

Violencia de género y salud pública. Trayectoria profesional y propuesta de trabajo desde el Trabajo Social

Por María Jimena Villafañe

María Jimena Villafañe. Trabajadora Social, Hospital Gral. de Agudos Dr. Ignacio Pirovano.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se efectuará un recorrido por los 3 años de residencia (período 2009 – 2012) en Servicio Social en el Hospital Gral. de Agudos Dr. Ignacio Pirovano, haciendo hincapié en las intervenciones profesionales relacionadas con la violencia de género.

En el marco de la residencia, las intervenciones mencionadas tuvieron lugar: en 1° año, en distintas áreas del Hospital; en 2° año, en el CeSAC N° 12 y en 3° año, en el Centro de la Mujer de Vicente López y nuevamente en el Hospital.

En la totalidad de los espacios de inserción, se mantuvo contacto con mujeres que padecían o padecieron (y probablemente padecerán) violencia de género, en los distintos ámbitos en los cuales transitan su vida cotidiana.

A pesar de la afirmación precedente, la problemática de la violencia de género se encuentra invisibilizada al interior del equipo de salud. Es así, que en este escrito interesa abordar dicha cuestión; como también, los aportes profesionales del Trabajo Social en la temática.

Cabe aclarar aquí, que si bien la violencia de género incluye tanto la ocurrida en la pareja o en la familia como la que se produce por cuestiones de etnia, orientación sexual, en las relaciones institucionales, etc; este trabajo se centrará principalmente en las primeras.

Entonces, se tomará como eje de estudio el trabajo profesional en el abordaje de situaciones de violencia hacia las mujeres desde una perspectiva de género; puntualizando principalmente en dos cuestiones: la invisibilización de la violencia de género en el equipo de salud y los aportes del Trabajo Social, tanto en lo referente a la intervención propiamente dicha como a la visibilización de la temática.

Se considera que dicho análisis permitirá no solo reflexionar sobre las intervenciones en el campo mencionado, sino también efectuar aprendizajes y propuestas para el colectivo profesional.

En un primer momento, se formula la fundamentación de la elección del tema a desarrollar y la propuesta de trabajo. Luego se explicitan los acuerdos teóricos y normativos que oficiarán de guía para analizar la experiencia.

Seguidamente, se enumeran las intervenciones profesionales realizadas y su correspondiente análisis.

Por último, se enuncian las reflexiones finales que refuerzan las ideas principales y los aprendizajes obtenidos.

FUNDAMENTACIÓN

Según las estadísticas de la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de Nación (OVD)¹ de octubre 2011, las mujeres adultas (62%) son quienes se encuentran más afectadas por esta problemática. En el 81% de los casos denunciados, la relación entre la persona afectada y el agresor es la ex pareja, concubino o cónyuge. Los tipos de violencia mayormente denunciados son la violencia psicológica y la física.

En el primer semestre del año 2011, se registraron 151 femicidios en Argentina. De los cuales, 10 ocurrieron en la ciudad de Buenos Aires, siendo 3 de los mismos en el Barrio de Villa Urquiza, área que corresponde al Hospital Pirovano. Asimismo, de los 151 femicidios perpetrados en el período mencionado, en 26 de ellos había denuncias previas al hecho y en 3 existía exclusión del hogar para los agresores. Con respecto al 1° semestre del 2010 se registra un incremento de un 19%².

Estos datos nos invitan a pensar sobre la violencia de género y su relación con la salud de las mujeres.

Del mismo modo, interpela al colectivo profesional a repensar las prácticas alrededor de este problema social: ¿Concurren las mujeres al Hospital o al Centro de Salud en situaciones de violencia? ¿Estamos en condiciones como profesionales para detectar en una entrevista la violencia de género que padecen las mujeres que acuden al servicio? Si lo hacemos, ¿estamos preparadas (teórica y emocionalmente) para acompañar el proceso que implica poner en palabras este padecimiento?, ¿contamos con un equipo de salud capacitado en caso de que estas mujeres requieran o soliciten algún tipo tratamiento?.

Vinculadas a aquellas, surgen otras inquietudes, ¿porqué la violencia de género se encuentra invisibilizada en el ámbito de la salud?; ¿podemos contribuir, con nuestras acciones, a su visibilización dentro del equipo de salud y abordarla como una cuestión que atañe también a la salud pública?.

Estos interrogantes (y otros) fueron los que emergieron en el proceso de la residencia, a lo largo de los 3 años, a través de las intervenciones profesionales vinculadas a la violencia de género.

Si bien, en este trabajo no se encontrarán las respuestas a dichos interrogantes; sí se intentará, a través del proceso de capacitación recorrido que implica la residencia, delinear criterios de trabajo profesional así como también repensar la relación violencia – salud pública.

Con respecto a las incumbencias profesionales, se puede decir que la violencia de género se constituye como un problema social, que cada vez cobra más víctimas. En este sentido, resulta imperante la capacitación en el tema; así como también, la creación de dispositivos en área de salud que aborden dicha cuestión.

Debido a la complejidad de la temática y a la multicausalidad de la misma, es imprescindible la sensibilización del equipo de salud. Ello contribuirá a la prevención y a la detección precoz de situaciones de violencia, a construir espacios de trabajo interdisciplinarios y de referencia para las mujeres que lo necesiten; así como también, a comprender la violencia de género no solo como un problema individual, sino como un problema social y de salud pública.

