

Alonso Larghi, Ángeles

**El análisis de la violencia de género
en una población de víctimas
asistidas por el equipo de psicólogos
pertenecientes al Servicio de Salud
Mental dentro de una institución
hospitalaria destinada a la urgencia
médico quirúrgica en el ámbito de la
salud pública**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Espinosa Uez, Laura

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública.

ANGELES ALONSO

2024

El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública.



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS

El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública.

ANGELES ALONSO

41886555

DIRECTORA: Lic. Laura Espinosa Uez

Ciudad de Córdoba, Argentina

2024

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Católica de Córdoba por la formación brindada a lo largo de todos estos años.

A mis papás y mis hermanas que me apoyaron incondicionalmente en todo momento.

A mis amigas que estuvieron acompañándome siempre con mucho amor.

A mis grandes compañeras que sin ellas nada hubiera sido posible.

A mi Directora Laura que con mucha pasión, generosidad, dulzura y sabiduría, me acompañó y aportó a mi crecimiento desde el primer momento.

A mi Co Directora María del Mar, quien llevó adelante la práctica en el Hospital, enseñándome en cada instancia que se presentaba.

A Ana, Directora de las Prácticas de la Facultad de Psicología, por acompañarme con tanto cariño a lo largo de todo el proceso.

A soledad, quien me explico y brindó información de la modalidad del trabajo de Violencia de Género en el ámbito de Servicio Social del Hospital.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	6
2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA	10
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	15
3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA	16
3.2 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS	20
3.3 LOCALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DENTRO DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS	21
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	22
5. OBJETIVOS	24
5.1 OBJETIVO GENERAL	25
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	26
6.1 VIOLENCIA DE GENERO	27
6.1.1 FEMINISMO-GÉNERO-PATRIARCADO	32
6.1.2 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	36
6.1.3 DINÁMICA DE VÍNCULOS VIOLENTOS: CICLO DE LA VIOLENCIA	40
6.1.4 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA	42
6.1.5 EL PROCESO DE LA RUTA CRÍTICA DE VIOLENCIA EN MUJERES	45
6.2 ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	46
6.2.1 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ABORDANDO VIOLENCIAS	52
7. MODALIDAD DE TRABAJO	57
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	58
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	60
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	62
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	63
8.2 ANALISIS Y SINTESIS DE LA EXPERIENCIA	69
9. CONSIDERACIONES FINALES	89
10. BIBLIOGRAFÍA	94
11. ANEXOS	100
11.1 PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO	101

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo corresponde al trabajo de integración final de sistematización de la práctica supervisada realizada en el Hospital Municipal de Urgencias de la ciudad de Córdoba, dentro del marco del Contexto Clínico, como etapa final para acceder al grado de Licenciada en Psicología, título otorgado por la Universidad Católica de Córdoba.

Actualmente el Hospital Municipal de Urgencias se encuentra ubicado en la calle Catamarca 441, Córdoba, Argentina, siendo referente en el interior del país para urgencias y emergencias médico-quirúrgicas. También es centro de referencia oficial de consulta y atención permanente en toxicología y Unidad Hospitalaria de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT) que articula su actividad con el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba (ECODAIC) dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

La práctica supervisada se efectuó entre los meses de abril a noviembre del año 2023, donde desde un rol de observadora no participante se acompañó las intervenciones del equipo de salud mental en los distintos espacios de la institución como la guardia, el internado, la terapia intensiva y el shock room. Asimismo, se tuvo una participación importante en el abordaje de víctimas de violencia de género en el espacio denominado “Punto Mujer”, a partir de la implementación del protocolo creado entre el Hospital y el Ministerio de la Mujer de la Provincia de Córdoba: “Su principal objetivo es ofrecer acompañamiento, contención y orientación a las víctimas que han experimentado situaciones de violencia, asegurando una respuesta integral y especializada” (HMU, 2020).

Cabe destacar que a los fines de la presente sistematización, a partir de la interpelación de las situaciones vinculadas a la violencia de género extrema que llegaban al hospital, es que surge el interés de definir como eje de sistematización “El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública”.

En cuanto a las partes que comprende este trabajo final, se señala en primer lugar, el contexto de práctica referido a la clínica, poniendo el foco en la función del psicólogo en sus diferentes ámbitos de intervención; en segundo lugar, se presenta con mayor profundidad el contexto institucional en el que se desarrolla la práctica, dando cuenta de su historia y de las distintas actividades que se realizan y sus destinatarios; en tercer lugar, se formula el eje de sistematización y los objetivos generales y específicos, que orientan la realización del trabajo;

en cuarto lugar, se plantea la perspectiva teórica que sirve de base al análisis, poniendo especial énfasis en las características y factores que intervienen en las situaciones violentas experimentadas por una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental en el ámbito hospitalario, en particular, con la problemática de la violencia de género; en quinto lugar, se refiere a la modalidad de trabajo del TIF, mencionando la caracterización de los sujetos que comprenden la experiencia, las fuentes de información utilizadas, las técnicas de recolección de datos y los aspectos éticos considerados tanto para la realización de la práctica como para el escrito del trabajo. Luego, se incluye el análisis de la experiencia, el que se expone en dos partes: la recuperación del proceso vivido, que presenta toda la experiencia de práctica tenida en el Hospital; y, el análisis y síntesis, donde se articula puntualmente, la experiencia relativa al eje de sistematización, en articulación con la teoría que fundamenta este trabajo. Por último, se exponen las conclusiones, la bibliografía de referencia y el anexo.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

TIF: Trabajo Integrador Final

APA: Asociación de Psicólogos de Argentina

FEPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

HMU: Hospital Municipal de Urgencias

CEDAW: Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

A modo de introducción, es pertinente definir dentro del contexto clínico a la Psicología Clínica. Según los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA, 2003), la misma es una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia, la cual persigue diferentes objetivos, así como la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales.

Tomando en cuenta los diferentes movimientos en salud mental, en 1956 Mauricio Goldenberg fue uno de los pioneros en impulsar un cambio de paradigma en la salud mental en Argentina. Como jefe del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, instauró un modelo de abordaje interdisciplinario, comunitario y dinámico para la rehabilitación de personas con padecimientos mentales, interpretando al sujeto “como una unidad biopsicosocial con un entrecruzamiento de diferentes discursos y saberes” (Trimboli, 2019, p.28).

Este cambio de perspectiva trajo consigo la apertura de (...) “hospitales generales, sumando consultorios externos, interconsultas con otros servicios, Hospital de Día y atención comunitaria en los barrios, entre más alternativas” (Trimboli, 2019, p.28). Asimismo, se hizo hincapié en la eficiencia del trabajo ambulatorio y la internación breve en los pacientes, generando así un nuevo ámbito de trabajo dentro de los hospitales generales llamado “Servicios de Psicopatología” dando lugar a la labor de los psicólogos en este terreno; lo que posteriormente fue generando la expansión de los mismos en diferentes lugares del país.

Por otra parte, Lagache (1982) define la psicología clínica por su objeto, metas y medios. En relación al objeto, la misma estudia la conducta humana individual y sus condiciones, es decir, el comportamiento en todas sus manifestaciones, incluyendo la actividad mental, la respuesta psicofisiológica, la reacción emocional y el quehacer propiamente dicho en sus respectivos contextos. Sobre las metas, en psicología clínica, el autor se basa en tres; el asesoramiento, la curación y la educación. El objetivo de estas consultas es que, siempre que se presente un paciente, el asesoramiento brindado facilite la curación de los malestares y problemáticas que este manifieste. En relación a la interpretación que se le da al sujeto cabe aclarar que el mismo se hace mediante el método clínico. El mismo apunta a la naturaleza de las operaciones con las que el psicólogo clínico enfoca la conducta humana, utilizando como operación fundamental, el diagnóstico.

Tomando en cuenta los diferentes movimientos en salud mental, en 1956 Mauricio Goldenberg fue uno de los pioneros en impulsar un cambio de paradigma en la salud mental en Argentina. Como jefe del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, instauró un modelo de abordaje interdisciplinario, comunitario y dinámico para la rehabilitación de personas con padecimientos mentales, interpretando al sujeto “como una unidad biopsicosocial con un entrecruzamiento de diferentes discursos y saberes”

En relación al trabajo en hospitales generales y más específicamente en el Hospital Municipal de Urgencias, se aborda al paciente de manera interdisciplinaria. Es decir, se le brinda asistencia médico-clínica como así también desde el equipo de salud mental; donde los psiquiatras además de otorgarles asistencia psicofarmacológica, trabajan en equipo con los psicólogos para que los mismos puedan realizar una intervención terapéutica durante el transcurso de la internación. Como muestra de este trabajo interdisciplinario, se menciona que cuando el equipo médico, o los servicios de; Enfermería, Kinesiología, Fonoaudiología o Servicio Social, detectan pacientes con necesidades de abordaje en salud mental, se realiza interconsulta entre los servicios en particular o entre varios servicios y a posteriori, luego de las intervenciones pertinentes, al momento del alta hospitalaria del paciente se sugiere en caso de ser necesario derivación a un centro de salud mental para valoración y tratamiento.

Teniendo en cuenta el objeto y las metas propuestas por Laganche (1982), se utilizarán cinco técnicas para poder llevar a cabo un análisis exhaustivo. Funcionan como procedimientos que el psicólogo emplea para recoger los datos de la situación para la elaboración del diagnóstico.

Una de estas cinco técnicas es la histórica, la cual puntualiza sobre aspectos pasados del consultante, utilizando testimonios y documentos no solamente propios sino también de los que provee su contexto. Además, la técnica de observación hace referencia al examen clínico que el profesional realiza no sólo en relación al paciente, sino también teniendo en cuenta los miembros de su entorno. Sobre el empleo de tests, se encuentran los tests psicológicos que son instrumentos de medición que permiten observar aspectos del comportamiento, así como actitudes o reacciones concretas y por otro lado, las técnicas o pruebas clínicas que intervienen específicamente en la biografía y situación del consultante. A su vez, están presentes las técnicas auxiliares que se destacan por la grafología y la morfo psicología; la primera hace referencia a la escritura y su relación con la personalidad mientras que la segunda, estudia los rasgos faciales en base a la personalidad del sujeto. Por último, tomando en consideración

técnicas psicoanalíticas, el recurso fundamental es la transferencia, permitiendo suprimir resistencias para una observación más minuciosa y pertinente.

Haciendo hincapié en la función del psicólogo clínico, se retoma a Ulloa (1970), quien destaca los puntos de urgencia que le harán dar cuenta de cuál es la acción crítica que enfrenta. Los síntomas que denuncian una acción crítica, crean una dificultad de adaptación frente al cambio. El diagnóstico de la acción crítica significa detectar la emoción más actuante en ese momento, comprenderla y formular la comprensión (interpretación); ante ésta el psicólogo deberá formular predicciones (hipótesis) respecto a cómo será la reacción del sujeto frente a un estímulo (interpretación, propia presencia). Es en la confrontación de esta predicción con el emergente real y en el ajuste o desajuste de la misma, donde el investigador recoge noticias ciertas del objeto y donde puede elaborar actitudes instrumentales adecuadas al caso. Dicho esto, es importante resaltar que dentro del HMU, la observación clínica junto con las entrevistas familiares de los pacientes ingresados a la institución, son las herramientas más utilizadas.

De tal manera en la herramienta clínica se deberá analizar la calidad metapsicológica de esa herramienta, pudiendo visualizar cinco condiciones que determinan la eficacia clínica. La primera de ellas es la capacidad de predicción que aborda la organización del propio clínico sobre sus expectativas antes de adentrarse en una situación que debe conducir. Luego le sigue la actitud no normativa que consiste en no diagnosticar tempranamente. Además, se presenta la posibilidad de establecer relaciones insólitas en el discurso como una oportunidad para hacer una lectura semiológica, capaz de producir inteligencia clínica. Esto en la medida que todo sujeto demandante refleja un decir que alude a un conflicto y otro, a la solución. Del mismo modo, se debe tener en cuenta la definición por lo positivo advirtiendo aquello que para el interesado se presenta como algo que es eludido por temor o por ser contrario a su deseo. Por último se destaca la coherencia entre teoría y práctica donde el comportamiento del profesional con sus dichos no desmiente lo que es (Ulloa, 1970).

Del mismo modo es relevante destacar la importancia de la entrevista psicológica. Tomando a Protestoni (2018), la define como un encuentro entre uno o varios sujetos y un psicólogo. Esta se caracteriza por ser versátil y flexible, se adapta a las necesidades del entrevistado y al estilo personal del entrevistador. Es una de las herramientas esenciales de la psicología utilizada en diversos ámbitos, como el laboral, educacional, social o comunitario, pero especialmente en el de la clínica psicológica donde la misma se nutre de diversas fuentes. Ésta aparece como una herramienta para conocer quién es ese sujeto que consulta: qué le pasa

(diagnóstico) y a qué se debe su sufrimiento o padecimiento (etiopatogenia), pero también se la plantea como un instrumento que permite discernir qué tipo de intervención es la más adecuada.

