

margen N° 72 - marzo 2014

Violencia de género: perspectivas de abordaje en el ámbito de la guardia de un hospital general

Por Victoria Camp, María Inés Casal y Romina Kojdamanian Favetto

Victoria Camp. Lic. en Psicología. Hospital Tornú, Gobierno Ciudad de Buenos Aires

María Inés Casal. Lic. en Trabajo Social. Hospital Tornú, Gobierno Ciudad de Buenos Aires

Romina Kojdamanian Favetto. Lic. en Trabajo Social. Hospital Tornú, Gobierno Ciudad de Buenos Aires

Introducción

La presente producción se enmarca en la experiencia de trabajo de los equipos interdisciplinarios de salud mental en las situaciones de violencia de género que se han registrado entre abril 2010-abril 2011, desde el Servicio de Guardia del Hospital General de Agudos Dr. E Tornú. GCBA.

El objetivo de este trabajo es analizar la problemática de referencia, tal como se presenta en el marco de la guardia externa de un hospital general. Se intentará reflexionar acerca de la incidencia que ha tenido la inclusión de los equipos interdisciplinarios de salud mental como parte integrante de las guardias, en lo que hace a la detección de los casos, el rol de los equipos intervinientes y los abordajes posibles desde este dispositivo: sus alcances y limitaciones.

En cuanto al abordaje metodológico, se ha recurrido a los instrumentos de registro diarios de salud mental y servicio social de la guardia durante el periodo abril 2010- 2011 para conocer el perfil, modalidad de ingreso a la guardia y articulaciones/derivaciones frecuentes.

Al final se consignan algunos de los aspectos que se consideran relevantes en la relación ámbito de la salud y violencia hacia la mujer.

Los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental en las Guardias Hospitalarias Generales

La efectiva incorporación de los equipos interdisciplinarios de salud mental a la guardia de los hospitales generales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires data de los años 2007 y 2008. La inserción de dichos equipos está enmarcada en la ley de salud mental de la CABA (Ley 448).

En el caso del Hospital Tornú, los cargos de los equipos mencionados fueron concursados en el año 2006, teniendo efectiva vigencia a partir del año 2008.

Los equipos de salud mental son llamados a intervenir en distintos tipos de problemáticas, siendo las siguientes las que se presentan con mayor frecuencia:

- Consumo problemático de sustancias
- Situaciones de calle
- Descompensaciones psiquiátricas, intentos de suicidios, crisis de angustia

- Violencia en sus diversas manifestaciones...entre otros

Se ha podido observar que la temática de violencia se presenta como trasfondo en gran cantidad de las situaciones en la que el equipo psico social es convocado a trabajar.

Aproximación conceptual al tema de la Violencia hacia la Mujer

Entendemos a la violencia como un concepto polisémico, no susceptible de una definición totalizante dada la complejidad de las circunstancias y los hechos que abarca. Desde una perspectiva constructivista, la violencia es entendida como una construcción social e histórica, y por lo tanto humana. Esto plantea un corrimiento de los postulados que intentan simplificar la problemática asociándola a "grupos marginales", "pobreza" o "patología mental". Por lo tanto sostenemos que la violencia no es una categoría psicopatológica sino que se define por lo social y encuentra su expresión en diversos ámbitos sociales, políticos, económicos y familiares.

En el presente trabajo nos centraremos en la temática a la violencia dirigida hacia la mujer, perpetrada por la pareja, cónyuge, novio o esposo de acuerdo a los lazos definidos por la mujer. La existencia de instrumentos y recursos legales que conceptualizan a la violencia hacia la mujer como problema social, da cuenta que desde hace más de dos décadas la violencia en el ámbito familiar fue paulatinamente tornándose en un tema de incumbencia pública y materia de políticas públicas.

La violencia hacia la mujer es entendida como "cualquier acto de violencia basado en el género que posiblemente resulte en daños o sufrimientos físicos, sexuales o psicológicos de la mujer, incluyendo amenazas de cometer dichos actos, coerción o privación arbitraria de la libertad ya sea en la vida pública o privada" (Naciones Unidas: 1993).