1 <http://www.csjn.gov.ar/docus/documentos/verdoc.jsp>

2 OBSERVATORIO DE FEMICIDIOS EN ARGENTINA “ADRIANA MARISEL ZAMBRANO”. Informe de investigación de femicidios en la Argentina – 1° semestre 2011.

En este sentido, se considera al Trabajo Social como una profesión que, por sus herramientas conceptuales y metodológicas (tanto en la asistencia como en la prevención y promoción), puede dar el puntapié inicial para que lo enunciado anteriormente sea posible.

PROPUESTA DE TRABAJO

Analizar la práctica profesional del Trabajo Social en diferentes ámbitos estatales, vinculada a situaciones de violencia contra las mujeres desde una perspectiva de género. Para ello, se tendrán en cuenta dos ejes principales:

- ✗ La marcada invisibilización de la problemática de la violencia de género en el área de salud.
- ✗ Los aportes específicos del Trabajo Social para el abordaje de la temática.

ACUERDOS TEÓRICOS INICIALES

Una primera cuestión al hablar sobre violencia de género es preguntarse porque es que se ejerce violencia principalmente contra las mujeres. Luego, interesa indagar porqué está problemática debe ser abordada desde la Salud Pública y qué aportes puede realizar el Trabajo Social desde su especificidad.

Para contestar la primer pregunta, resulta útil recurrir a Susana Velazquez ^(Velazquez, 2001: 117) quien refiere que *la violencia se basa y se ejerce en y por la diferencia social y subjetiva establecida entre los sexos*. Según Scott ^(Velazquez, 2001: 117), *el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que se perciben entre los sexos y es una forma de significar las relaciones de poder*. Y la violencia, es justamente, la estrategia fundamental para mantener el esquema de ese poder.

Se debe recordar aquí, que la *violencia se caracteriza por dos factores fundamentales: el carácter cíclico y la intensidad creciente*. Walker describe tres fases principales en el *ciclo de la violencia: la acumulación de tensiones, el incidente agudo de agresión o explosión violenta y la luna de miel* ^(Rodríguez, 2001)

Es así que, siguiendo lo enunciado por Velazquez ^(Velazquez, 2001: 118) las relaciones entre hombres y mujeres se deben contextualizar en *un sistema particular de relaciones sociales que genera la violencia hacia las mujeres*, que se denomina patriarcado.

Actualmente, la **violencia de género** es considerada como un grave problema social, porque *compromete la calidad de vida de las mujeres afectadas por los profundos efectos que tiene en su salud física y mental* ^(Velazquez, 2001: 115). Entel ^(Entel, 2002: 113) menciona que *las condiciones vitales de las mujeres, inmersas tradicionalmente en roles subordinados, naturalmente “inferiorizados”, constituyen la “vía regia”, para la entrada de malestares y enfermedades. Estas formas de vida han sido históricamente ocultadas, catalogándose a las primeras, desde el modelo médico hegemónico masculino, como “histéricas”, “locas”*.

La violencia de género, también debe ser considerada como *un tema específico de los DD HH porque, para lograr la salud, es indispensable el íntegro ejercicio de esos derechos que la violencia transgrede*. Sin embargo, *ésta no ha sido suficientemente reconocida aún, en nuestro*

país, como un real problema de salud de la población femenina. Por consiguiente, se desestiman sus consecuencias y, por lo tanto, no se implementan las medidas necesarias de prevención y asistencia en forma continua, integrada y de largo alcance ^(Velazquez, 2001:115)

Específicamente, el sostener un vínculo de abuso de poder del varón hacia la mujer, hace que la misma se encuentre expuesta físicamente a: *enfermedades de transmisión sexual, lesiones, inflamaciones pélvicas, embarazos no deseados, abortos espontáneos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, problemas ginecológicos, abuso de drogas o alcohol, asma, síndrome de intestino irritable, conductas nocivas para la salud (como tabaquismo, sexo sin protección), discapacidad permanente o parcial; o resultados fatales como homicidio o el suicidio* ^(Rodríguez, 2001). Entre las consecuencias sobre la salud mental se pueden mencionar: *desorden de estrés postraumático, depresión, ansiedad, disfunción sexual, desórdenes de la alimentación, desorden de personalidad múltiple, desorden obsesivo compulsivo, entre otras* ^(Rodríguez, 2001).

A pesar de lo expuesto anteriormente, en la práctica se constata que la violencia de género todavía se encuentra invisibilizada por muchos de los profesionales que forman parte del equipo de salud.

Para Velazquez ^(Velazquez, 2001: 119), esto puede tener diversas explicaciones. Por un lado, al suceder el hecho violento generalmente en la intimidad, *suelen llamar a una forma particular de silenciamiento; o a disimular porque representa una realidad incómoda y amenazante, ya que se pone en cuestión y se resquebraja la idea de armonía que debería regir entre hombres y mujeres.* También puede deberse a un escaso reconocimiento de las diversas formas de violencia y los efectos que tienen en la vida de las mujeres. *Los hechos violentos perturban, producen incomodidad, porque hacen visible lo que se quisiera ignorar.*

Es por ello, que resulta imprescindible desde el colectivo profesional inserto en el ámbito de la salud, analizar los hechos violentos contra las mujeres desde una perspectiva de género.