A la hora de abordar la ética en la formación del profesional de salud mental, se toman los aportes propuestos por Garcia Barthe (1997), que trae a colación los aspectos a los que se debe atender a la hora de trabajar con sujetos. La ética hace referencia a la reflexión sobre la acción, reflexión de un sujeto responsable que se hace cargo de los efectos de lo que hace, atendiendo a distintos niveles.

En un primer nivel, la reflexión moral se limita a distinguir lo que se debe y lo que no se debe hacer. En un segundo nivel, la ética normativa reflexiona sobre el por qué no se debe o si se debe hacer algo. El tercer nivel, metaético, trabaja sobre la significación y formulación semiótica de los enunciados. Y por último, la ética descriptiva, se ubica más bien en el campo científico, observando y describiendo lo que efectivamente se hace y su relación con la norma, sin emitir juicios de valor. Si bien todos estos niveles son importantes, cabe destacar la relevancia de la ética normativa y la metaética. Estos permiten una mirada más abarcativa y profunda de la situación tomando distancia del objeto para entender todos los factores que entran en juego.

En tanto, si se apela a la reflexión ética, la misma debe estar presente en la práctica en todos los niveles, ubicando los límites y obstáculos. Ésta constituye un pasaje de paciente como objeto de formación a un sujeto que padece y nos habla. Además, la pregunta es una herramienta de gran utilidad para el psicólogo, ya que permite llegar a un análisis más profundo del sujeto, en donde el mismo puede discernir cómo está siendo su accionar, a qué supuestos obedece ese accionar y que es de mejor utilidad para el mismo.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 HISTORIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Fundado en 1944, el Hospital Municipal de Urgencias de la Ciudad de Córdoba está dedicado a la atención médica de urgencias y emergencias, traumáticas y no traumáticas. Cumpliendo a la vez con objetivos docentes y de investigación.

Es el 1º Centro de Trauma del interior del país. Atiende los 365 días del año, contando las 24 horas del día con personal altamente capacitado en sus funciones y equipamiento tecnológico; esto lo categoriza en complejidad nivel 3.

El hospital recibe pacientes procedentes del municipio, de la Provincia de Córdoba y de otras provincias vecinas. Atiende situaciones de urgencia y de emergencia los 365 días del año mediante un sistema de guardias de 24 horas (estructura vertical) y su posterior seguimiento en la internación y atención ambulatoria (estructura horizontal). Para ello cuenta las 24 horas del día con personal altamente capacitado en sus funciones y equipamiento tecnológico de alta complejidad.

En la historia del Hospital de Urgencias, se cruzan los avatares de la economía y la política, el nivel alcanzado por la comunidad en la educación, la ciencia y la técnica, las concepciones que se tienen en materia de salud, enfermedad, la vida y la muerte.

Su historia, no es sólo la historia de los edificios en que funcionó y sus sucesivas ampliaciones, sino también los adelantos científicos y tecnológicos que en él se aplicaron, las estadísticas y prevalencias de ciertas patologías y su casuística.

Tomando en cuenta, los orígenes de su fundación, el mismo surgió en el contexto del pasaje de la medicina liberal a la medicina social. El 4 de noviembre de 1944 se creó “la sala de Cirugías de Urgencias” de la Comuna de Córdoba ubicada en el pasaje Corrientes 64 frente a la plaza Rawson y el Hospital de Niños. Fue el primer establecimiento en Córdoba y del país destinado a la atención de urgencias; el cual funcionó hasta que se construyó el actual edificio del Hospital Municipal de Urgencias.

En ese entonces, se resaltaron los beneficios que aportaría el nuevo hospital, especialmente en los casos de urgencia, como así también accidentes de tránsito, ataques cardíacos, electrocutados, quemaduras y todo aquello que no sea patología crónica. Todo esto logró contar con apoyo moral y económico de la población cordobesa para la consolidación del

proyecto. En este sentido, para comenzar la obra, el gobierno nacional y provincial prometió recursos del presupuesto de 1945. El vicepresidente de la Nación y Secretaria de Trabajo, Teniente Coronel Juan D. Perón acudió el 3 de octubre de 1944 a la colocación de la piedra fundamental del futuro edificio. Sin embargo, el ambicioso proyecto naufragó en el marco de los avatares políticos del momento. Mientras tanto, la pequeña sala de Cirugía de Urgencias clínica, quirúrgica y traumatológica rindió desde el comienzo sus buenos servicios a la comunidad cordobesa.

El llamado “Viejo Hospital” perduró desde 1948 a 1982 al mando del Dr. Euclides Poletto, Jefe de servicios de Cirugía de la Sala; adquiriendo una casa centro que fue remodelada para la instalación del “Hospital de Urgencias” ubicado en la calle Santa Rosa 360 para el desarrollo de actividades de atención y formación de personal durante 30 años. Debido al abrupto crecimiento de habitantes en Córdoba, el hospital se modificó y aumentó su capacidad de 30 a 50 camas, adquiriendo también equipamientos acordes a los adelantos técnicos. Los servicios de Toxicología, Medicina Legal, Anestesiología, Kinesiología y Terapia Intensiva, como así también el Servicio de Endoscopia, el Departamento de Capacitación y Docencia y la Residencia de Medicina y Cirugía de Urgencias. Alrededor de los años 70, el hospital adquirió un resucitador cardioscopio de trazado electrográfico portátil, un aparato de Rayos X con intensificador de imágenes, un circuito cerrado de televisión y una moderna ambulancia con mesa de cirugía y aislación térmica con aire acondicionado; logrando en 1980 la primera ablación de órganos del interior del país.

En ese momento, Córdoba había alcanzado ya un millón de habitantes y el tránsito vehicular era uno de los principales obstáculos para el paso de los pacientes por el hospital. Desde 1977 el secretario de Salud Pública, Dr. Eduardo Cafferata, se vio interesado por la propuesta del Director del Hospital, Dr. Eduardo Figueroa sobre la construcción de un nuevo hospital. De este modo, se logró comenzar con la obra del mismo en 1979.

Con el paso de unos años, se inauguró “el Nuevo Hospital de Urgencias” desde 1982 al 2001. El 15 de octubre de 1982 se conformó la sede que ocupa actualmente el Hospital, mediante aportes económicos municipales y del gobierno nacional.

A partir de su apertura, el mismo contaba con un centro quirúrgico con cuatro quirófanos, 12 consultorios externos, servicios de métodos diagnóstico, un sector para la residencia médica con equipamiento de última generación. Esta gran obra fue muy reconocida socialmente en la última dictadura militar.

Con una nueva recuperación de la democracia en nuestro país a partir de 1983 el hospital complejizó y jerarquizó aún más el nivel asistencial. Adhiriendo a las metas de “salud para todos” pergeñadas por la Organización Mundial de la Salud, las políticas de salud del radicalismo posibilitaron la introducción en el establecimiento de métodos más sofisticados de diagnóstico y tratamiento. Se habilitó una sala de emergentología llamada “Shock Room” destinada a la atención de pacientes en estado crítico; como así también se realizó una remodelación de los quirófanos y de la Terapia Intensiva.

A partir de 1994, el Hospital de Urgencias logró ser un hospital público de autogestión ya que cuenta con una organización administrativa que trabaja para recuperar determinados gastos a través de las obras sociales y aseguradoras de riesgos de trabajo.

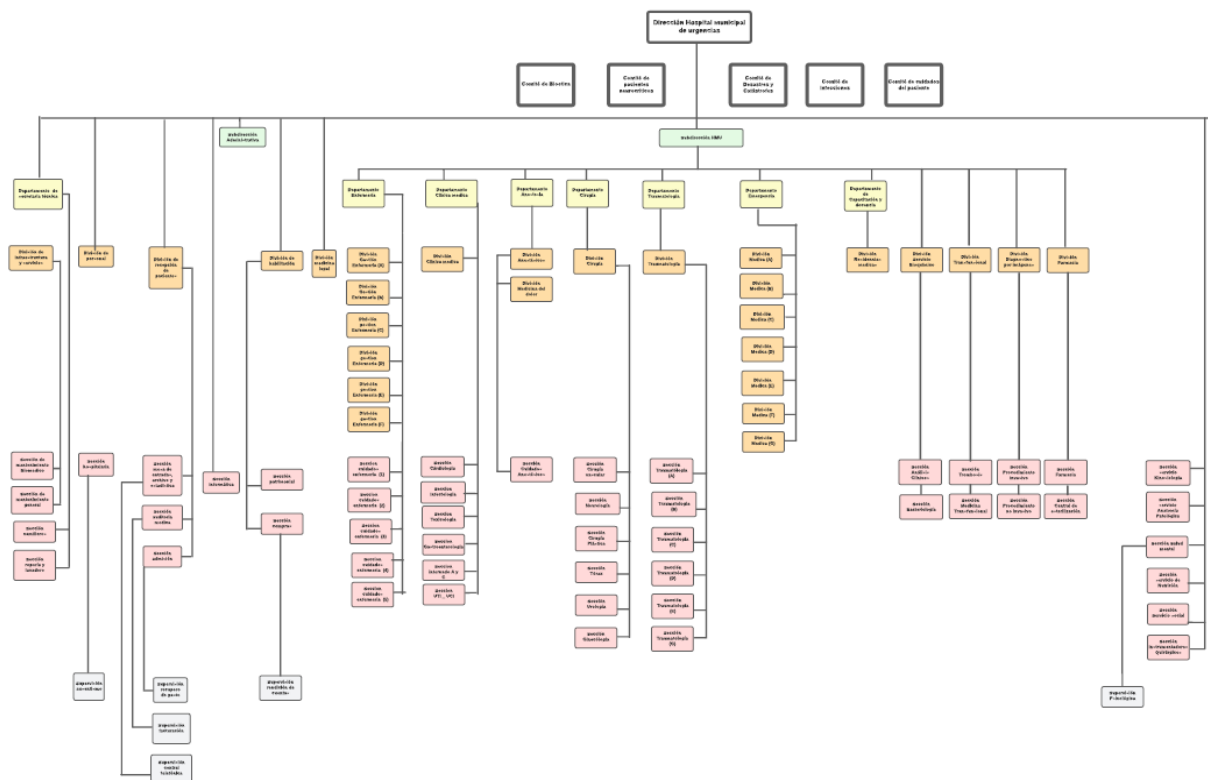
Es de destacar que el HMU cuenta con un Departamento de Capacitación y Docencia, que es el encargado de promover y planificar la educación continua, la actividad científica y de investigación en el hospital.

Como así también, resaltar la creación de la Dirección de Emergencias Médicas Municipal (D.E.M.M) a partir del Servicio de Emergencias Médicas 107 que dependía orgánicamente de la dirección del Hospital Municipal de Urgencias, dedicado a la asistencia primaria pre hospitalaria de personas en situación de urgencias médica en espacios públicos. El cual consiste en la evaluación del estado de los pacientes en urgencia médica, la reanimación o estabilización en el lugar del hecho y a su posterior traslado hasta el centro de asistencia médica apropiado. En la actualidad la D.E.M.M es autónoma del Hospital de Urgencias y depende de la Secretaría de Salud Municipal.

Hoy en día, el hospital es percibido como un edificio amplio con una estructura de paredes rojas y azules, que cuenta con rampas y escaleras. Es el único Hospital Municipal de la Ciudad de Córdoba que está preparado y equipado para recibir y tratar personas que han sufrido algún evento de tipo traumático: heridas de arma blanca, heridas de arma de fuego, incidentes viales, intentos de suicidio, caídas de altura, violencia interpersonal, violencia ciudadana, violencia de género y toda otra situación que requiera de una rápida intervención de los equipos de salud. Además, la gestión municipal durante el año 2023 inauguró los HPA (Hospitales de Pronta Atención) para aliviar la demanda del HMU, donde reciben pacientes y de acuerdo a su gravedad son derivados al HMU a este Hospital u otros hospitales públicos o privados.