La violencia de género es también una cuestión política, ya que provoca la discriminación de un grupo social percibido como inferior o invisible, y es en consecuencia asunto de políticas públicas. Incluir en el análisis de la problemática la perspectiva de género implica tener en cuenta el lugar y significado que las distintas sociedades, en diferentes momentos históricos adjudican al ser varón y al ser mujer, cuestionando su carácter biológico y natural. Estas representaciones sociales, están presentes y atraviesan de diversas maneras las prácticas asistenciales y a quienes las llevan a cabo, de donde se desprende la importancia de concientizarlas y someterlas a revisión.

La problemática de violencia de género es en definitiva un tema de Derechos Humanos, en tanto la violencia ejercida contra las mujeres constituye una de las violaciones de los Derechos Humanos más habitual, extendida y silenciada. Según una estadística de Naciones Unidas de los casos de violencia el 74% se ejerce contra mujeres, el 23% violencia cruzada y sólo el 3% contra hombres. (Informe Naciones Unidas 1993) Otros datos ilustrativos indican que el 86% de las personas denunciadas por hechos de violencia en el ámbito familiar son varones, mientras que el 14% son mujeres. En tanto que las personas afectadas el 80% representa a las mujeres y el resto a hombres (Informe OVD: 2010).

En lo que respecta a la presentación de las situaciones en el ámbito de la guardia hospitalaria, es posible afirmar que la violencia hacia la mujer es una dimensión que puede presentarse visiblemente pero también puede mantenerse velada por otros emergentes que hacen necesaria una escucha atenta que posibilite su detección y posterior abordaje. Dicha modalidad es la que prevalece en el ámbito de salud en las guardias. En este sentido, afirmamos que el sector salud es un ámbito privilegiado para la prevención, detección y el abordaje temprano de esta problemática.

Poder potenciar estos encuentros iniciales de las mujeres con el sistema de salud es uno de los propósitos del trabajo de los equipos de las guardias.

Es de interés mencionar, que la atención y asistencia hacia los sujetos que padecen violencia en sus diversas manifestaciones, representa un gasto para el sistema público de salud, por lo que entendemos que la invisibilización de la problemática no sólo contribuye a la perpetuación de situaciones de vulneración de derechos sino también en dispendio de gasto público.

Modalidades de abordaje e Intervenciones en la urgencia

En el marco de la incorporación de los equipos de salud mental se elaboró una cartilla denominada “Normatización de la Emergencia Psiquiátrica” (SAME: 2004). En dicha cartilla se describen las problemáticas y presentaciones clínicas más habituales en el marco de la emergencia, estableciéndose para cada caso los “criterios de evaluación diagnóstica”, y el “protocolo para el manejo inicial”. En su apartado número 8, se incluyen las “Víctimas de traumas, tales como abuso infantil y violencia familiar”. Allí se determinan las competencias del servicio de guardia en cuanto al procedimiento de intervención según transcribiremos a continuación:

“A un servicio de Guardia le compete:

1. Reconocer, diagnosticar y tratar problemas físicos (lesiones). Dejar bien documentado esto, incluso fotografiado, para futuro uso legal.
2. Disminuir el miedo, la ansiedad y desesperación que se ha generado.
3. Crear o generar conciencia de enfermedad, impidiendo así la perpetuación de un círculo vicioso sado-masoquista que suele estar presente, fruto de vínculos familiares patológicos, con negación, proyección e identificación con el agresor.
4. Derivación inmediata a grupos especializados en el tratamiento de la violencia familiar, abuso infantil, y otros.” (SAME: 2003)

Se especifica finalmente que no es recomendable que estos temas sean tratados en lugares relativamente intimidantes y que no garanticen la privacidad.

Resulta significativo que, una vez establecidos los ítems anteriores, se trabaje de manera detallada y exclusiva sobre los criterios diagnósticos y protocolos de intervención referidos al “Maltrato infantil” y a las “víctimas de violación”, omitiéndose por completo la temática de la violencia de género en todos sus aspectos. De esta manera queda invisibilizada nuevamente la violencia de la que son objeto muchas mujeres que consultan y son asistidas cotidianamente en los efectores de Salud del GCBA.