Asimismo, el incorporar dicha perspectiva, contribuye a generar acciones tendientes a la **equidad de género en salud**; como por ejemplo, un dispositivo de intervención de violencia contra la mujer. Según Elsa Gómez Gómez ^(Gomez Gomez, sin datos) *el abogar por la equidad de género en salud no significa luchar para que hombres y mujeres reciban cuotas iguales de recursos y servicios. Significa, por el contrario, abogar para que los recursos se asignen y se reciban diferencialmente de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo y con el contexto socio – económico.*

Así como también, desde una **concepción integral de salud**. Según Floreal Ferrara ^(Carballeda, sin datos), *Salud es la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la vida.* En referencia a esta definición y a la temática específica, se puede decir que se consideran acciones saludables de parte de las mujeres el recurrir solicitando ayuda a los profesionales debido a las situaciones de violencia en que se encuentra.

En cuanto a la **intervención del Trabajo Social**, Rodríguez ^(Rodríguez, 2001) menciona que *la especificidad de la intervención desde el Trabajo Social se sustenta básicamente en la consideración de la violencia contra la mujer como una cuestión social, avalada por aspectos culturales que habilitan que sus consecuencias se multipliquen, involucrando a amplios sectores de la sociedad sin distinciones de clase o nivel educacional.*

Asimismo, se acuerda con Entel ^(Entel, 2002: 112) en que *el sentido principal de la intervención consiste en acompañar y facilitar operativamente el proceso de las mujeres en su tránsito desde el aislamiento, sometimiento, subordinación, hacia la autoestima, el descubrimiento y reconocimiento de los propios deseos, necesidades y proyectos relegados en función de los otros.*

MARCO NORMATIVO QUE ORIENTA LAS PRÁCTICAS

A través del recorrido por la residencia, se pudo identificar la necesidad e importancia del conocimiento e implementación de leyes que enmarquen el accionar profesional.

Dentro de las mismas, cabe mencionar en primer lugar la **Ley N° 23.377 de Ejercicio de la profesión de Servicio Social o Trabajo Social**, que considera como ejercicio profesional del Trabajo Social *a la actividad esencialmente educativa, de carácter promocional, preventivo y asistencial, destinada a la atención de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social, que presentan personas, grupos y comunidades, así como también aquellas situaciones cuyos involucrados requieran solo asesoramiento o estimulación para lograr un uso más racional de sus recursos potenciales.*

En tanto trabajadores de la salud de la Ciudad de Buenos Aires, resulta menester mencionar la **Ley Básica de Salud N° 153**, la cual entre sus principios *garantiza el derecho a la salud integral.* También se menciona en la presente Ley, como objetivo del subsector estatal el *desarrollar políticas integrales de prevención y asistencia frente a la violencia familiar; el asegurar la calidad en la atención, el trabajo interdisciplinario, contribuir al cambio de los hábitos, costumbres y actitudes que afectan a la salud y eliminar los efectos diferenciales de la inequidad sobre la mujer en la atención a la salud.*

Específicamente en lo que respecta a la temática elegida para este trabajo, se debe tener en cuenta para las intervenciones la **Ley N° 26.485, de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que se desarrollen sus relaciones interpersonales.** La misma, *entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.* Asimismo, en la ley mencionada, se explicitan los tipos de violencia y las modalidades en que estos se manifiestan. En el presente trabajo, se abordará principalmente la violencia doméstica³ en sus diferentes tipos (física – psicológica – sexual – económica y patrimonial – simbólica).

Además de proteger la salud de la mujer, la Ley N° 26.485 insta al Ministerio de Salud de la Nación, entre otras cosas, a *incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer.* También a *alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género.*

DESARROLLO

Para realizar el análisis de la experiencia profesional en la temática resulta ordenador el dividir la misma en tres momentos.

El primer momento, será el de visibilización y construcción de la temática como problema social

-
- 3 **Violencia doméstica contra las mujeres:** aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia. Ley 26.485.

y de salud objeto de intervención. El segundo, la capacitación en la problemática; y un tercer momento, relacionado con la puesta en práctica de un dispositivo en el ámbito hospitalario para el abordaje de la misma.

Cabe mencionar, que el primer momento coincidió con el primer⁴ y segundo año⁵ de la Residencia; el siguiente tuvo lugar en el primer semestre del tercer⁶ año. En el segundo semestre de 2012, se puede ubicar el último momento. Desde ya que los mismos no son espacios estancos, sino que forman parte de un proceso integrado de formación profesional.

Primer momento

Con respecto a la trayectoria profesional, y teniendo en cuenta que al comenzar la residencia no se tenía experiencia profesional ni en violencia de género; al comienzo, se debió trabajar internamente e identificar, deconstruir y construir nuevas miradas sobre esta cuestión para su abordaje.

Esto es así, porque aunque la violencia de género desde tiempo es reconocida como un problema social objeto de intervención para el Trabajo Social; desde el campo específico de la salud, también debe construirse como un problema de salud y debe ser asumida como tal por los profesionales, para su posterior abordaje desde un posicionamiento ideológico y político comprometido.