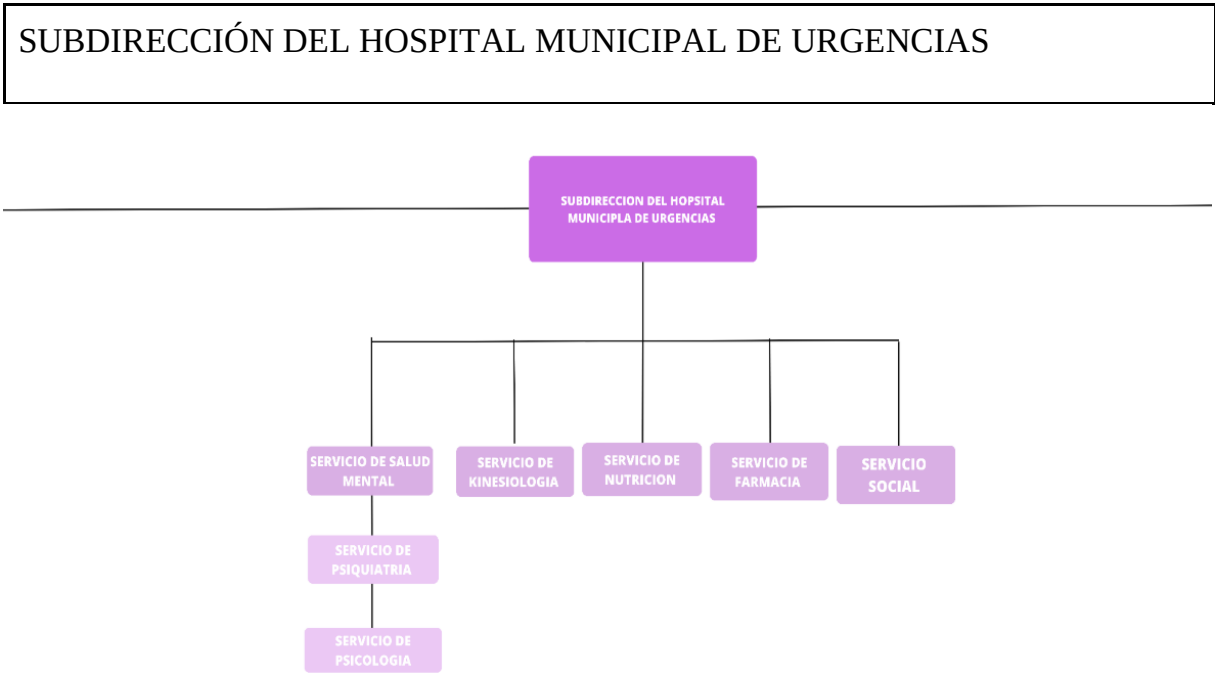
El Hospital cuenta con dos plantas. En planta baja se encuentra la guardia, el shock room, terapia intensiva, quirófanos, laboratorio, servicio de diagnóstico por imágenes y los consultorios externos para control luego de las cirugías o intervenciones realizadas. En planta alta, se encuentran los sectores de internación. Sector A: cirugía, clínica médica, Sector C: traumatología y cirugía ambulatoria. En el sector B, sin atención a pacientes, se encuentra el Servicio de Salud Mental, conformado por psicólogos y psiquiatras que brindan asistencia los siete días de la semana en guardias activas y pasivas. También están los Servicios de Kinesiología, Anatomía Patológica, Hemoterapia, Gastroenterología y el Departamento de Enfermería, base operativa del SEM 107.

3.2 ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS



Fuente: Extracción personal

3.3 LOCALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DENTRO DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE URGENCIAS



Fuente: Extracción personal

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las características de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica de la Provincia de Córdoba en el año 2023.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Caracterizar la problemática de la violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.
- 2- Identificar los factores psicosociales que intervienen en víctimas de violencia de género ingresadas en el Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.
- 3- Describir el campo de actuación del psicólogo en el trabajo con víctimas de violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 VIOLENCIA DE GÉNERO

Para desarrollar la conceptualización de “Violencia de Género”, se comenzará abordando la violencia en términos generales. Las Naciones Unidas, (1993, como se citó en OPS, 2015, p.1) define la violencia como “uso intencional de la fuerza física o el poder real o como amenaza contra uno mismo, una persona, grupo o comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, la muerte, privación o mal desarrollo”.

Por lo cual, siguiendo con esta explicación de la violencia y para comprender su complejidad, se utilizará el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, el cual demuestra los diferentes factores que intervienen en las dinámicas de la violencia y su impacto en el comportamiento humano. Este modelo se estructura en una interrelación de sistemas que abarcan al individuo, las relaciones, la comunidad y la sociedad (ONU, 2006).

El primer nivel es el Microsistema, que se relaciona directamente con el individuo, sus relaciones más cercanas y sus actividades cotidianas. A continuación, se encuentra el Mesosistema, que considera las relaciones entre los diversos microsistemas existentes. El tercer nivel es el Exosistema, que no involucra directamente al individuo, pero puede afectar su entorno, ya sea por inestabilidad económica, aislamiento de la mujer y la familia o afectación de grupos delictivos. En un cuarto nivel, está el Macrosistema, que representa las normas sociales, culturales, políticas y leyes que influyen en los sistemas anteriores. Finalmente, el Cronosistema toma en cuenta las etapas que atraviesa el individuo y los cambios a lo largo de su vida, así como los eventos sociales e históricos que afectan a la sociedad en su conjunto (ONU, 2006).

En este sentido, desde el ámbito de la salud pública es importante reconocer que la violencia no es el resultado de un único factor, sino de la interrelación compleja de múltiples niveles de influencia. Por ello es crucial recopilar información sobre la víctima, el agresor, los factores de riesgo y comportamientos riesgosos. Estos datos son de gran utilidad para abordar

la violencia de manera interdisciplinaria y desarrollar intervenciones más efectivas y sostenibles en el tiempo. De esta manera, se busca prevenir y tratar la violencia, evitar la revictimización de la víctima, así como mejorar la calidad de atención brindada (ONU, 2006).

Pueyo e Illescas (2007) describen las cualidades que caracterizan a la violencia como compleja y heterogénea. Expresan que la misma es un fenómeno multidimensional que no solo abarca diferentes aspectos del ser humano, sino que también se desarrolla en diferentes contextos en el cual entran en juego múltiples factores de riesgo y protectores asociados al mismo. Ejercer una acción violenta es, por lo tanto, una decisión libre e intencionada del sujeto, quien utiliza la violencia como una estrategia psicológica para alcanzar determinados objetivos. Esta conducta está influenciada por factores biológicos, psicológicos, emocionales y culturales, y se lleva a cabo a través de diferentes recursos y mecanismos disponibles. Además en el análisis completo de la violencia, es relevante atender a las características del agresor como de la víctima, el tipo de vínculo entre estos y el entorno en el cual ocurre.

Dentro del campo de la violencia, un fenómeno de gran prevalencia y relevancia social es el de la violencia hacia las mujeres. La cual atraviesa todas las formas de violencia interpersonal y debe abordarse como un aspecto de la desigualdad y la inequidad de género. Es reconocida la magnitud y complejidad de este problema, por ello se torna fundamental analizar los marcos legales e internacionales que abordan esta cuestión.

En este contexto, es pertinente mencionar la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada en 1979 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La misma es considerada el principal instrumento internacional que resalta la importancia de los derechos humanos de las mujeres y niñas sin distinción alguna y subraya que la discriminación contra la mujer constituye una ruptura en la igualdad de derechos.

La CEDAW (ONU, 1979) resguarda y combate por primera vez la situación de discriminación contra las mujeres, a través de la aplicación de sus artículos, los cuales establecen la igualdad de derechos en todos los ámbitos tanto para las mujeres como para los hombres. Además, remarca a los estados partes de esta convención, la obligación de cumplir con las declaraciones, resoluciones y la participación de mujeres en igualdad de condiciones que los hombres. De esta manera, promueve la igualdad de género, el empoderamiento y la plena participación de las mujeres en la sociedad.

En el primer artículo de la mencionada convención, se define la discriminación contra la mujer como:

"Para los propósitos de la presente Convención, la expresión 'discriminación contra la mujer' denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera" (ONU, 1979, art.1).

Seguidamente, los estados que reafirman la Convención deben:

1. Eliminar toda forma de discriminación contra la mujer en todos los ámbitos de la vida.
2. Garantizar el pleno desarrollo y avance de las mujeres para que puedan ejercer y disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales de la misma manera que los hombres.
3. Permitir que el Comité del CEDAW examine sus esfuerzos para aplicar el tratado informando al organismo a intervalos regulares. (ONU, 1979)

Seguido de esto, es relevante hacer énfasis en la Convención de Belém do Pará, ya que fue el primer instrumento internacional en establecer el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, formalizando el concepto de la violencia de género. La misma fue adoptada en 1994 en Belém do Pará, Brasil, bajo la tutela de la Organización de los Estados Americanos (OEA). La misma define la violencia contra la mujer como cualquier conducta basada en su género que ocasione en ella daño, muerte o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en lo que respecta al ámbito privado como en el público (OEA, 1994).

Su objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, reconociendo que esta violencia atenta contra los derechos humanos y libertades de las mismas. Por lo cual, la creación de dicha convención es de suma utilidad no solo para combatir la violencia de género en cualquier región, sino también para proporcionar un marco legal y político que resguarde los derechos de las mujeres y promueva la igualdad de género (OEA, 1994).

En línea con esta definición, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define la violencia de género como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como

resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. Ésta complementa y refuerza la importancia de instrumentos internacionales como la Convención de Belém do Pará en la lucha contra la violencia de género. En consonancia al desarrollo precedente y en función de las características que toma la violencia de género en la institución de referencia del presente, es relevante hacer mención a muerte violenta de mujeres por razones de género. Ésta implica la forma más grave de discriminación y de violencia extrema e irreversible contra las mujeres, fenómeno global que ha alcanzado proporciones alarmantes en el mundo (ONU MUJERES, 2014; OEA y MESECVI, 2008). Es considerado un acto de odio que de forma excesiva distorsiona todo el sentido de la humanidad, consolidando la visión hegemónica machista y patriarcal de dominación sobre la mujer como objeto de transgresión, debilidad y pertenencia (OEA y MESECVI, 2018). Se extrae la definición de femicidio que la OEA y MESECVI (2008) acuñan, afirmando que:

La muerte violenta de mujeres por razones de género, ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes, por actos de acción u omisión (p. 6).

Además, la OPS (2015) refiere haber desarrollado diversos sistemas de abordaje a nivel regional para combatir la violencia contra las mujeres, como así también numerosa cantidad de programas para el fortalecimiento del sistema de salud. Ambos permiten trabajar y reducir las situaciones de violencia en general dentro de la Región de las Américas y a nivel mundial.

Con respecto a la legislación argentina, la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009), reconoce diferentes tipos de violencias que pueden sufrir las mujeres a lo largo de su vida, entre los cuales se incluyen: Violencia Física, ejerciendo daño y agresión corporal contra la mujer. La Violencia psicológica, la cual causa un gran daño emocional y probabilidades de que la víctima desarrolle trastornos psicopatológicos debido al hostigamiento, humillación y manipulación que sufre por parte del agresor. La Violencia Sexual, a través de la cual el agresor ejerce su poder y dominación para someter a la víctima a cualquier acción que implique la vulneración del derecho de la mujer a decidir por sí misma. La Violencia Económica y patrimonial, en la cual

la víctima sufre una violación a sus recursos económicos ya sea por una estafa, retención, robo o pérdida de la posesión de sus bienes económicos por parte del agresor. Por último, la Violencia Simbólica, en donde la víctima sufre la dominación, manipulación y menosprecio en el ámbito de las relaciones sociales, lo cual afecta su dignidad y autoestima.

Asimismo, es importante reflejar las modalidades en la que se expresan los distintos tipos de violencia contra las mujeres de acuerdo a diferentes ámbitos de manifestación. Entre las cuales se encuentran, Violencia institucional, Violencia laboral, Violencia contra la libertad reproductiva, Violencia obstétrica, Violencia mediática, violencia institucional y Violencia doméstica (Ley 26.485, 2009).

Es importante resaltar que este trabajo profundiza en la Violencia Doméstica contra las mujeres, haciendo visible el sufrimiento de mujeres ocasionado por agresores dentro del núcleo familiar, contemplando los diferentes tipos de violencia nombrados anteriormente. Esta modalidad de violencia puede ser ejercida por vínculos amorosos actuales, previos, estables o inestables en el tiempo (Ley 26.485, 2009). Asimismo, la violencia abordada en el presente tenderá a ser de características extremas debido al nivel de alta complejidad de la institución de referencia. Se presentarán algunas consideraciones estadísticas tanto a nivel internacional como nacional sobre este tipo de violencia, con el fin de reafirmar y demostrar el gran impacto y la magnitud de esta problemática en el plano social y de la salud pública.

En este sentido, a nivel internacional, según la OMS, "3 de cada 10 adolescentes en el mundo sufren violencia de género durante el noviazgo" (UNICEF, 2023, p. 24).

A nivel nacional, durante 2021, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación registró que el 80% de las víctimas de violencia sexual eran mujeres. Además, UNICEF reveló que "1 de cada 10 mujeres de 15 a 49 años (9,6%) declararon haber sufrido violencia sexual durante su niñez" (UNICEF, 2023, p. 24).

En 2023, el Sistema Integrado de Casos de Violencia por Motivos de Género (SICVG) registró que el 97% de las víctimas sufrían violencia dentro del hogar, dejando el porcentaje restante a otras formas y expresiones de violencia. En cuanto a los tipos de violencia ejercida sobre las víctimas, el 89,2% era de manera psicológica, el 80,5% de manera física, el 44,5% de manera económica y patrimonial, el 34% de manera simbólica, el 25% de manera ambiental y el 22,1% de manera sexual.

Asimismo, el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina (RNFJA), relató un informe en el cual detalla que en 2023 hubo 250 víctimas de femicidio, dando a conocer que la mayoría eran de nacionalidad Argentina y que algunas presentaban rasgos de interseccionalidad. En base al vínculo establecido, la mayoría de las víctimas tenían una relación de pareja, afectiva o familiar con el agresor.

Para poder abordar este tipo de violencia, Argentina se adhiere a los tratados internacionales previamente desarrollados a través de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, sancionada el 11 de marzo de 2009. Esta ley tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en sus relaciones interpersonales. A nivel local, la provincia de Córdoba establece la Ley 9.283, sancionada el 13 de marzo de 2006, con el fin de proteger, detectar y combatir la violencia tanto familiar como hacia las mujeres por razones de género y la misma adhiere a la normativa nacional en 2016 a partir de la Ley 10.352.