Asimismo, es llamativa la perspectiva implícita según la cual la violencia quedaría incluida en el campo de la “psicopatología”: se habla allí de “enfermedad” y de “sado-masquismo”, operando un reduccionismo que desconoce tanto la complejidad de esta problemática como su carácter social.

Por otro lado, en el marco de las intervenciones normatizadas, también coexiste el “Manual de Normas de Atención Médica de SAME” (SAME: 2003), en donde la problemática de la Violencia Familiar se la define como una problemática de múltiples causas y se la categoriza como una

Urgencia Social. En este manual, se protocoliza la intervención médico social diferenciando las acciones profesionales si la persona víctimas de malos tratos es menor de edad o adulta. En relación a las personas adultas se establecen las siguientes acciones: entrevista médico-social con la persona violentada, realización de informe médico social para ser entregado al interesado/a para que se realice la denuncia, la cual es de exclusiva decisión del mismo/a, asesoramiento sobre recursos específicos y derivación por escrito a servicios para tratamientos especializados. Aquí se tiene en cuenta como fundamento de la intervención las medidas cautelares provistas por la Ley Nacional 24.417.

Aportes del Equipo Interdisciplinario de Salud Mental

Desde nuestra perspectiva de abordaje consideramos de importancia crucial cuestionar y problematizar algunos de los conceptos señalados, así como la ideología subyacente, en la medida en que estos pueden constituirse en obstáculos a la hora de intervenir ante situaciones concretas. Trabajar sobre las representaciones acerca de la violencia que circulan en el imaginario de quienes asistimos este tipo de casos incluyendo la perspectiva de género, es un modo de contribuir a una mayor visibilización de esta temática, que es objeto de la Salud pública y de las políticas públicas, y que constituye una preocupación social que involucra la responsabilidad de todos: la de los ciudadanos en general y, en particular la de aquéllos profesionales que nos desempeñamos en instituciones públicas vinculadas a la salud, educación, etc.

El dispositivo de la urgencia en salud mental, apunta a que el sujeto sea producido y alojado, propone evitar su masificación bajo rasgos comunes: “las víctimas”, los “traumatizados”, los “toxicómanos”, etc. Procurando que las singularidades no se pierdan ni se desvanezcan en el anonimato de la masa.

Entendemos que el trabajo sobre la violencia familiar, y específicamente la violencia hacia la mujer, requieren de una mirada y abordaje interdisciplinario, puesto que no es dominio exclusivo de alguna disciplina en particular. Por el contrario las líneas de abordaje en cada situación singular requiere de una mirada integral, que no fragmente al sujeto y proponga posibilidades superadoras desde el diálogo desde los diversos marcos disciplinares. La modalidad de trabajo interdisciplinaria procura dar una intervención global a estas situaciones que trascienda el motivo de consulta inicial (lesiones físicas asociadas al maltrato en la mayor parte de los casos). Se intenta dar una respuesta integral que contemple los distintos aspectos de la salud que se ven comprometidos, tanto de las pacientes como de todo el grupo familiar.

Las acciones del equipo de salud mental se centran en:

- La detección de los casos de violencia, diagnóstico situacional -evaluación y estimación de factores protectores y de vulnerabilidad-,
- Contención
- Comunicación e intercambio con los profesionales intervinientes
- Orientación específica y asesoramiento en relación a los recursos y acciones de protección garantizadas por la legislación vigente.

En torno al primer punto, debe entenderse que el diagnóstico situacional es una instancia interdisciplinaria que tiene como objetivo poder identificar los factores protectores o compensadores y los factores de vulnerabilidad. Si bien podríamos denominar a estos últimos como factores de riesgo, entendemos que al hablar de vulneración podemos realizar una lectura más amplia. Se entiende por vulnerabilidad como aquella situación objetiva o subjetiva, que lleva a experimentar al sujeto una condición de indefensión producto de la fragilización de los “soportes” tanto personales como comunitarios (Caballero y ots.: 2006).