Asimismo, luego de mantener diversas entrevistas con mujeres que padecían violencia, por un lado, se comienza a percibir la invisibilidad existente sobre esta cuestión en el ámbito de la salud, así como también la necesidad de capacitación por parte de los profesionales que asisten a estas mujeres cotidianamente.

En los relatos de las mujeres, suelen percibirse las implicancias que han tenido las situaciones de violencia en el proceso salud – enfermedad – atención – cuidado de las mismas. Siguiendo a Carballada ^(Carballada, sin datos), *la salud, es un producto histórico-social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto*. Este interjuego entre violencia y salud interpela la acción profesional, ya que las situaciones de violencia operan como agravante de la salud de las mujeres o, en otros casos, como determinante. Los recursos materiales y simbólicos con los que cuenta la mujer para afrontar estas situaciones son fundamentales para su salud.

En cuanto a la invisibilización, se puede decir que estas mujeres que finalmente recurren al Servicio Social con el propósito de asesorarse o que son entrevistadas en sala y a través de proporcionales un ambiente facilitador se “animan” a relatar su padecimiento; ya han concurrido en ocasiones a los servicios de salud y sin embargo, nadie ha detectado situación de violencia alguna.

En estas ocasiones, se percibe un vacío institucional para el abordaje de esta problemática.

El Servicio Social, que en escasas oportunidades recibe alguna interconsulta o que atiende a una mujer por medio de una derivación, no tiene otro recurso más que articular con instituciones

4 Primer año: En el primer semestre se rotó por Maternidad y Pediatría, siendo las referentes de las áreas las Licenciadas Cristina Pazo, Andrea Supply y Lorena Ranieri. En el segundo semestre se rotó por Clínica Médica Hombres y Mujeres y por Cirugía Hombres y Mujeres, siendo las referentes de las áreas las Licenciadas Susana Mobilia, Laura Capece y Maitena Fidalgo. Asimismo, se compartió el trabajo asistencial con la residente de 3° año, la Licenciada Fernanda Leonardt.

5 Segundo año: Las referentes del CeSAC N° 12 fueron las Licenciadas Ana María Compan y Carolina Sticotti.

6 Tercer año: En el primer semestre de 3° año se rotó por el Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, siendo la referente la Licenciada Cecilia Surdo. En el segundo semestre, se lleva a cabo la puesta en práctica de un proyecto de atención a mujeres que padecen violencia. El equipo profesional está compuesto por las Licenciadas Maitena Fidalgo, Liliana Zapata y Jimena Villafañe con el acompañamiento de la Lic. Adela Goicoechea.

específicas. Esto es así, porque hasta el momento no están dadas las condiciones para un trabajo en conjunto con otros servicios acordes, como por ejemplo el de Salud Mental.

Este hecho plantea otra cuestión, los profesionales que logran traspasar lo meramente clínico y establecen una relación tal con la persona que permite detectar situaciones de violencia, no tienden a trabajar en conjunto la situación; sino que el resultado suele ser derivar la situación al Servicio Social sin articulación alguna.

Quizás aquí se plantea una diferencia entre lo que ocurre en el Hospital y en el Centro de Salud.

En este último nivel de atención, por lo general se trabaja en equipos interdisciplinarios, por lo que se espera que las situaciones que emerjan, en este caso de violencia, se trabajen en conjunto.

Además, en el Centro de Salud existe una mayor proximidad a la vida cotidiana de las personas; y esto redundaría en un conocimiento de la historia de vida de las mismas, lo que permite una intervención profesional más centrada en un vínculo sostenido en el tiempo y en lo local.

En ambos casos, el desconocimiento de situaciones de violencia o la derivación sin articulación posee su causa en un mecanismo de ajenidad, y esto posiblemente esté relacionado con que no se sabe qué posición tomar ante un hecho de estas características, ante un delito.

Si bien el ámbito de la salud es un campo privilegiado para detectar e identificar situaciones de violencia, se acuerda con Velazquez (*Velazquez, 2001: 120*) en que existen ciertos obstáculos que pueden operar para que en las consultas pase inadvertido el tema de la violencia. Entre ellos se destacan los siguientes: *No hay en la historia clínica preguntas destinadas a detectar algún padecimiento por violencia, existe desinformación acerca de la interrelación entre condiciones de vida y condiciones de salud, hay un fuerte peso cultural y de los estereotipos sociales sobre varones y mujeres para “naturalizar” ciertos comportamientos. Esto enfrenta al profesional a su propia ideología y ética; la creencia de que la violencia intrafamiliar y sexual es un asunto exclusivo de la intimidad de las personas o de las familias, dificulta el reconocimiento, por parte de los profesionales, de que éste es un problema real de la salud de la población que reclama estrategias concretas de prevención y asistencia.*

Por su parte, las mujeres tampoco acuden asiduamente al sistema de salud por cuestiones de violencia contra ellas. Según Velazquez (*Velazquez, 2001: 121*), esto es así porque *puede ocurrir que la mujer no haga referencia a la misma porque no asume su situación, teme que no se le crea, minimizan la gravedad o intensidad de los ataques y también a su agresor, existen sentimientos de humillación, vergüenza. Se encuentran desanimadas por el escaso apoyo y protección de instituciones.*

En cuanto a la capacitación, se identifica un escaso conocimiento por parte de los profesionales de la salud para abordar el tema, siendo las mujeres en ocasiones revictimizadas por aquellos que las atienden. Por lo tanto, se acuerda con Entel (*Entel, 2002: 111*), que es fundamental *la capacitación específica en esta compleja problemática, a fin de no intervenir desde los mitos, creencias y prejuicios instalados en el imaginario social.*

También se desconoce la normativa vigente que regula dichas situaciones. De hecho, según la Ley N° 26.485, el ejercicio de la violencia no solo es por acción sino también por omisión; por lo que se está ejerciendo violencia institucional, al no atender posibles situaciones de violencia doméstica.