A lo largo de este apartado se deja constancia de que la violencia es un problema social y de salud pública de gran prevalencia y relevancia a nivel social. Por ello es que a continuación se desarrollarán conceptos relacionados a la violencia de género que permitirán la comprensión de este fenómeno de una manera más profunda y exhaustiva.

6.1.1 FEMINISMO-GÉNERO-PATRIARCADO

Facio y Fries, explicitan que el feminismo y el género son conceptos interconectados que han sido fundamentales en la transformación de las sociedades contemporáneas. El feminismo, es un movimiento social y político, así como una ideología y una teoría, que se basa en la toma de conciencia de las mujeres como un colectivo humano subordinado, discriminado y oprimido por el colectivo de hombres dentro del patriarcado. Su objetivo es luchar por la liberación del sexo y género al que pertenecen (2005).

En esta lucha, el feminismo se opone a la visión androcéntrica del mundo que considera al hombre como el modelo universal del ser humano. Subvalorar a una persona por

razones de sexo, raza o etnia es rechazar su humanidad en su respectiva totalidad. Y el feminismo, ante todo, es una filosofía humanista que busca reconocer y valorar la plena humanidad de cada individuo (Facio y Frías, 2005).

Este movimiento busca corromper con el patriarcado, un sistema histórico de dominación que utiliza la fuerza y el temor sobre la base de una supuesta inferioridad biológica de las mujeres. La misma se extiende a las instituciones de la sociedad, dando por sentado que las mujeres siempre estarán subordinadas a los hombres y que las mismas serán definidas en función del varón. Por eso a lo largo de la historia el conocimiento y quehacer humano registrado no ha sido neutral en términos de género, puesto que solo ha incluido las vivencias de uno de los géneros: el masculino. Teniendo en cuenta sus principales tradiciones y creencias; aparecería el androcentrismo como la verdad, en donde el hombre además de ser el centro de poder, termina siendo el paradigma de lo humano. Y, las características que se asociaban a los varones eran las que distinguían a los seres humanos de los animales: intelecto, razón, cultura, pensamientos; mientras que a las mujeres se las relacionaba con la naturaleza misma, donde era ejercido el poder (Facio y Frías, 2005).

Por eso es crucial realizar un análisis del feminismo y género para dismantelar el patriarcado. El género, por su parte, es una categoría social como son las de raza, clase, edad, etc. Tiene su base en un fenómeno natural, de nacimiento que es el sexo. En las sociedades latinoamericanas del siglo XX, se pueden ver como se describen y atribuyen características, comportamientos y roles determinantes tanto para el sexo masculino como para el sexo femenino. En estos casos, es donde la sociedad y no la biología, termina incapacitando a las mujeres para el trabajo intelectual y físico (Facio y Frías, 2005). El sexo también es algo construido socialmente. Género y sexo se significan mutuamente ya que el género logra nombrar lo que es construido socialmente sobre lo que es meramente de naturaleza biológica.

Una normativa o política de género tiene como objetivo la superación de la desigual valoración y el desigual poder entre los géneros, es decir, acabar con la manera dicotómica que ha guiado siempre la construcción de la identidad de género, asignando de manera más valorativa a los hombres, mientras que a las mujeres se las menosprecia en diversos aspectos de la vida y la naturaleza (Facio y Frías, 2005). Además se destaca la importancia que le damos a los recursos interpretativos que se presentan en la sociedad porque es donde se dan y enmarcan las diferentes significaciones como la de violencia. Anteriormente, en Argentina, hace tan solo 30 años la violencia hacia las mujeres comenzó a ser más visible y es por ellos que se crearon

nuevas leyes y normas para abordar esta problemática. Pero como dice la autora, cuando salen a luz ciertos mecanismos de violencia, se invisibilizan otros (Nocetti, 2011).

En base a esta realidad, la autora expresa que “El feminismo se opone al poder sobre las personas y propone a cambio el poder de las personas.” (Facio y Frías, 2005, p. 266). Critica la tendencia a ofrecer una serie de valores que deben guiar las interacciones en lo personal o privado, y otra serie de valores que deben guiar las interacciones en el mundo público de la política y el poder.

Otro término importante de mencionar en este desarrollo es la categoría de interseccionalidad, esta surge a partir de los movimientos feministas negros para dar cuenta de la intersección de múltiples relaciones de poder que se conjugan de forma dinámica en la experiencia de las mujeres, profundizando las relaciones de desigualdad. Es decir, este concepto permite analizar las situaciones en las que el eje central no sea solo el género, sino también otros ejes como la etnia, raza, clase social, entre otros (Guzmán Ordaz y Jiménez, 2015).

A lo largo de la vida y en el ámbito del derecho, las necesidades de los hombres son tratadas como necesidades humanas universales, mientras que las de las mujeres son consideradas como necesidades "específicas". Esta perspectiva perpetúa la naturaleza androcéntrica del derecho, manteniendo una mirada parcial hacia el sexo masculino. La distinción entre lo público y lo privado se ajusta a los parámetros que definen ambas esferas en las sociedades patriarcales, permitiendo que las mujeres sean relegadas a la esfera privada mientras son excluidas de la esfera pública. Este control se manifiesta en varios aspectos. La heterosexualidad como requisito para constituir una familia a través del matrimonio, el poder del marido como máxima autoridad dentro del matrimonio, y la exclusión de las mujeres del ámbito público y jurídico son ejemplos de esta dominación. Además, la normalización de la violencia de pareja y familiar como una forma de dominación masculina, mediante el uso de la fuerza hacia los cuerpos de las mujeres, refuerza esta subordinación (Facio y Frías, 2005).

Siguiendo este eje, las perspectivas de género no pretenden sustituir la centralidad del hombre por la centralidad de la mujer. Pretenden poner las relaciones de poder entre los hombres y mujeres en el centro de cualquier análisis e interpretación de la realidad. Además, es fundamental reconocer que la identidad de género no se construye aislada de factores como la edad, clase social, económica, etnia, nacionalidad, etc. Cada individuo se construye en su propia realidad, pero en un contexto universal, las mujeres son subordinadas por los hombres. La historia de cada mujer, aunque única, refleja cómo el mundo simbólicamente las aniquila y

les recuerda que ser mujer es no ser considerada plenamente persona, sometiéndolas constantemente a la subordinación. Según Gerda Lerner (como se citó en Facio y Frías, 2005), el género “Es la definición cultural del comportamiento asignado como apropiado para cada uno de los sexos en una sociedad determinada. El género es el conjunto de roles culturales. Es un disfraz, una máscara con la que los hombres y mujeres bailan su desigual danza” (p. 271).

Teniendo en cuenta lo expuesto por Marta Lamas (1986) el problema comienza cuando la diferencia biológica se interpreta culturalmente para determinar el destino de cada persona. Este enfoque es adoptado por el nuevo feminismo que surge a finales de los años sesenta, el cual se diferencia de sus predecesoras al analizar la posición subordinada de las mujeres en relación al capitalismo y al patriarcado. Lamas desarrolla diversos ejemplos entre hombres y mujeres para explicar cómo la posición de inferioridad de las mujeres es determinada culturalmente y no por su biología.

Lamas también explica la diferencia entre los términos sexo, que se refiere al aspecto biológico, y género, que es una construcción social. Los atributos asignados a lo masculino y lo femenino varían según cada cultura. En su obra *Sex and Gender*, Robert Stoller (1968, como se citó en Lamas, 1986) fue uno de los primeros en trabajar esta distinción en el ámbito de la psicología. Stoller concluye que el género es el resultado de una conjunción de experiencias, vivencias y emociones desde el nacimiento. Según Stoller, existen tres momentos básicos en esta construcción: la asignación de género al nacer, basada en la apariencia física; la identidad de género, formada en los primeros años de vida a través de diversas experiencias; y el papel de género, que articula lo que se considera femenino o masculino según la cultura, generalmente de manera estereotipada y limitada, privando a las personas de una libre elección y expresión de acuerdo a sus propios gustos y formas de ser.

Luego de realizar un breve recorrido sobre la violencia hacia las mujeres, es pertinente explicar por qué la misma se considera violencia de género. A partir de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing en 1995, se establece el uso del término género para caracterizar la violencia contra las mujeres. De este modo las instituciones, políticos y medios de comunicación comenzaron a utilizar este término al origen social y cultural de la violencia presente en todo el mundo. Además establece la igualdad de derechos entre mujeres y hombres como principio fundamental de vida, como así también la plena participación de mujeres en todos los ámbitos.

“Intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y las niñas que enfrentan múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena” (Naciones Unidas, 1995, p.4)

Las mujeres han vivido situaciones de desigualdad y subordinación histórica respecto a los varones, basadas en las construcciones sociales en torno al sexo y al género, desde una perspectiva patriarcal de las masculinidades, las feminidades y de las relaciones entre los géneros. La violencia de género es una de las expresiones más extremas de esa desigualdad experimentada por las mujeres en múltiples áreas vitales y es una de las vulneraciones más graves de los derechos humanos de las mujeres.

6.1.2 FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Durante largos años, se abordó la violencia desde el concepto de peligrosidad para comprender el riesgo de que una persona cometa nuevos delitos. Pero la misma no especificaba el tipo de violencia que podía ocurrir. Por lo cual se desarrolló un nuevo concepto con el nombre de valoración del riesgo de violencia, la cual se puede conocer describiendo los factores de riesgo asociados al tipo de violencia a trabajar, como así también se puede disminuir la violencia si se trabaja aplicando los factores protectores acordes al mismo.

El criterio para determinar la gravedad de la violencia según varios autores, se basa en considerar las siguientes variables características del agresor (celos, manipulación, humillación, abuso de alcohol y drogas, antecedentes de violencia previa); factores socioeconómicos y contextuales (problemas económicos, falta de apoyo social, separación iniciada por la víctima); y características de las víctimas de violencia (personalidad dependiente, riesgo de muerte, dependencia económica, consumo de drogas, edad temprana). (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, como se citó en Amor et al., 2009)

Otro punto de gran relevancia al momento de trabajar con violencia, es el análisis y la predicción de la misma. El primer paso es definir claramente el constructo en cuestión. En este caso, violencia, la cual comprende dos dimensiones distintas: por un lado, se refiere a la acción o comportamiento violento, y por el otro, se refiere a la disposición, capacidad o atributo psicológico de ser violento. Además, es importante resaltar que los factores determinantes de una acción violenta, están asociados a variables individuales y situacionales que ayudan a predecir la violencia misma. Mientras que la disposición violenta está más influenciada por atributos intrínsecos, históricos, biográficos (Pueyo, 1997, como se citó en Pueyo, 2007).

A continuación, se presentan diferentes técnicas o procedimientos que se utilizan para valorar el riesgo de violencia:

- Valoración clínica no estructurada: Es de libre criterio según la formación y perspectiva de cada profesional, por lo cual no es necesario que sigan un protocolo o procedimiento determinado. Por esto mismo, tienen poca precisión y débil justificación teórica.
- Valoración actuarial: Registro minucioso de todas las características e información del sujeto, especialmente de las que están relacionadas con el criterio a predecir. Utilizan técnicas matemáticas para conseguir resultados exactos y así poder predecir. Una de sus mayores limitaciones es que son evaluaciones generales aplicadas de manera individual, por lo cual termina siendo un procedimiento poco personalizado.
- Valoración por medio de juicio clínico estructurado: Esta técnica utiliza guías de valoración. Dentro de las mismas se encuentran distintos factores de riesgo y de protección asociados al tipo de violencia a predecir, siendo estos de gran importancia para ser utilizados como guía en el proceso y lograr una minimización en los errores de predicción. Las decisiones finales quedan en manos de los profesionales y no de los test llevados a cabo durante la investigación (Hart, 2001, como se citó en Pueyo, 2007).

Retomando lo expresado previamente sobre variables relacionadas con la violencia de género, se detallarán los factores de riesgo y de protección que rodean estas situaciones.

Principalmente, los factores de riesgo están compuestos por características de la propia persona, como así también de influencias alrededor de su contexto, que terminan dando por resultado el ejercicio de la violencia. Estos factores pueden ser de carácter estático, los cuales

no sufren modificaciones a lo largo del tiempo porque se relacionan con la historia y situaciones violentas previas del sujeto. Y por otro lado, de carácter dinámico, que van modificándose con el correr del tiempo. Los mismos están formados por lo que la persona está siendo en el momento actual y a través de los cuales los profesionales se guían para diseñar un tratamiento y realizar intervenciones específicas. Estos factores pueden abarcar desde problemas psicológicos, consumo y abuso de sustancias, discriminación, negación, distorsiones cognitivas, rasgos psicopáticos, racionalización y poca o nula adherencia al tratamiento (Lonaiz, 2017).

A su vez, Lonaiz (2017) expresa que los factores de riesgo pueden clasificarse según su influencia:

- Motivadores: aumentan la probabilidad de ejercer violencia, ya que creen obtener resultados positivos a través de este accionar como; poder, estatus, control, justicia.
- Desinhibidores: hay una carencia de límites en la propia persona, lo que termina facilitando la acción violenta. Pueden ser actitudes negativas, egoísmo, baja autoestima, sin conciencia de uno mismo, ausencia de autorreflexión, sin sentimiento de culpa.
- Desestabilizadores: alteraciones a nivel neuronal que potencian las acciones violentas. Como; problemas de concentración, comportamiento rígido, impulsividad, poca memoria.