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	
Evaluación de Indicadores de violencia. Identificación del tipo de violencia. Posición subjetiva en torno a la situación.	
Factores de compensación	Factores de vulneración
Capacidad de pedir ayuda, red social continente y acompañante, conocimiento de los recursos asistenciales garantizados por la leyes vigentes (OVD, comisaria de la mujer, guardias) contar con la posibilidad de un lugar de alojamiento alternativo.	Aislamiento social o carencia de apoyo socio familiar, naturalización de la violencia, falta de recursos económicos, fracaso de las estrategias de auto protección implementadas. Asociación consumo-violencia. Carencia de pautas de alarma. Situación de desarraigo (migración reciente)

En relación al trabajo de contención, se trata de admitir y alojar las diversas manifestaciones del padecimiento subjetivo (llanto, ansiedad, angustia, entre otras), dando lugar al despliegue de la palabra. Es indispensable mostrar apoyo y generar las condiciones para que quienes consultan puedan ser escuchadas sin temor a ser juzgadas, o no ser creídas. De este modo, se elaboran estrategias de intervención singulares que dan cuenta de una escucha activa que busca no homogenizar las situaciones sino que respondan a la evaluación de las particularidades de cada situación y respeten los tiempos de cada sujeto.

Sabemos que la intervención en guardia no siempre impacta de manera inmediata, con resultados visibles en el corto plazo, sino que estos pueden producirse con posterioridad a la consulta. No por ello la intervención pierde sentido sino que se resignifica como una posibilidad que permita al paciente a tomar decisiones al respecto a futuro.

En relación al trabajo con otros profesionales de la guardia, un aspecto de nuestras acciones se refiere a compartir con los profesionales aspectos de la intervención desarrollada. Ya que en algunos casos, la falta de capacitación y espacios de reflexión acerca de la temática como el desconocimiento de los recursos y dispositivos asistenciales existentes, puede contribuir a la “victimización secundaria” de los sujetos que asisten al ámbito de salud. Por tal motivo, una arista del trabajo recae sobre los agentes de salud del ámbito de la guardia.

En este marco nos parece de importancia promover y ampliar el conocimiento, tanto de los agentes de salud como de los sujetos que se atienden, acerca de la legislación vigente relacionada a la problemática de la violencia: Ley de Protección contra la Violencia Familiar (N° 24.417), Ley de

Prevención de la Violencia Familiar (N° 1.688), Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (N° 26485), entre otras.

Estas leyes tienen por objeto promover y garantizar el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia, la asistencia integral y el acceso a la justicia de aquéllas mujeres que padecen violencia.

Su importancia radica entre otras cosas en posibilitar el pasaje de la problemática del maltrato, del ámbito privado al ámbito público, ya que hacen hincapié en la idea de “denuncia” que implica justamente mover al maltrato del terreno de lo intrafamiliar para pasar a considerarlo una problemática social, susceptible de intervención externa. Intentando de esta manera romper con el ocultamiento que caracteriza a estos comportamientos por ser “socialmente reprochables”.

Estas leyes a su vez promueven la detección precoz de los casos de violencia, y disponen la constitución de equipos interdisciplinarios para su diagnóstico y asistencia, partiendo del reconocimiento de la complejidad de esta problemática que no puede ser abordada ni explicitada desde una disciplina única o pretendidamente hegemónica sino al precio de operar un reduccionismo.