En el Servicio Social al no existir criterios consensuados de trabajo para el abordaje de esta temática, cada profesional interviene según su capacidad y conocimiento. Por lo general, se ofrece un espacio de escucha y luego se deriva a la mujer a un centro especializado.

Tampoco existe una sistematización sobre los casos llevados a cabo por el Servicio a diferencia,

por ejemplo, del Equipo de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales (EVAS) que al haber un equipo abocado a esta cuestión poseen registros y sistematizaciones de las situaciones trabajadas. Esto permite establecer un diagnóstico de la población atendida, evaluar las acciones realizadas y modificar y planificar nuevas, en caso de ser necesario.

Es así que dentro de las acciones profesionales en este primer momento se pueden mencionar:

- Acciones de asistencia, promoción y prevención con respecto a los derechos de las mujeres tanto en las salas de internación de mujeres como en los programas y proyectos en los que se participó.
- La entrevista como espacio de escucha, contención y co construcción de la demanda; donde se informa y asesora para luego derivar.
- Articulación intra e intersectorial/ institucional.
- Evaluación de los recursos propios de la mujer y de los recursos disponibles a nivel comunitario.
- Abordaje desde la singularidad, enmarcándolo en un problema social.
- Reconocimiento de los vínculos violentos como modalidad aprendida de relacionarse.

Segundo momento

Como se ha mencionado anteriormente, al ser interpelada la intervención profesional por mujeres que asistían al servicio por cuestiones de violencia de doméstica, se hizo menester la capacitación en la temática a fin de enriquecer las herramientas previas y de poder dar una respuesta acorde a la demanda.

Para ello, se efectuó la rotación electiva por el Centro Municipal de la Mujer del partido de Vicente López.

En el transcurso de la rotación, se atienden a 19 mujeres, las cuales padecen violencia física, económica y emocional por parte de sus parejas o ex parejas. La mayoría llega al Centro por demanda espontánea, solo 1 concurre con oficio judicial. La franja etaria predominante es la de 20 - 45 años (12 mujeres). 9 mujeres al momento de la entrevista se encontraban separadas. Con la totalidad se mantuvo 2 o más entrevistas. Excepto 1, las demás era la primera vez que concurrían al Centro de la Mujer.

Se ofrece asistencia tanto individual como grupal.

La instancia individual se refiere a las primeras entrevistas donde se construye en conjunto la demanda, se contextualiza el padecimiento en una historia y se delinean las primeras líneas de acción. También allí se activa el recorrido por la institución, el cual puede comprender desde una entrevista con la abogada, al comienzo de una psicoterapia o el incorporarse a un grupo de reflexión.

En la instancia grupal, se espera que la mujer pueda compartir con otras su experiencia, establecer nuevos vínculos que le permitan desnaturalizar el ciclo de la violencia y el aislamiento al cual estaba sometida. También se trabaja para que la mujer aprenda nuevas formas de vinculación con respecto a los varones y cuestione los estereotipos y mitos alrededor de lo socialmente consensuado e incorpore una mirada de género.

En el proceso de capacitación, se profundizan y obtienen herramientas tanto conceptuales, metodológicas como legales que contribuyen a delinear una práctica profesional específica.

Dentro de las mismas se pueden mencionar:

Herramientas conceptuales

- La perspectiva de género como una categoría relacional, que permite analizar la relación entre hombres y mujeres dentro de una relación de subalternidad y ejercicio desigual del poder.
- La relevancia de la presencia de esta temática en la agenda pública y del abordaje por parte del Estado. En ocasiones, la atención por parte de organismos públicos es lo único que puede regular la relación abusiva de poder que ejerce el varón hacia la mujer; ya que ella por si sola se encuentra imposibilitada.
- En consonancia con la anterior, la importancia de las políticas públicas con perspectiva de género.
- Profundización en el estudio del ciclo de la violencia y los efectos que causa en la salud de las mujeres.
- Contextualizar las relaciones violentas entre varones y mujeres dentro de una matriz patriarcal de la sociedad.

