La culpa por todo lo que sucede.

La acusa de traidora, desleal si cuenta lo que pasa o lo denuncia.

La hace sentir tonta, inútil, débil, ignorante, incompetente, inferior.

Le exige que se atenga a un rol que él le impone.

Ignora su presencia, hace como que no existe.

La confunde con argumentos contradictorios, se desdice.

Interroga a los hijos/as sobre sus actividades

La induce al suicidio.

Amenaza con suicidarse.

Le miente.

La acusa de infidelidad.

Hace comentarios sobre su apariencia o características físicas.

Le exige sometimiento y obediencia.

Usa a los/as hijos/as como rehenes para mantener el control.

Prepara un clima de terror que la inmoviliza.

La obliga a aparentar armonía.

La desautoriza frente a los/as hijos/as.