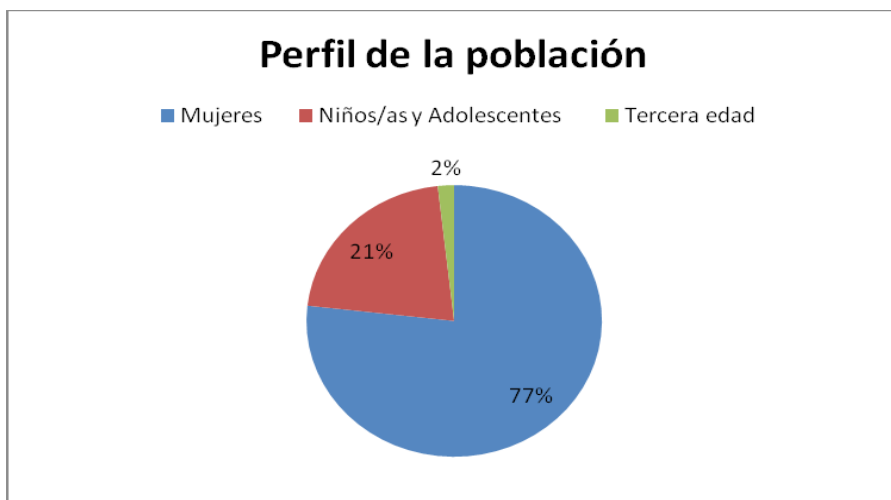
En el proceso de intervención, las herramientas metodologías utilizadas son: entrevista semi estructurada, observación, entrevistas vinculares, reunión del equipo interviniente y registros en libros de Guardia (clínica médica, traumatología, Servicio social, Salud mental, Ingresos de SAME).

La entrevista semi estructurada fue la herramienta técnica más apropiada. Esta permitió poner el acento en variables y datos relevantes respecto de los sujetos involucrados, respetando aquello que las personas estuvieran dispuestas a compartir acerca de su historia. Cada historia es singular por lo que las intervenciones desarrolladas no pueden ser pensadas sólo a partir de los protocolos preestablecidos.

Por último, nos resulta de interés poder reflexionar acerca de la importancia de los registros en las situaciones de violencia. Se puede aseverar que la posibilidad de que estas situaciones queden registradas, promueve que el registro sea un instrumento para dar cuenta de la magnitud de la problemática a nivel epidemiológico. En el ámbito de salud (como también en otros) aquello que no está registrado, “no existe en tanto dato”, y esto perpetua la invisibilización del problema. En este punto, si bien no hay criterios establecidos para dejar registros de las situaciones, creemos que es una tarea pendiente de los equipos para avanzar en la superación de los sub registros y de los registros fragmentados.

Análisis de los datos relevados

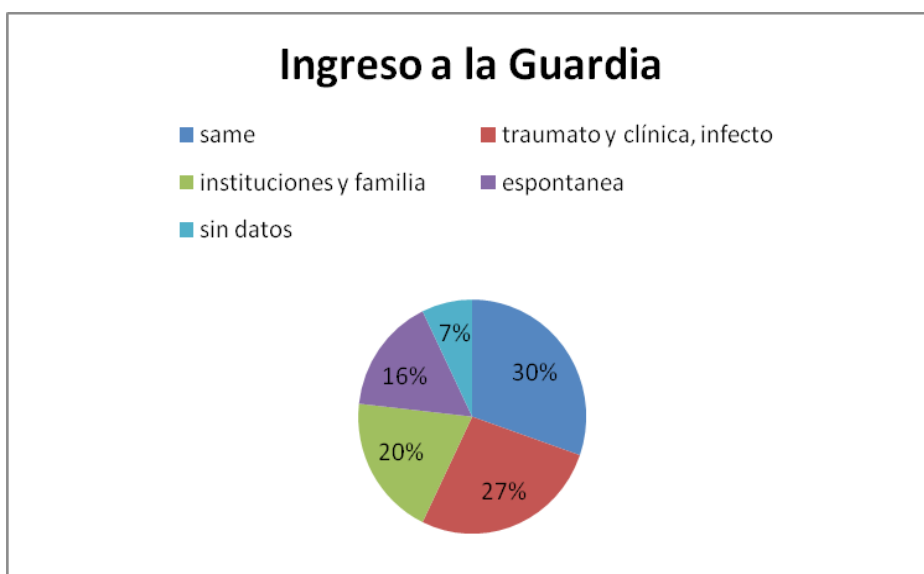
De los 56 casos de violencia registrados 12 corresponden a situaciones hacia niños/as y adolescentes, uno referido a tercera edad y los 43 restantes corresponden a mujeres adultas de entre 18 y 59 años. Es de remarcar que en estos casos el agresor es la pareja (esposo, novio, cónyuge) conviviente o no.