Herramientas metodológicas

- Entrevista como intervención. Visualizar la primera entrevista como momento de discernimiento, de poner en cuestión lo dado, poder producir el extrañamiento, desnaturalizar. Apuntar al valor de criticidad del sujeto respecto al mundo y sus relaciones. Tener presente que puede ser la primera (y última) vez que hablan del tema con alguien. En la primera entrevista tomar los datos personales, el relato de los hechos, contextualizarlos en una historia; en la segunda entrevista evaluar el impacto de la primera, ver qué escuchó, que incorporó, facilitar la vinculación con la institución. Abrir un espacio para el despliegue de la subjetividad del otro, por lo menos 2 entrevistas, luego activación del circuito de la institución.
- Tener en cuenta la historicidad y carácter procesual de la intervención. La entrevista es un corte en una historia. La mujer resignifica su padecimiento y decide trabajar para transformar su situación o no. Es ella quien decide.
- Nunca realizar entrevista en conjunto con el agresor, aunque la mujer lo solicite. Primero, porque la mujer se encuentra en una posición desigual de poder y además porque en situaciones de violencia no se media, esto está explicitado en la Ley N° 26.485.
- Comprender la denuncia como una cuestión más en una cadena de acciones, dentro del proceso. Tener presente que el límite simbólico que cada mujer llegue a establecer es más poderoso que el límite material. Instrumentar a la mujer en saber cómo denunciar, qué decir.
- Para la mujer es un conflicto reconocerse como víctima de violencia. Hacerlo público por concurrir a una entrevista y/o por la denuncia implica movimientos, sentimientos y emociones encontradas, como ser: conflictos con el ideal de pareja, con la relación hombre /mujer, con la familia, los vínculos y la propia historia. También acarrea efectos queridos y no queridos. Acompañarla en este proceso.

- Necesidad e importancia del trabajo en equipo e interdisciplinario debido a la complejidad y multicausalidad de la problemática.
- Abordar a la mujer no como paciente sino como ciudadana, como sujeto político. Se considera la condición social de las mujeres como colectivo desde la perspectiva de género, así como también desde lo individual y grupal. El objetivo de la intervención es restituirla a una vida cívica ciudadana, ponerla en condiciones de utilizar la ley. Proceso subjetivo, social e institucional.
- Necesidad de registro minucioso para posterior análisis. Resulta útil el uso de un cuaderno de campo para consignar tanto el lenguaje verbal como el no verbal.
- Incorporación del genograma en la historia social. Es el escenario donde ocurre el episodio y la vida cotidiana de la mujer.
- En el caso de tener que realizar un informe que el mismo sea confeccionado teniendo en cuenta la situación de vulnerabilidad de la mujer; que sea claro, que se realice en tiempo y forma.
- Articulación con instituciones afines.

Herramientas legales

- Lectura y análisis de la Ley N° 26.485.
- Entender las leyes como ordenamiento, como límite público al abuso de poder. Las mismas reglamentan la vida social, guían procedimientos en torno a la vulneración de Derechos y regulan problemáticas. Ordenan y establecen obligaciones estatales.
- En cuanto a la violencia de género existe la posibilidad de apelar a una instancia mayor que la nacional, como a la Convención de Derechos Humanos, Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belén do para), entre otras.
- Tener en cuenta que cuando estamos con una mujer actuamos en representación del Estado y de la ley, no actuamos según nuestros mitos y creencias.

Tercer momento

Luego de la capacitación y constatando que las situaciones de violencia se incrementan, resulta menester la creación de un dispositivo en el ámbito hospitalario. Se considera que este espacio contribuye, por un lado, a la visibilización de la problemática; como así también a generar acciones tendientes a la equidad de género en salud.

Al ser un dispositivo nuevo, se deben consensuar criterios de trabajo en el equipo con respecto a la atención que se les brindará a las mujeres, así como también acuerdos teóricos que guíen las intervenciones.

Debe entenderse este espacio desde lo social, evitando miradas medicalizadas o psiquiatrizadas que pueden ser iatrogénicas para la salud de las mujeres. La detección y la asistencia oportuna y apropiada es una responsabilidad y un compromiso para los profesionales.

Se trabaja desde una perspectiva de género y salud integral, abordando la violencia doméstica como un problema de salud.

También se tiene como marco la Ley N° 26.485, que establece qué se entiende por violencia contra la mujer, sus tipos y modalidades existentes.

Como encuadre de trabajo, se estipula un día y horario determinado, siendo flexibles en caso de presentarse una mujer fuera del mismo.

En las entrevistas, resulta fundamental hacerle saber a la mujer que se le cree, evitando preguntas estigmatizantes que produzcan revictimización. Debe tenerse especial cuidado en el contenido y las palabras que se utilizan en el encuentro con la misma. Hay que estar atento tanto a lo que la mujer verbaliza como a lo actitudinal.

Es de suma utilidad el recopilar material gráfico que sirva de apoyo en la entrevista y confeccionar un instrumento de registro específico. El registro de la entrevista debe ser riguroso, consignando los datos esenciales de la mujer así como también la demanda que presenta. Esta información será material para una posible sistematización.

Una de las primeras tareas que se propone el equipo de trabajo es la difusión a los profesionales y a la población. Para ello, se recorren los diferentes consultorios externos presentando el espacio y las profesionales a cargo, explicitando los días y horarios de atención. También se cuenta con que las compañeras del servicio con salas a cargo y las compañeras de guardia deriven las situaciones detectadas al espacio.

Con respecto a la población, además de disponer una cartelera en el Servicio Social, diariamente se difunde el consultorio en las salas de espera de los diferentes servicios.