Por otro lado, los factores protectores disminuyen la probabilidad de llevar adelante una acción violenta. Los mismos pueden ser, fuertes lazos familiares y sociales, actividades laborales, compromiso con el tratamiento, motivación para el cambio, entre otras.

Además, estos factores son una fuente crucial de información para valorar el riesgo de violencia y detectar los diferentes perfiles de agresores (Lonaiz, 2017). Por eso, considerando que las características del agresor forman parte de un criterio importante a la hora de estudiar y detectar conductas violentas, a continuación, se tomará en cuenta la clasificación de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994, como se citó en Amor et al., 2009), los cuales describen tres perfiles de agresores.

Comenzando con los maltratadores limitados al ámbito familiar (sobre controlados) que ejercen violencia contra su pareja e hijos, con menor grado de gravedad y frecuencia que

en otros tipos de agresores. Es poco probable encontrar trastornos de personalidad en estos agresores, por lo cual los factores de riesgo son menores; pero sí pueden ser dependientes y obsesivos. Luego se encuentran los maltratadores borderline/disfóricos (impulsivos), los cuales suelen ejercer violencia de manera sexual, psicológica y física intensamente a nivel familiar. El nombre que se les otorga hace referencia a la desregulación e inestabilidad emocional que los mismos transitan en sus momentos impulsivos y violentos y los cuales han experimentado en sus familias de origen. Por último, se encuentra el grupo de maltratadores violentos en general/antisociales (instrumentales) que ejercen violencia tanto dentro del núcleo familiar, como fuera del mismo. Presentan un mayor grado de violencia en relación con los dos grupos anteriores, y se evidencian rasgos narcisistas y psicopáticos. Además, la probabilidad de que hayan sufrido violencia extrema en su niñez es mayor (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994, como se citó en Amor et al., 2009).

En este sentido, existen dos categorías de agresores que tienen una mayor tendencia a involucrarse en comportamientos violentos graves: por un lado, aquellos de naturaleza antisocial e instrumental, adoptando un apego evitativo; y por otro lado, los sujetos disfóricos o borderline quienes ejercen usualmente violencia de manera elevada, presentando elevados niveles de impulsividad, rasgos psicopatológicos y un estilo de apego ansioso (Amor et al., 2009). Este análisis facilita la identificación de las tipologías de hombres violentos y permite llegar a un análisis más amplio y finalizarlo con un diseño de tratamiento integral y adecuado para cada caso.

Es fundamental que los profesionales a cargo del proceso mantengan una actualización constante en relación con los avances en la psicología de la violencia, a fin de tomar decisiones adecuadas para cada caso. Luego de valorar el riesgo de violencia, se da paso a la siguiente instancia que consta en gestionar el riesgo (minimización del riesgo), buscando comprender los motivos que lo llevaron a actuar violentamente y examinando si aún siguen presentes las variables que guiaron esa acción o si podrían estarlo en un futuro. Por último, es imprescindible fomentar la promoción de los factores que podrían llevarlo a tomar decisiones no violentas como otra manera de resolver los conflictos (Pueyo, 2007).

6.1.3 DINÁMICA DE VÍNCULOS VIOLENTOS: CICLO DE LA VIOLENCIA

Los vínculos violentos muchas veces significan para la víctima un laberinto sin salida, esto puede deberse a diferentes mecanismos impuestos y aprendidos. Las bases de análisis, se acentuaron sobre una perspectiva de género.

Tomando en cuenta los aportes de Ramírez (2002, como se citó en Boira 2010), el mismo resalta que la violencia en su mayoría fue abordada por diversas teorías de una manera más fija e invariable, donde se ubica al hombre en una posición activa, mientras que a la mujer se la sitúa siempre en un lugar pasivo. Las mismas han sido fundamentales para hacer visible el ejercicio de dominación, control y poder por parte del agresor hacia la víctima, como así también para hacer visible la desigualdad de género existente en los diferentes grupos sociales.

Ahora bien, para ampliar esta visión, el autor plantea repensar el vínculo como una relación en constante interacción activa entre agresor/víctima. Lo cual se puede ejemplificar con las formas de relación que plantea Johnson (2008, Como se citó en Boira 2010), comenzando por un vínculo guiado por ideas patriarcales por parte del hombre, seguido de la respuesta por parte de la víctima frente a la dominación del agresor y en tercer lugar, la violencia ejercitada por cualquiera de las dos partes a raíz de tensiones y agresiones frente a situaciones violentas en la relación.

Por lo cual, para focalizar específicamente en las dinámicas violentas en un vínculo, se analizarán una serie de teorías que hacen énfasis en el vínculo agresor/víctima. Una de las más conocidas, es el ciclo de la agresión planteado por Walker (2000, como se citó en Boira, 2010) el que está compuesto por tres momentos. El primero con el nombre de fase de “acumulación de tensión”, seguido por la fase de agresión y culminando en la fase de arrepentimiento. Las fases no están predeterminadas, sino que dependen de los tiempos de cada pareja en particular y lo relevante aquí es como la víctima permanece dentro del ciclo, esperando un cambio del agresor.

Desde otra posición, los autores Dutton y Painter (1981, como se citó en Boira, 2010), plantean la teoría del vínculo traumático, donde la víctima queda entrelazada en la relación

debido a la dispersión de momentos violentos o malos tratos y momentos de tinte más románticos o de cariño.

Por su parte, Montero (2001, como se citó en Boira, 2010) aporta el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) definiéndolo como:

un conjunto de procesos psicológicos que, a través de las dimensiones de respuesta cognitiva, conductual y fisiológico-emocional, culmina en el desarrollo paradójico de un vínculo interpersonal de protección entre la mujer víctima y el hombre agresor, en el marco de un ambiente traumático y de restricción estimular, a través de la inducción de un modelo mental, de génesis psicofisiológica, naturaleza cognitiva y anclaje contextual, que estará dirigido a la recuperación de la homeostasis fisiológica y el equilibrio conductual, así como a la protección de la integridad psicológica, en la víctima (p.70).

En este contexto, el agresor ejerce un comportamiento violento de forma estratégica, construyéndose gradualmente a lo largo del tiempo. Estos actos pueden manifestarse de manera esporádica o de forma secuencial, consolidando una diferenciación asimétrica de poder entre el agresor y la víctima, donde los ejes fundamentales son el dominio y control sobre la misma. Siguiendo con esta misma línea, a través del fenómeno llamado Backlash, se puede visibilizar la necesidad de control constante por quienes ejercen violencia sobre las mujeres que han iniciado un proceso de desarrollo de vida con mayor grado de libertad y autonomía, buscando recuperar el poder que tenían sobre ellas (Boira, 2010 y Nocetti, 2011).

Por último, es relevante destacar la teoría de persuasión coercitiva propuesta por Boulette y Andersen (1985, como se citó en Boira, 2010), donde la víctima sostiene el vínculo con el agresor por diversos mecanismos de manipulación. Entre los cuales están: influencia psicológica, control físico, exclusividad de tiempo para la relación lo que termina provocando aislamiento de la víctima con sus demás relaciones, persuasión esporádica con gestos de amor por parte del agresor, elevada exigencia de privacidad y confidencialidad en todos los aspectos de la relación.

Conocer las dinámicas vinculares es de especial relevancia, dado que permite comprender la modalidad relacional y el escenario en el que la violencia surge y se mantiene a lo largo del tiempo. Asimismo, permite vislumbrar cómo las mujeres quedan entrampadas de forma progresiva en dichos vínculos de características violentas y el desarrollo de

psicopatología asociada. Por ello es que se proseguirá a profundizar en las características de las mujeres víctimas de violencia.

6.1.4 CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

A continuación, y luego de mencionar las dinámicas violentas que pueden darse dentro de un vínculo, este apartado llevará a una exploración más detallada de las repercusiones que las mismas pueden tener en la salud mental y bienestar general de las mujeres.

El uso de la violencia como medio para controlar el comportamiento está en aumento. En lugar de disminuir la violencia y generar empatía o compasión; el sufrimiento de la mujer actúa como un desencadenante que incita aún más a la agresión (Echeburúa y Corral, como se citó en Echeburua et al., 2002).

El maltrato dentro del hogar, se caracteriza por ser una conducta poco denunciada, de larga duración y con posibilidades de ser aprendida y transmitida de generación en generación. La permanencia de la mujer víctima de violencia se debe a un conjunto de factores interrelacionados. Entre estos, se destacan la dependencia económica, el aislamiento familiar y el escaso apoyo social. Asimismo, la indefensión aprendida por parte de la víctima, las distorsiones cognitivas que la llevan a justificar el maltrato del agresor, la idealización de la pareja, la baja autoestima y el poder de persuasión del agresor, quien utiliza el miedo, la amenaza y la culpa como principales herramientas en estas situaciones (Echeburua et al. 2002).

Nocetti (2011), explícita esto mismo a través de algunos mitos sociales acerca de la violencia:

- Naturalización de gestos y actitudes cotidianas hacia las mujeres.
- Minimización del daño ocasionado en la víctima.

- Exposición de mujeres en situaciones vergonzosas.
- Culpabilizar y responsabilizar a las mujeres por sus formas de ser.
- Asociación y justificación de violencia hacia las mujeres, de acuerdo a grupos sociales de pertenencia.
- Justificaciones de violencia de acuerdo a fenómenos psicopatológicos por parte del agresor.

Estos mecanismos previamente mencionados no solo generan una situación de alerta constante en la víctima, sino que culminan en una situación de presión y acoso prolongado; donde la víctima experimenta la intromisión de un comportamiento violento, una intimidación sutil o de manera directa y un miedo paralizante (Boira, 2010).

Al profundizar en el maltrato doméstico y el comportamiento de la víctima, se observa que la violencia suele comenzar con pequeños gestos de menosprecio y desvalorización, lo que puede llevar a la víctima a un estado de sumisión e interpretar estos gestos violentos como normales. Posteriormente, una vez instaurada la violencia crónica en el hogar, aparecen momentos de arrepentimiento y cariño por parte del agresor, lo que conduce a la víctima a una dependencia emocional, acompañada de diversos síntomas psicopatológicos como inseguridad, baja autoestima y autoboicot. Finalmente, se encuentra la etapa de resignación, en la cual la violencia ha aumentado a tal intensidad que la víctima se siente incapaz de abandonar la relación o de esperar algún cambio positivo por parte del agresor (Echeburúa et al., 2009).

Por lo cual, durante la convivencia con el agresor, la víctima busca justificar las agresiones sufridas a través de diferentes distorsiones cognitivas que terminan afectando su vida diaria. En las primeras etapas de la relación, cuando la violencia es menos evidente, la víctima suele minimizar o negar la situación, tomándola como parte del vínculo. En segunda instancia, cuando la violencia ha escalado en mayor gravedad, la víctima anhela de manera esperanzada el cambio en su pareja u opta por auto culparse debido al mal funcionamiento de la relación, lo cual termina provocando en la misma un estado de confusión emocional que la termina aislando de todo. En última instancia, cuando la violencia por parte del agresor es constante y totalmente incontrolable, la víctima llega a un nivel de cansancio tan extremo que termina resignando su vida dentro de la relación, como así también dependiendo emocionalmente del mismo (Echeburúa et al., 2002).

Cuando la víctima toma conciencia de la necesidad de salir de la relación violenta, comienza un proceso prolongado que implica varios factores hasta hacer efectiva la decisión y acción de dar el paso. Según el modelo conceptual del proceso de toma de decisiones en mujeres maltratadas de Choice y Lamke (como se citó en Echeburúa et al., 2009), se destacan dos momentos cruciales en esta toma de decisión. El primer momento consiste en evaluar los beneficios y costos de continuar o no con la relación. Si la evaluación lleva a la decisión de finalizar la relación, se inicia el segundo momento del modelo, que evalúa la capacidad y confianza de la persona para salir con éxito de la relación, así como el apoyo familiar y social disponible.

Este proceso de toma de decisiones se ve influenciado por las características psicopatológicas de las mujeres víctimas de violencia de pareja (Labrador Encinas et al., 2010). La vivencia continua y repetida de actos violentos puede desencadenar síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT), como recuerdos invasivos y estado de alerta permanente, especialmente en el entorno familiar. Estas experiencias traumáticas también se asocian con malestar emocional, ansiedad, disociación, depresión, disminución del autoestima, aislamiento social y consumo de sustancias adictivas, entre otros síntomas.

La decisión de salir de una relación violenta es solo el comienzo de un largo camino para las mujeres víctimas de violencia de pareja. A pesar de haber tomado la decisión de abandonar al agresor, muchas de ellas continúan enfrentando diversos tipos de agresiones y experimentan dificultades para reintegrarse a la sociedad. Las consecuencias de la violencia se extienden a múltiples aspectos de sus vidas, causando una interrupción significativa en su rutina diaria y generando desorganización en ámbitos laborales, sociales, recreativos, familiares y de pareja. Esta desorganización puede manifestarse en faltas al trabajo, dificultades para relacionarse con otros, aislamiento, trámites legales, impacto en los hijos y dificultad para reconstruir relaciones de pareja (Echeburúa y Corral, 2007).