Fuente: Libro de Registro de Servicio Social y Salud Mental de Guardia Htal. Tornú.

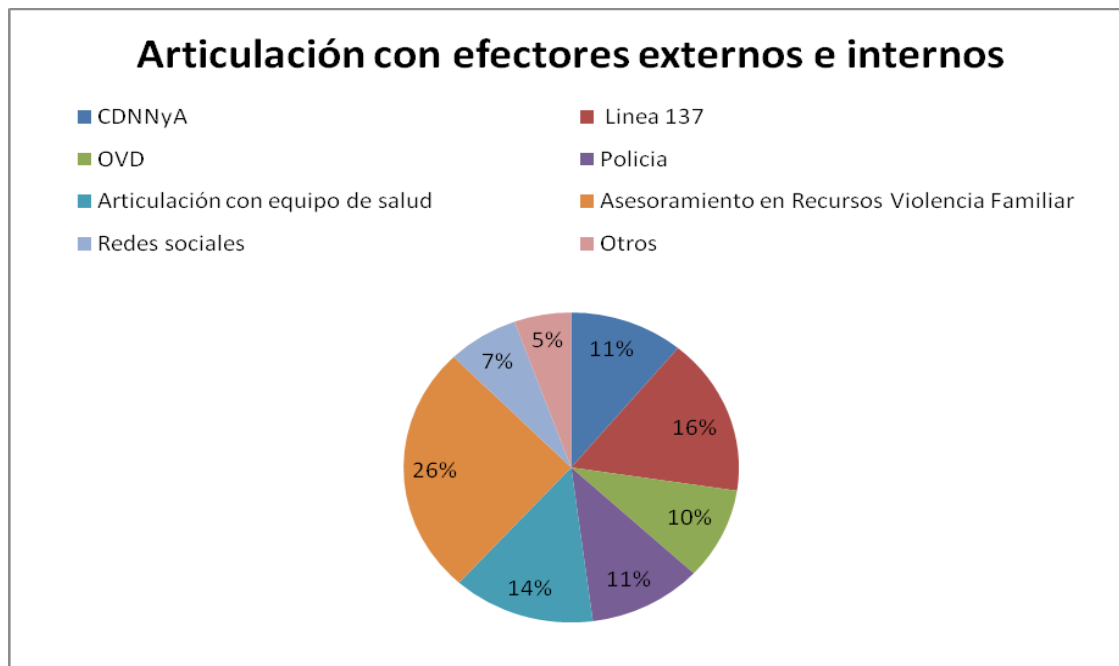
Los motivos de ingreso registrados han sido: lesiones físicas (traumatismos y escoriaciones) y cuadros sintomáticos de falta de aire y dolor de pecho que se revelan posteriormente como equivalentes somáticos de la angustia.

En dos casos se trató de lesiones severas, entendidas las mismas como lesiones que comprometen la vida y producen consecuencias posteriores (Código Penal art.90 y 91).



Fuente: Libro de Registro de Servicio Social y Salud Mental de Guardia Htal. Tornú

En relación a los lugares de derivación y/o articulación se han registrado como actores externos al área de salud la línea 137, la Oficina de Violencia Doméstica del ámbito de la Justicia Nacional, Consejo de Derechos Niños/as y Adolescentes y las comisarias de la zona. Asimismo se ha trabajado en la articulación con otros espacios del efector público de salud como pueden ser equipos de profesionales que aborden la temática de violencia familiar y violencia de género (desde el sector de salud mental, el área de servicio social y pediatría).



Fuente: Libro de Registro de Servicio Social y Salud Mental de Guardia Htal. Tornú.

Consideraciones finales

Como resultado del relevamiento realizado y del análisis de los datos obtenidos, podríamos afirmar que la modalidad en que las situaciones de violencia hacia la mujer se expresan en el ámbito de la guardia no difiere del perfil existente en otros ámbitos que abordan la temática. Lo que resulta de interés es poder identificar qué es lo característico en torno a la relación del ámbito de la salud en la urgencia y la problemática de violencia de género.