Otra de las tareas a realizar es la actualización de recursos vinculados a la temática. Esto contribuirá a la derivación clara y certera de las mujeres a los lugares que necesiten.

Asimismo, se establece comunicación telefónica con las instituciones (OVD – Consejo Nacional de la Mujer – Dirección General de la Mujer C.A.B.A.) para solicitar folletería y para aceitar el mecanismo de derivación. Cabe mencionar aquí, que el conocer a los profesionales y el espacio físico a donde concurrirá la mujer, hará de la derivación (en caso de ser necesaria), una buena experiencia para la mujer; se sentirá segura y confiada al saber que concurre a un lugar conocido por quien la deriva. Además, debido a la complejidad de la problemática, resulta menester establecer una comunicación previa con el profesional y mantener el contacto para el seguimiento en conjunto. Estas acciones, evitan la derivación precipitada e inapropiada que *se puede convertir en un dispositivo expulsivo institucional (Dwek, 2001: 166)*. Tendiendo por el contrario, a enmarcar la intervención en *el trabajo en red, la multiplicidad de saberes, lo que suma fuerzas y amplía el juego de las intervenciones múltiples, ordenadas y planificadas (Dwek, 2001: 166)*:

Se establece como modalidad de atención la consultoría, ya que se pone el énfasis en quien acude a la consulta. En el caso de las situaciones de violencia, esta metodología parece la más adecuada, ya que cada caso es particular y depende en gran parte de cómo es vivenciada la situación por cada mujer, el proceso que llevará a cabo y lo que espere del espacio.

Una vez que las mujeres comiencen a transitar por el espacio, será necesario tener supervisiones periódicas con el fin de evaluar las intervenciones así como también despejar dudas y ansiedades que conlleva el trabajar con temáticas de este estilo.

Dentro de las funciones del Trabajo Social, en este dispositivo, se pueden mencionar:

- Fortalecer la decisión de la mujer de hacer pública su situación.
- La Trabajadora Social actúa como organizadora de la demanda, facilita que se manifieste; se debe contextualizar e historizar la situación de violencia. Co construcción del problema con la mujer, la intervención apunta a develar que le está sucediendo a la mujer. Ella debe decidir que va a hacer y qué necesita. Se debe tener en claro qué se puede ofrecer y que no en este espacio.
 - Construcción colectiva de conocimiento.
 - Proponer un proceso de reaprendizaje sobre la vinculación con el otro.
 - Deconstrucción de prácticas, estereotipos y discursos hegemónicos con respecto a lo esperado socialmente para varones y mujeres.
 - Establecer contactos intrainstitucionales con los profesionales tanto del servicio como de otros servicios del Hospital y Centros de Salud del área dispuestos a trabajar en la temática.
 - Establecer contactos interinstitucionales con organizaciones específicas que aborden la temática tanto para intercambiar conocimientos como para derivación.
 - Ofrecer información actualizada, certera y clara. Tener en cuenta que las mujeres que concurren al espacio pueden ser multiplicadoras del mismo como de la información que se otorga.
 - Informar sobre los alcances de la Ley N° 26.485, tanto en lo que respecta a los tipos y modalidades de la violencia contra la mujer como de los procedimientos (derecho y garantías que otorga, personas que pueden efectuar la denuncia, medidas preventivas urgentes en relación a los tipos y modalidades de violencia).
 - Respeto por lo tiempos de cada mujer, estableciendo un vínculo de contención, asesoramiento y resguardo de su intimidad. Se espera que la mujer recobre el poder hablar por ella misma.
 - Evaluar y diagnosticar la situación de riesgo en la que se encuentra la mujer.
 - Acordar pautas de autocuidado y protección, vinculación con redes existentes y/o conformar nuevas. Indagar sobre la trayectoria institucional previa realizada por la mujer para evaluar posible articulación.
 - Visualización de proyectos a futuro.
 - Articulación teórico práctica.
 - Reconocer en qué momento del ciclo de la violencia se encuentra la relación y notificarlo a la mujer. Reflexionar con ella sobre esto puede hacer que prevea y planifique acciones acordes.
 - Evaluar en qué momento del ciclo vital se encuentra la mujer para acordar estrategias de acción correspondientes con el mismo.
 - En el caso de haber niños, niñas y/o adolescentes expuestos a situaciones de violencia (directa o indirecta) notificarlo al Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes con el fin de articular acciones para cesar la vulneración de los derechos.

REFLEXIONES FINALES

Para finalizar, resulta interesante mencionar los puntos más relevantes del trabajo, así como también los aprendizajes obtenidos a lo largo de la residencia.

En lo que respecta a la temática específica, cabe destacar la importancia que posee el abordaje de la violencia doméstica con perspectiva de género desde instituciones estatales, así como también que la cuestión de género se encuentre presente en la agenda pública.

En este sentido, las leyes que protegen los derechos de las mujeres que padecen violencia son un recurso imprescindible para la intervención profesional, en especial la Ley N° 26.485. Sin embargo, se debe reconocer que aún quedan pendientes políticas públicas que efectivicen los derechos de las mujeres y las obligaciones estatales que se enuncian en la ley mencionada.

Además de los recursos legales, para la intervención profesional es fundamental conocer y fortalecer los recursos comunitarios y personales de las mujeres. Los primeros podrán officar de red de apoyo y contención para la mujer localmente.