Estos fenómenos traen aparejado una magnitud de consecuencias tanto a nivel personal, social, como institucional. Como primer punto, la re victimización ocasionada en mujeres por no ser escuchadas desde su propio malestar, sufrimiento y situación vivenciada. Lo que genera una falta de contención, acompañamiento, tanto por la familia, sociedad e instituciones en este proceso de apartamiento con el agresor, y dando lugar así a nuevas situaciones de violencia. Por otro lado, se menciona la minimización de violencia de género existente, reduciéndose a casos de violencia individuales (Nocetti, 2011).

En este contexto, resulta fundamental proporcionar un tratamiento psicológico y, en algunos casos, psicofarmacológico para calmar, contener y reducir la ansiedad y el estrés. Este tratamiento debe ser adaptado a las necesidades individuales de cada mujer y al tiempo que cada caso lo requiera. Al ingresar a la institución hospitalaria, es crucial realizar una evaluación psicológica exhaustiva para determinar el daño psicológico, las estrategias de afrontamiento y la necesidad de derivación para tratamiento psicofarmacológico, si es necesario. Los fármacos, en este contexto, buscan estabilizar el funcionamiento psíquico, emocional y físico de la persona después de experimentar un desequilibrio debido a la situación traumática vivida. Estas intervenciones no solo abordan las secuelas psicológicas y emocionales de la violencia, sino también brindar el apoyo necesario para que las mujeres puedan recuperar el control sobre sus vidas y enfrentar las demandas de la sociedad de manera efectiva (Echeburúa y Corral, 2007).

6.1.5 EL PROCESO DE LA RUTA CRÍTICA DE VIOLENCIA EN MUJERES

Sagot, Carcedo y Guido (2000) señalaron que la ruta crítica comprende un conjunto de acciones y decisiones llevadas a cabo por mujeres víctimas de violencia intrafamiliar para buscar una salida alternativa a la situación. Esta ruta implica una serie de caminos que se entrelazan entre sí. Cuando una mujer logra expresar la violencia vivida, se crea un espacio para iniciar el proceso de la ruta crítica.

Este proceso está influenciado por diversas variables que pueden facilitar o dificultar la búsqueda de ayuda, como el acceso a recursos y la valoración de la situación. Por lo tanto, es fundamental considerar la perspectiva personal de cada mujer para comprender y analizar cómo perciben y dan sentido a este proceso en su experiencia (Sagot et al., 2000).

Los autores destacan los factores internos que impulsan a las mujeres a salir de la violencia, ya sea el cansancio, la convicción de que el agresor no cambiará y el inicio de nuevos proyectos. Por otro lado, la violencia ejercida contra ellas y sus hijos actúa como un factor externo que las impulsa a salir de la violencia.

Un punto clave para iniciar la ruta crítica son los factores precipitantes (Sagot et al., 2000), que brindan a la víctima un impulso adicional para salir de la situación de violencia. Estos pueden incluir agresiones verbales, físicas, manipulación, falta de apoyo económico, entre otros. Sin embargo, también existen factores que inhiben el proceso de la ruta crítica, tanto interno como externo. Los miedos, la manipulación por parte del agresor y el desconocimiento de los derechos de la mujer son aspectos internos que pueden dificultar la búsqueda de ayuda. Externamente, los mandatos sociales, las presiones familiares y la falta de recursos económicos son obstáculos comunes.

6.2 ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

El objetivo de este apartado es abordar la temática del rol del psicólogo en el trabajo interdisciplinario con respecto al abordaje de víctimas de violencia de género, dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública. En esta sección se focalizará en aquellas conceptualizaciones relacionadas al rol del psicólogo en el ámbito de la salud.

En tanto, se comenzará con el concepto de salud definido como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p. 1).

Es fundamental destacar este concepto, ya que cuando una persona experimenta malestar psicológico, fisiológico, emocional o una combinación de estos, y no recibe tratamiento oportuno, puede enfrentar una crisis que derive en una situación de urgencia. Es por ello que ante una crisis se implementa un determinado procedimiento.

Como este trabajo se centra en las prácticas llevadas adelante en un Hospital de Urgencias o de alta complejidad, se introduce el concepto de crisis, en tanto las intervenciones de los psicólogos y psiquiatras son en este contexto.

Para empezar, una crisis es “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado, principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikau, 1988).

Por eso, en estas situaciones en las que el sujeto se siente desbordado, es de suma importancia dar comienzo a un tratamiento temprano para evitar un aumento en los síntomas y en la totalidad del cuadro (Echeburua y Corral, 2007).

En términos de la teoría de la crisis, Slaikau (1999) expresó lo siguiente:

Todos los humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencia con crisis anteriores) y los recursos sociales del individuo (asistencia disponible de “otros significantes”). (s/p)

La propuesta de los primeros auxilios psicológicos tiene varias metas. Se comienza brindando ayuda a la persona para que pueda enfrentar la crisis mediante sus propios recursos emocionales, y así sea capaz de dar paso al inicio de la solución del problema. Además, se hace énfasis en la disminución del riesgo de autoagresión o de posibles situaciones destructivas; para ello y como elemento clave, es muy importante establecer enlaces con fuentes de asistencia para que la persona pueda abordar el evento crítico (Slaikau 1999).

Estos primeros auxilios psicológicos planteados por el autor, se desarrollan como parte de un proceso. Primero, se establece contacto psicológico, el cual consiste en escuchar de igual manera los hechos y los sentimientos de la persona, teniendo en cuenta tanto la comunicación verbal como la no verbal (gestos, contacto físico, etc.) y dando lugar a la reflexión. Segundo, se examinan las dimensiones del problema, considerando el hecho que precipitó la crisis, el presente y el futuro inmediato de la persona, para poder determinar las necesidades que requieren asistencia inmediata. Como tercer momento, se analizan posibles soluciones, a través de las cuales se busca responder de manera eficiente y eficaz a las demandas que presenta el individuo. En cuarto lugar, se determina la ejecución de la acción concreta, para puntualmente manejar la crisis. Y, por último, se realiza un seguimiento que consiste en establecer un método que permita el acompañamiento de la persona en crisis para comprobar el progreso.

En lo que respecta a la historia de la Psicología de la salud y más precisamente de la psicología hospitalaria, se realizará una breve descripción de esta, considerando a Zas Ros:

La historia de la Psicología de la Salud no puede hacerse ya sin dejar de tener en cuenta el desarrollo que esta especialidad ha tenido en Latinoamérica, y sin dejar de nombrar los primeros trabajos de Psicología Hospitalaria en Brasil en la Clínica Ortopédica y Traumatológica de la Universidad de São Paulo que realizará Matilde Neder en el año 1954 (Angerami, y cols. 1996-1). Brasil es el primer país que inicia el trabajo del psicólogo en el nivel de salud hospitalario, normando sus principales funciones. Cuba se convirtió en el primer país desde el año 1968 donde se reconoció al psicólogo ocupando posiciones en el nivel de las políticas centrales de un Ministerio de Salud con la creación del Grupo Nacional de Psicología de Cuba como instancia asesora en el Ministerio Nacional de Salud Pública (MINSAP), con funciones normativas y de asesoría técnica, y donde por primera vez se insertan a trabajar psicólogos en la atención primaria de salud en 1969 (Hernández, Grau, 2005). (2016, p. 9)

Siguiendo con la misma perspectiva teórica, se hace mención de las principales tareas que un psicólogo debería emprender en el contexto hospitalario, que Matilde Neder (1959 como se citó en Zas Ros, 2016), describe en el marco del Primer Seminario del Instituto de Rehabilitación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sao Paulo. Las mismas comprenden una diversidad de tareas fundamentales, a saber: la evaluación de las condiciones intelectuales, de personalidad, intereses, aptitudes y habilidades específicas del paciente para que el equipo de salud pueda conocer sus capacidades y limitaciones. Es importante acompañar a las familias del paciente durante el proceso para hacerlos parte del mismo. También es crucial colaborar con todos los miembros del equipo de salud, definiendo el aporte de cada uno para mejorar el trabajo psicológico con el paciente. Asimismo, no dejar nunca de lado el trabajo personal del psicólogo en su formación y reconocimiento de límites.

El diseño de tareas que un psicólogo ha de realizar en una institución hospitalaria parece ser algo bastante reconocido y consensuado en la actualidad. Como ejemplo de ello (Duque, Grau, et al, 2005, como se citó en Zas Ros, 2016), se refiere a los lineamientos fundamentales del trabajo del psicólogo en un hospital, donde se establecen varias responsabilidades claves para los psicólogos hospitalarios. Entre estas, se incluyen el conocimiento de los aspectos motivacionales y preventivos en salud, el estudio de factores psicosociales en la aparición de enfermedades, y la comprensión de las respuestas psicológicas a la enfermedad y hospitalización. También es fundamental que los psicólogos manejen la historia clínica de los pacientes, realicen evaluaciones y diagnósticos, y lleven a cabo entrevistas con pacientes, familiares y personal de salud.

Del mismo modo, los psicólogos deben dirigir y participar en actividades psicoterapéuticas, organizar grupos educativos para enfermos, y colaborar en discusiones de casos y procesos de rehabilitación. También se espera que realicen evaluaciones psicológicas con fines de peritaje, participen en estudios y tareas de educación para la salud, y atiendan las dificultades emocionales del personal médico. Otros aspectos incluyen, evaluar la satisfacción con los servicios de salud y los factores que afectan la adherencia terapéutica, así como participar en la selección del personal médico y de enfermería en áreas específicas (Zas Ros, 2016).

Luego de mencionar las principales tareas que puede ejercer un psicólogo en el ámbito hospitalario, se busca comprender las características y función de la institución hospitalaria en profundidad (Zas Ros, 2016). Principalmente, es importante conocer los movimientos y dinámicas institucionales de los hospitales para diseñar el trabajo del psicólogo o del servicio de salud mental. Ya que dentro de la misma, los aspectos individuales, grupales y de la propia organización, están entrelazados entre sí, formando de esta manera un todo que se va modificando con el tiempo (López e Iriondo, 2019).

Las instituciones hospitalarias presentan varias características importantes. Primero, dependen de los sistemas nacionales de salud a los que pertenecen, lo que influye en sus recursos, políticas y protocolos. Segundo, tienen una organización compleja debido a la diversidad de servicios que ofrecen. Esta complejidad se refleja en la necesidad de una extensa red de comunicación interna para coordinar eficientemente las actividades y garantizar la calidad de la atención (Zas Ros, 2016). Como así también requieren de adaptabilidad y resiliencia frente a los cambios en las dinámicas diarias y la integración de nuevo personal en los diferentes servicios del Hospital (López e Iriondo, 2019).

Además, el trabajo en equipo es fundamental en estos entornos, con diferentes variantes y enfoques según las especialidades médicas y las necesidades de los pacientes. Finalmente, existen obligaciones y normativas específicas que deben cumplirse, tanto en términos de atención al paciente como de gestión administrativa; sin dejar de lado el constante asesoramiento para abordar casos de extrema complejidad. Entender estas cualidades ayuda a los psicólogos a integrarse mejor en el equipo de salud y a desempeñar sus funciones de manera óptima (López e Iriondo 2019; Zas Ros, 2016).

A continuación, se detallarán los principales aportes que realiza el servicio de salud mental dentro de un hospital:

- Contribuir a la integridad de la atención que brinda el hospital, mediante la atención psicológica en lo que se refiere a profilaxis, diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades, así como de sus secuelas o desviaciones en el proceso de rehabilitación.
- Contribuir al avance del conocimiento científico en lo que se refiere al papel que desempeñan, procesos, estados psíquicos y propiedades de la personalidad en la aparición y evolución de las enfermedades más frecuentes.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de estos a las aspiraciones y las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.
- Colaborar en la formación de psicólogos, médicos, enfermeras y técnicos.
- Elaborar proyectos, normas de trabajo en este nivel, metodologías específicas para la investigación psicológica en campos o especialidades médicas (Zas Ros, 2016, p. 27).

Además es muy importante mencionar el papel fundamental que cumple la historia clínica de los pacientes dentro del hospital, ya que esta se considera un documento que brinda toda la información acerca del estado de salud de las personas que asisten al mismo y que, a su vez, permite mantener informado a todo el personal de salud especializado para realizar las intervenciones necesarias (Zas Ros, 2016).