En este sentido se han podido identificar tres aspectos centrales en los que la inclusión de los EISM ha tenido incidencia:

- Visibilización de la temática
- Necesidad de espacios de reflexión e intercambio con otros profesionales de la guardia y al interior de los equipos de Salud Mental.
- Necesidad de espacios de capacitación.

Consideramos que la inclusión de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental en las guardias de los hospitales generales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, ha contribuido a posibilitar una mayor visibilidad del fenómeno de la violencia de género, habilitando un espacio para su escucha y abordaje. Esto se debe al trabajo realizado no sólo con las pacientes sino también con los

profesionales de las distintas especialidades que integran el equipo de trabajo del servicio de Emergencias y que son actores fundamentales a la hora de la detección y derivación de estos casos.

De esto se deriva la importancia de contar con espacios que permitan a los profesionales y agentes de salud la expresión y concientización de los diversos sentimientos que se suscitan en ellos ante este tipo de casos (bronca, angustia, impotencia, etc.), de manera tal que puedan ser canalizados de un modo que no impida una intervención eficaz y oportuna. En el ámbito de la guardia se comparte el trabajo con el mismo equipo durante 24 hs, este hecho hace que muchos de los encuentros de intercambio se den de manera informal.

Entendemos que estos espacios de reflexión se verían potenciados con capacitación específica ya que sólo es posible reencontrar en la realidad aquello que existe previamente en el pensamiento como representación. De esto se deduce que es condición para poder detectar e identificar los casos de esta naturaleza, que el maltrato sea tenido en cuenta por parte de los profesionales intervinientes como una posibilidad diagnóstica. De allí la importancia de trabajar sobre el reconocimiento de los indicadores de maltrato tanto físicos como psíquicos, así como de los criterios que permiten evaluar la gravedad y la vulnerabilidad ante cada situación presentada.

Por último, entendemos que los EISM en el dispositivo de guardia, al estar las 24hs pueden funcionar como un lugar de referencia para las mujeres que se encuentran atravesando situaciones de vulnerabilidad, desprotección y fragilidad en sus redes de contención, por lo cual el sentido de nuestra intervención se redimensiona y potencializa como un soporte específico de atención y como espacio de acceso inicial al ámbito de la salud.

Bibliografía consultada:

- Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, Curso virtual “acerca de la Violencia Familiar y el Abuso Infantil desde una perspectiva de género”, 2011
- Belaga Guillermo (compilador); “La Urgencia Generalizada. La práctica en el hospital”, Ed. Gramma, 2004.
- Caballero, A. y ot. “Recreando la Intervención. Una recorrida acerca de diferentes enfoques utilizados en el trabajo social con familias” en: Familia(s), estallido, puente y diversidad; Ed. Espacio, 2006.
- Cazzaniga, S.; “Trabajo Social e Interdisciplina. La cuestión de los equipos de salud”.
- Fernández, Ana María (compiladora); “Las mujeres en la imaginación colectiva”, Ed. Paidós, 1993.
- Grosman, C. y Mesterman S.; “Violencia en la Familia. La relación de pareja. Aspectos sociales, psicológicos y jurídicos”, Ed. Universidad, Buenos Aire, 2005.
- Teubal, Ruth y ot; “Violencia Familiar, Trabajo Social e Instituciones”, Ed. Paidos, Buenos Aires, 2001.
- Informes OVD, Corte Suprema de Justicia de la Nación. República Argentina. Sitio web: www.csjn.gov.ar
- Informe Naciones Unidas 1993.

- Ley 24.417 de Protección contra la violencia familiar. (1994)
- Ley 1.688 de Prevención y asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica (2005),
- Ley 26.485 de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (2009).
- “Manual de Normas de Atención de SAME”. Publicado por Sistema de Atención Médica de Emergencia, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Año 2003
- “Manual de Normatización de la Emergencia Psiquiátrica”. Publicado por Sistema de Atención Médica de Emergencia, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Septiembre de 2004.-