En cuanto a los recursos personales de la mujer, su identificación y valorización en la intervención hará posible la co construcción de la demanda y las estrategias de acción en referencia al padecimiento de la mujer. Esto propiciará un abordaje centrado en el protagonismo de la misma, destacando sus propios saberes.

Así mismo, en tanto profesionales se hace menester el seguimiento y acompañamiento de las situaciones presentadas dentro de un marco de respeto y ética profesional, donde primen el compromiso con la población atendida y los problemas sociales que padecen, teniendo en cuenta la singularidad de cada situación concreta.

Con respecto a la violencia de género, la implementación de un dispositivo en el ámbito hospitalario, constituye un desafío, ya que se comienza a visibilizar una problemática que tiende a quedar relegada en las intervenciones diarias de los profesionales de salud. Esta visibilización, se espera pueda contribuir a que las mujeres encuentren en el espacio público un lugar donde manifestar su padecimiento que hasta el momento formaba parte de su vida privada.

Es así, que es fundamental que los profesionales incorporen la perspectiva de género en el abordaje de las situaciones de violencia doméstica, considerándolas como un problema social y de salud, inmerso en un sistema patriarcal de abuso de poder contra las mujeres.

De igual manera, el propiciar espacios de escucha y asistencia específica, consolida acciones tendientes a brindar servicios de atención diferenciados según las necesidades particulares de varones y mujeres, bregando por una mayor equidad de género en salud.

Para ello, es fundamental la capacitación específica, las supervisiones constantes, el trabajo en equipo ya sea intra - interdisciplinario e intra – interinstitucional/sectorial, la planificación de las acciones, el registro y posterior análisis y sistematización del mismo.

Además de lo mencionado, ante problemáticas complejas, como es la violencia de género, es importante aplicar una dosis de creatividad en la intervención. Todo ello, se considera redundará en una intervención basada en mejorar la calidad de los sujetos con quienes trabajamos.

En referencia al recorrido por la residencia, se debe mencionar que el mismo efectúo una transformación tanto personal como profesional en la que los aprendizajes fueron múltiples.

Para que ello fuera posible, se contó con la capacidad profesional y docente de las referentes así como también la confianza en el criterio profesional de la residente.

Además de la profundización en el conocimiento y puesta en práctica de herramientas

conceptuales y metodológicas propias del Trabajo Social, se ha podido trabajar en los tres niveles de intervención, lo cual también fue muy enriquecedor.

Asimismo, constituyó un gran desafío el insertarse en los diferentes grupos de trabajo; ya sea en el Hospital, en el Centro de Salud y en el Centro de la mujer, siendo de gran apoyo en todos la apertura del equipo de profesionales, la calidez humana, la capacidad de trabajo; así como también, el interés por enseñar de las referentes, pero estando atentas a los aportes de la residente. Se destaca, el compromiso con la tarea así como también un posicionamiento político – ideológico y teórico – metodológico centrado en la efectivización de los derechos de las personas.

Los equipos de residentes por los que se han transitado también fueron un espacio de aprendizaje de la tarea, de cuestionamiento del rol en los ámbitos en los que se desarrolla, así como también, de las problemáticas sociales y de salud de la población con la cual se trabaja diariamente. Este equipo también ofició de apoyo y contención en lo cotidiano.

Para finalizar, se considera que la Residencia, como sistema de capacitación en servicio, resulta un aprendizaje profesional integral en salud; y de excelencia para la formación de profesionales idóneos en la intervención en problemáticas complejas que interpelan al colectivo profesional.

BIBLIOGRAFÍA

CARBALLEDA, Alfredo - BARBERENA, Mariano. *Trabajo Social, Política Social y salud*. <http://www.margen.org/catedras/apunte11.html>

ENTEL, Rosa. “Mujeres en situación de violencia familiar”. Espacio. Bs. As. 2002.

GOMEZ GOMEZ, Elsa. “Equidad, género y salud”. División de salud y desarrollo humano. Programa mujer, salud y desarrollo. OPS/OMS.

LEY N° 26. 485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

LEY N° 23.377 de Ejercicio de la profesión de Servicio Social o Trabajo Social

LEY N° 153 Básica de Salud.

OBSERVATORIO DE FEMICIDIOS EN ARGENTINA “ADRIANA MARISEL ZAMBRANO”. Informe de investigación de femicidios en la Argentina – 1° semestre 2011.

OFICINA DE VIOLENCIA DOMESTICA – Corte Suprema de Justicia de la Nación (OVD) <http://www.csjn.gov.ar/docus/documentos/verdoc.jsp>

RODRIGUEZ, Marcela. “Violencia contra las mujeres y políticas públicas. Tendiendo un puente entre la teoría y la práctica”. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López. 2001.

DWEK, Linda. *El trabajo social frente al dispositivo de la intervención*. En TEUBAL, Ruth y colaboradoras. “Violencia familiar, Trabajo Social e instituciones”. Cap. IV. Paidós. Bs. As. 2001.

VELAZQUEZ, Susana. “Hecho en Red por la salud de la mujer” Cap: Violencia de género y salud. Reflexiones acerca de las prácticas: interrogantes y propuestas. Dunken. Bs.As. 2001.