La historia clínica es un instrumento que proviene del campo de la medicina y se considera instrumento utilizado para desarrollar el método clínico. Se aplica a través del registro de la información obtenida del paciente a través del interrogatorio o anamnesis, del examen físico y de la revisión de los estudios complementarios (...) Las historias clínicas en Salud Mental constituyen un registro de los datos del paciente, así como de la evolución de su cuadro psicopatológico, cumpliendo con la doble finalidad de ser, por un lado, el documento legal en el que se asientan los tratamientos y procedimientos aplicados al paciente; por otro, en el caso de las instituciones, contribuir al diálogo de las diversas disciplinas que están involucradas en la atención del paciente. (López, G.A. 2012, p. 21)

Es adecuado continuar exponiendo las competencias profesionales del psicólogo hospitalario. Cabe mencionar que la noción de competencia profesional según Epstein y Hundert (2002, como se citó en Zas Ros, 2016), es descrita como “el uso habitual y juicioso de comunicación, conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores, y reflexión en la práctica cotidiana para el beneficio del individuo y la comunidad a los que se está ofreciendo un servicio” (p. 40). Se visualiza una conjugación de actividades cognitivas, procesales, relacionales y afectivas a la hora de llevar adelante las diversas tareas dentro de la institución. Entre los cuales, se destacan rasgos de empatía, coraje, generosidad, compromiso, dedicación y valentía por parte del psicólogo para acercarse al paciente, abrazar las vulnerabilidades del mismo sin prejuicios y acompañarlo en su proceso de rehabilitación, utilizando todas las herramientas que el profesional tenga al alcance (López e Iriondo, 2019).

De este modo, se visualiza la importancia que cobra el rol del psicólogo en un Hospital, quien junto con los psiquiatras, abordan el trauma de la víctima en primera instancia. Generalmente luego de sufrir un trauma, las vivencias de re experimentación del suceso traumático es uno de los síntomas más comunes en los sujetos. Por ello, se recomienda un trabajo conjunto con un psicólogo para que la víctima pueda expresar en palabras lo vivido, integrar a la conciencia como un hecho del pasado y así disminuir el malestar (Echeburua y Corral, 2007).

A su vez, la Asociación Americana de Psicología (APA) decreta que el ejercicio profesional del psicólogo debe respetar “los límites de sus competencias, basadas en su educación, entrenamiento, experiencia supervisada, consultoría, estudio o experiencia profesional” (APA, 2002).

Siguiendo con lo expuesto por la autora Zas Ros (2016) es menester destacar la mirada tridimensional que debe poseer un profesional de psicología a la hora de ejercer su rol, el cual se compone de una visión clínica, social e institucional que permite al psicólogo hospitalario llevar adelante tres tareas principales: la prevención, el diagnóstico psicológico y la intervención psicológica. Estas tareas se aplican al paciente, la familia y los equipos de salud; de esta forma, dan lugar a la denominada triada de la integración.

Si bien el rol del psicólogo en el ámbito hospitalario es sumamente amplio y diverso, este trabajo se centra de forma específica en su rol en el abordaje de las violencias de género. Por ello es que a continuación se profundizará en mayor detalle sobre la temática.

6.2.1 EL ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO ABORDANDO VIOLENCIAS

Luego de explicitar el rol fundamental y dinámico que cumple un psicólogo dentro de una institución hospitalaria, es menester destacar su enorme relevancia en el abordaje de diversas formas de violencia. La misma en sus múltiples manifestaciones, representa una

problemática compleja que afecta profundamente la salud de los individuos. En este contexto los hospitales son escenarios donde las consecuencias de tales actos se hacen visibles y requieren de una intervención especializada. Puntualmente, la violencia de género es un problema social significativo que impacta profundamente en la salud pública. Es importante mencionar que en 2017 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la inclusión de la perspectiva de género y necesidades de las trabajadoras en los servicios de salud.

Cuando una víctima de violencia de género ingresa a una institución hospitalaria, es crucial que el servicio de salud a cargo pueda identificar los síntomas específicos de la violencia. Además de realizar un examen físico y psicológico exhaustivo para evaluar el nivel de riesgo al que está expuesta la víctima, es importante considerar los aspectos sociales, económicos, históricos y culturales que rodean a la misma. Para no limitarse a un abordaje meramente individual, es fundamental entrevistar y trabajar con los familiares de la víctima. En las instituciones de salud, es esencial implementar capacitaciones sobre violencia de género dirigidas a todo el personal, esto permitirá un trabajo interdisciplinario y proporcionará una asistencia adecuada a las víctimas. Esto último, en la medida que la falta de formación en este tema puede resultar en la perpetuación de la violencia simbólica, a través de diagnósticos incorrectos que pueden exponer a la víctima a mayores riesgos de sufrir violencia (Velázquez, 2012).

Velázquez (2012) aconseja tomar en cuenta los indicios visibles de violencia, como son los golpes, gritos, insultos, descalificaciones y menosprecios, pero sin dejar de atender la importancia que cobran los aspectos invisibles. Estos últimos incluyen elementos que la víctima puede no reconocer como reales en su vida cotidiana, desde el control y poder ejercidos sobre ella, hasta los mandatos incuestionables de la ideología patriarcal que terminan siendo naturalizados en la dinámica del vínculo violento. Y estas situaciones de violencia caracterizadas por desigualdad y dominación, terminan dando lugar a la construcción de subjetividades (Nocetti, 2011).

Como se mencionó anteriormente, la violencia es un fenómeno de gran complejidad que requiere un trabajo en conjunto de manera integral e interdisciplinaria dentro del hospital. Para lo cual, es indispensable como primera pauta poder armar equipos tanto dentro de un área en el que cada profesional cumpla un rol determinado al momento de atender a la víctima; como así también generar conexiones entre las diversas disciplinas del hospital para abordar los casos en conjunto y generar mayor eficiencia (Velázquez, 2012).

En segundo lugar, es relevante atender a la relación de cada uno en su puesto de trabajo con esta temática, para seguir especializándose y poder hacer frente a los obstáculos que puedan surgir en la práctica (Velázquez, 2012). Para ello es esencial considerar la conexión entre el tema de violencia de género, el conocimiento sobre el mismo y la manera de ejercerlo en la práctica; ya que en muchas ocasiones, los problemas que se presentan en relación a la violencia de género dentro del hospital no se aprenden durante la formación profesional sino que requieren de la interconexión de las diversas disciplinas presentes. A partir de lo previamente mencionado, es que se propone a los especialistas trabajar desde enfoques innovadores y flexibles para no caer en un reduccionismo, ni en un análisis desde una perspectiva individualista. Ya que al ser entendida la violencia hacia las mujeres, como un fenómeno social, la misma no puede ser explicada como algo excepcional, ocasional o apartado de la sociedad (Nocetti, 2011). Por eso, es crucial, construir y realizar un abordaje tomando en cuenta el entramado existente entre las instituciones, la sociedad y la persona (Nocetti, 2011).

La tercera pauta que destaca Velázquez (2012) es la importancia de analizar la relación de cada profesional con su entorno laboral. Las condiciones del lugar de trabajo son determinantes cruciales para la eficacia y eficiencia en el abordaje de casos de violencia de género. Contar con todos los instrumentos necesarios a mano es esencial; esto incluye fichas para historias clínicas, formularios para denuncias de violencia, contacto permanente con otras áreas del hospital, y comunicación fluida con otras instituciones para realizar derivaciones cuando sea necesario.

Además, es fundamental disponer de espacios adecuados para abordar estos casos. Esto implica tener consultorios, salas o espacios correctamente acondicionados que ofrezcan luminosidad, privacidad y seguridad tanto para la víctima como para el profesional a cargo. Un entorno laboral bien equipado y seguro no solo facilita la tarea del profesional, sino que también asegura un trato digno y respetuoso hacia la víctima, lo cual es esencial para su recuperación y bienestar. En resumen, mejorar las condiciones del lugar de trabajo contribuye significativamente a la calidad de la atención brindada y al éxito de las intervenciones en casos de violencia de género (Velázquez, 2012).

Finalmente, en una cuarta instancia, se abordará el trabajo específico en el ámbito de la violencia de género, que resulta extremadamente desafiante debido a las complejidades inherentes a estas problemáticas. Los profesionales que trabajan en este campo a menudo enfrentan grandes tensiones, estrés, angustias y diversos temores. Estos efectos se ven

exacerbados por el ritmo de trabajo y las urgencias diarias, que incrementan los niveles de malestar e incertidumbre en una institución hospitalaria. A raíz de esto, la autora explicita que debido a estos desafíos, es crucial contar con espacios institucionalizados dentro del equipo de trabajo donde se puedan prevenir, contener y reflexionar sobre los aspectos negativos que puedan surgir en cada profesional. Estos espacios son esenciales para proteger la salud mental de los profesionales y asegurar que puedan continuar brindando una atención de alta calidad a las víctimas de violencia de género. A través de estas medidas, se busca crear un ambiente de trabajo más sostenible y apoyar el bienestar emocional de aquellos que están en la primera línea de asistencia (Velazquez, 2012).

En líneas generales, retomando el abordaje sobre la víctima, Nocetti (2011) propone a los profesionales intervenir teniendo en cuenta varios aspectos fundamentales. Primero deben atender siempre a la subjetividad de la persona y sus significaciones. Además, es crucial contextualizar la situación de violencia y considerar las experiencias de las mujeres que previamente han sido afectadas por la violencia y han logrado superarla, utilizando herramientas que hayan resultado efectivas. Es importante informar a las mujeres víctimas sobre todas las normas, leyes y recursos disponibles a los que pueden acceder en estas circunstancias. Los profesionales deben trabajar en los miedos, incertidumbres e inseguridades de las víctimas, ayudando a visibilizar la situación de violencia desde todos los ángulos, para que puedan tomar la decisión de retirarse de ese entorno o ámbito violento en el cual permanecían (Nocetti, 2011).

Para llevar a cabo las intervenciones mencionadas anteriormente, Etienne diseñó una estrategia para reducir y combatir las diversas formas de violencia que ocurren contra las mujeres a nivel mundial, incluyendo violencia física, sexual, psicológica, económica, laboral, doméstica, femicidio y acoso sexual. Estas estrategias se sustentan en diez principios fundamentales:

- a) acceso universal a la salud y cobertura universal de salud y equidad;
- b) derechos humanos;
- c) sensibilidad a las cuestiones de género e igualdad y a las diversidades culturales y étnicas;
- d) respuesta multisectorial;
- e) prácticas basadas en la evidencia;
- f) enfoque de la totalidad del curso de vida;
- g) respuesta integral;
- h) participación comunitaria;
- i) autonomía y empoderamiento de las sobrevivientes;
- j) involucramiento de los hombres y jóvenes varones. (Etienne, 2015, p. 10)

Esta estrategia toma los factores de riesgo y protección para prevenir la violencia contra las mujeres, enfatizando la importancia de una postura firme por parte del sistema de salud en cada región. Se destaca la necesidad de brindar atención primaria, asistencia personalizada en cada caso y, si es necesario, la derivación correspondiente para tratamiento especializado (F. Etienne, 2015).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

En el presente apartado se desarrolla la modalidad de trabajo con la cual se elabora el presente TIF, la que remite a la sistematización de experiencias. En este caso, la de la práctica efectuada en el Hospital Municipal de Urgencias, a partir de la delimitación de un eje de sistematización que implica caracterizar la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el Servicio de Salud Mental en el sector de la salud pública. Oscar Jara (2011) define a la sistematización de experiencias como

un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica y desde la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia, para extraer aprendizajes y compartirlos. (p.67)

Asimismo, este autor menciona que mediante este proceso se busca fortalecer las habilidades de cambio en los individuos dentro de la sociedad, promoviendo una transformación activa y significativa como parte de un proceso más amplio. Las personas que impulsan este proceso, generan también un aumento de credibilidad en sus capacidades para direccionar acciones transformadoras en la práctica, siempre teniendo en cuenta que mientras más experiencias se sistematizan, habrá más espacios para la reflexión, interpretación, propuestas de acción y nuevas conceptualizaciones.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Dándole continuidad a este apartado, otro aspecto relevante a determinar son los sujetos con los que se trabajó durante la experiencia de práctica. Principalmente, fue una población de mujeres mayores de edad ingresadas al HMU (Hospital Municipal de Urgencias) por requerir asistencia médica a consecuencia de haber sufrido violencia de género. Las mismas, fueron también atendidas por el Servicio de Salud Mental de dicho nosocomio, conformado por dos psicólogas y dos psiquiatras. En esta línea, se consideró relevante describir el campo de actuación del psicólogo en estos casos en relación con

los demás profesionales y trabajadores del hospital que realizan un abordaje interdisciplinario con la población de estudio.

Se tomó una serie de casos, construyendo de forma conjunta con el equipo de profesionales el criterio de selección de los mismos, considerando a los elegidos como representativos de la violencia de género ingresada al HMU, siendo esta de características extremas. A los fines del análisis del eje de sistematización de este TIF, se eligieron dos casos de mujeres, uno de los cuales resultó en femicidio:

CASO	EDAD	MOTIVO DE INGRESO
M	35	Estado crítico de salud. Traumatismo de cráneo en contexto de violencia de género.
T	52	Estado crítico de salud. Traumatismo de cráneo en contexto de violencia de género. Fallece en el HMU.

Este trabajo en conjunto permite una comprensión en profundidad de las características de la violencia de género vivenciada por las mujeres ingresadas al HMU, así como también factores protectores y de riesgo, la dinámica de los vínculos violentos y la importancia del trabajo interdisciplinario por parte de los profesionales del equipo de salud mental del hospital para su correspondiente abordaje.

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente de información principal para la realización del análisis es el registro de campo, tal como expresa el autor Restrepo (2018), las mismas están compuestas por la información recolectada en el ámbito de trabajo, como así también por las apreciaciones subjetivas de quien registra. En el siguiente, se encuentran las anotaciones centrales referidas a los dos casos seleccionados para el análisis. Tales registros dan cuenta de la participación sostenida como observadora no participante en las entrevistas clínicas efectuadas por los distintos profesionales del servicio de Salud Mental a las víctimas, agresores y familiares.

Es importante resaltar la importancia que cobra este material anotado durante la práctica al momento de realizar un análisis, ya que en palabras expuestas por Restrepo (2018), “En el diario de campo hay que ser muy detallado con las observaciones realizadas y las experiencias vividas que son de utilidad para la investigación” (p.66).

La sistematización de experiencias lleva consigo un proceso de aprendizaje, reflexión, reconstrucción y reinterpretación crítica para mejorar y transformar esa realidad, a través de un conocimiento profundo de dinámicas y relaciones de experiencias en los sujetos (Restrepo, 2018).

Es menester mencionar que, lo registrado en el diario de campo, como los datos recabados en las entrevistas a las víctimas y familiares de las mismas, se presentan sin modificación alguna y de manera detallada en el apartado de análisis de la experiencia.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para finalizar este apartado, es oportuno mencionar que las normas éticas que se tuvieron en cuenta para llevar adelante toda la práctica, así como en la elaboración de

todo el trabajo, fueron tomadas desde marcos internacionales, nacionales y locales. Entre ellos, cabe destacar la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (OMS, 2006), la Ley 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres, la Ley 25.326 (2000) de protección de datos, la Ley 26.657 (2010) de Protección de la Salud Mental, la Ley 9.283 (2006) de Violencia Familiar y el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013).

En este contexto se tuvieron los siguientes resguardos éticos:

- Se destaca que la observadora no participante en el año 2023 formó parte del equipo de Salud Mental para el abordaje de víctimas de violencia de género en el HMU. En dicho Equipo se asistió y se evaluó a aquellas personas familiares o allegados/as de la víctima que lo requerían y consentían voluntariamente.
- Es de suma relevancia dejar constancia que en el presente, prevaleció el bienestar de las pacientes por sobre todo otro interés, incluida la realización de la práctica y que el juicio profesional fue en consonancia con este valor primordial.
- La participación en las entrevistas o asistencia inmediata fue de carácter voluntario, mediante un consentimiento informado. Este fue considerado como un proceso, notificando su derecho a retirarse libremente de la intervención en cualquier momento, sin que esto implique perjuicio o menoscabo alguno.
- Se tomarán precauciones para resguardar la privacidad de las pacientes protegiendo la confidencialidad de su información personal y su acceso estará restringido a la practicante y el equipo de Salud Mental responsable y los mismos quedarán bajo su amparo.
- Se asegura que los resultados obtenidos del proceso serán de uso exclusivo para instancias académicas, impidiendo la identificación de las pacientes, inclusive en caso de publicación científica.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Desde que comencé mi carrera y durante todo el transcurso, me entusiasmaba la idea de imaginarme haciendo mis prácticas profesionales en el último año de cursado. Siempre supe que todo el esfuerzo que le dedicaba a mi carrera, iba a traer sus frutos a futuro. Hoy es ese futuro que siempre quise.

Al comenzar el año lectivo en marzo de 2023, nos presentaron la materia “Prácticas Profesionales Supervisadas”, la cual iba a ser la encargada de ofrecernos diversas prácticas en distintos contextos y además nos iban a acompañar a lo largo de todo el proceso. Pasaron dos largos meses de nervios e incertidumbres, elecciones y entrevistas hasta el comienzo de las prácticas.

Cuando me comunicaron la noticia de que había sido elegida para vivir la práctica que yo había seleccionado como primera opción, y no solo eso, sino que también mi amiga había sido seleccionada para vivenciar lo mismo, sentí una emoción y una felicidad extrema. Tenía muchas ganas de experimentar este nuevo momento y dar lo mejor de mí.

El día 4 de mayo comencé, junto a mi compañera, las Prácticas Profesionales Supervisadas en el Hospital Municipal de Urgencias. Inicié ese día con una reunión de presentación a las 9 de la mañana con los referentes del Servicio de Salud Mental, tanto los psiquiatras como las psicólogas del equipo con los que pautamos los días y los horarios en los cuales iba a asistir, como así también las actividades en las que iba a participar; las mismas eran: revista de sala, ateneos, visitas al internado y contacto con los familiares de los pacientes internados. Finalizada la reunión, comenzamos la recorrida del hospital con una de las psicólogas a cargo de nuestras prácticas. Fuimos visitando los diferentes sectores del hospital para ir familiarizándonos y al mismo tiempo la Lic. M, nuestra psicóloga a cargo, nos iba presentando con todo el personal del mismo.

Luego de ese primer día de presentación, salí muy entusiasmada y con ganas de poder experimentar y aprender lo máximo que se pudiera en cada instancia. Los días comenzaron a transcurrir y es de destacar el buen clima laboral que se vivía con el equipo de salud mental, adquirí confianza muy rápido y una conexión de como si nos hubiésemos conocido hace años, esto fue algo positivo porque me permitió despojarme de mi timidez más rápido y poder consultar toda duda que se me viniera a la mente.

Situándonos en el contexto y la realidad del Hospital Municipal de Urgencias, el mismo atiende personas que han llegado por situaciones de extrema urgencia y que permanecen internadas por el tiempo que cada caso lo requiera. Mi rol como alumna realizando las Prácticas Profesionales Supervisadas es de observadora no participante, que consiste en acompañar a la psicóloga referente durante la actividad diaria, pudiendo presenciar entrevistas con los pacientes y con las familias o referentes afectivos de cada uno, como así también participar de las reuniones en las cuales se toman las decisiones a futuro de cada caso.

Mis días en el hospital eran muy parecidos en cuanto a la dinámica, se iniciaba la mañana asistiendo a la revista de sala, espacio y momento en donde se hace un relevamiento general y en particular de los pacientes internados y se realizan las derivaciones pertinentes entre los Servicios del Hospital, con la Lic. S, nuestra otra psicóloga a cargo de las prácticas, luego nos reunimos en el consultorio con los demás integrantes del equipo de Salud Mental para planificar la jornada. Al ser dos las practicantes y dos psicólogas a cargo, para realizar la recorrida de los pacientes nos dividíamos y hacíamos duplas de trabajo que iban rotando cada 15 días. Luego de seleccionar los pacientes que teníamos que valorar, iniciamos las tareas diarias. Habitualmente se comenzaba con la siguiente rutina, primero con pacientes que están internados en el sector A (clínica médica y cirugía), luego seguíamos con el sector C (traumatología) y por último, asistíamos al shock room o terapia intensiva. También valorábamos, en primera lugar, dependiendo de la urgencia, cuando nos solicitaban interconsulta a los pacientes que iban ingresando a la guardia.

Como se mencionó anteriormente, al ser un hospital de urgencias, los pacientes no permanecen mucho tiempo hospitalizados, por lo cual el seguimiento del caso es medianamente corto y finaliza con su correspondiente alta hospitalaria o derivación a otros centros de salud dependiendo de las valoraciones que realiza el Servicio de Salud Mental. Desde el inicio de mis prácticas he intervenido en casos de intento de suicidio como así también accidentes viales,

violencia ciudadana, pacientes con consumo de drogas y alcohol y pacientes víctimas de violencia de género, que en este hospital se caracteriza por ser extrema.

A lo largo del tiempo, el Servicio de Salud fue trabajando sobre protocolos de actuación específico para el abordaje de personas con intento autolítico, comportamiento auto lesivo, sin resultado letal, en el que hay evidencia de que el sujeto tenía intención de matarse hay que aclarar que hay pacientes con dicha problemática que fallecen en el hospital. El protocolo consta de varios pasos para su abordaje, protocolo que con algunas diferencias, que luego explicaré, se aplica para los casos de violencia de género. Principalmente, el paciente ingresa por la guardia donde se completa la historia clínica con su dirección, teléfono y DNI y se toman los datos de su acompañante; como así también si posee cobertura de obra social o prepaga para agilizar la posterior derivación. Luego intervienen clínica médica o cirugía, dependiendo la necesidad del caso y es trasladado al Shock Room, UTI o Internado. Una vez realizada esta tarea se le informa al Servicio de Salud Mental de la situación. Aquí se entrevista y evalúa la situación personal del paciente y su realidad contextual, tomando en cuenta los siguientes indicadores: antecedentes de autoagresión, situaciones desencadenantes, consumo de sustancias, ideación suicida, emociones, formas de vinculación del mismos, grupo de pertenencia, presencia de alguna patología orgánica o psiquiátrica, historia familiar, como así también la letalidad del método utilizado. Toda esta información es de suma importancia para diseñar el abordaje terapéutico. Luego de dejar asentada el alta médica en la historia clínica y de haber realizado un examen psicopatológico, se procede a realizar la derivación para tratamiento a un centro de salud mental público o privado. Dentro de las 48 horas de haber transcurrido el alta hospitalaria, el Servicio de Salud Mental realiza un seguimiento para conocer el estado actual del paciente y si fue posible llevar adelante la derivación.

A continuación se expondrá un caso para visibilizar lo recientemente desarrollado y hacer visible la manera en el cual se pone en práctica dentro del Hospital.

Uno de los casos que más me llamó la atención fue el de una joven de 17 años, llamada M, que había intentado suicidarse por segunda vez luego de sufrir la muerte de su hermano más chico a causa de un infarto. Cuando la Lic. S, comenzó a indagar sobre su historia vital, M relato haber sufrido de abuso sexual por parte de su hermano mayor, bullying en la primaria y la muerte de su mejor amiga a causa de un accidente. Durante la entrevista estaba presente la mamá de M, con consentimiento de ambas, quien contó que M estaba hace tiempo con tratamiento psicológico y psiquiátrico y que el diagnóstico que le habían dado era: trastorno de

personalidad límite. En ese momento la Lic. S, comenzó su intervención explicando a M que realmente en su vida había vivenciado muchas tragedias de las cuales siempre había podido salir y que hoy esta situación de intentar quitarse la vida había sido una situación límite, la cual no debía repetirse; por eso le recomendó a ella y a su mama la opción de derivarlas con otro equipo de salud mental para probar un nuevo abordaje. Al culminar la entrevista, la Lic. S., comenzó a realizar el pedido de derivación adecuado.

Por otro lado, al ser un Hospital que recibe a pacientes con patología aguda, por ejemplo heridos en accidentes de tránsito, traumatismo de cráneo, traumatismo medular, ACV, violencia ciudadana, etc, algunas de ellas quedan con secuelas a nivel neurológico o neurocognitivas, provocando diferentes discapacidades y dificultades para reinserirse en el medio social y/o laboral.

Debido a esta característica del paciente asistido en el Hospital Municipal de Urgencias se constituyó un Comité Interdisciplinario de Abordaje para el Paciente Neurocrítico y su Familia. En este se trabaja en equipo, con las siguientes disciplinas: Servicio social, Enfermería, Salud Mental, Kinesiología y Fisioterapia, Nutrición, Neurocirugía y Clínica Médica. El Comité mencionado, brinda capacitación, contención y guía para la familia y el paciente, acompañando la búsqueda de recursos propios, familiares o institucionales para derivaciones a un centro de neuro-rehabilitación para su recuperación.

Una de las mayores problemáticas que se presentan es que en Córdoba hay poca oferta de centros públicos para el abordaje de este tipo de patologías y los centros privados que existen son inaccesibles para los pacientes debido a su alto costo económico o por carecer de una obra social o ART que pueda cubrirlo. A causa de este panorama, el Comité realiza las gestiones para que el paciente consiga su Certificado Único de Discapacidad (CUD) y así pueda acceder a la cobertura que brinda la Secretaría de Discapacidad de la Provincia de Córdoba o eventualmente, la afiliación a una obra social. Tarea que realiza principalmente el equipo de Servicio Social.

Otra de las tareas que lleva adelante el Comité en su conjunto, es la psicoeducación a los familiares de la persona que por las lesiones sufridas ha quedado con secuelas de diversa índole en donde se dan pautas para que puedan ir iniciando neurorehabilitación para no demorar el proceso de recuperación. Durante la internación del paciente, se trabaja con los familiares y el mismo paciente, explicitando que podría quedar con secuelas de por vida, razón por la cual se les denominan pacientes neurocríticos y el porqué de todo este proceso de acompañamiento

y de la importancia de neurorehabilitación temprana, además de las actividades propias de cada uno de los servicios que integran el comité. Por último pero no menos importante, luego de la externación, el hospital recibe al paciente neurocrítico para realizar seguimiento y continuar planificando de manera integral el abordaje del mismo, como así también brindando asistencia y entrenamiento multidisciplinario al paciente y su entorno, como se dijo anteriormente esto se realiza hasta que la familia logra recibir asistencia extra hospitalaria sea por el estado provincial, cobertura de obra social, art, o redes sociales y familiares que se arman a instancias de esta nueva situación.

Tal es el caso de un joven llamado A de 20 años de edad, el cual había sufrido un traumatismo de cráneo a causa de un accidente en moto, el comité comenzó a trabajar integralmente desde los distintos y en vísperas del alta hospitalaria, se citó a los padres a una entrevista en la cual estaban presentes profesionales de psicología, gastroenterología, Clínica Médica, Nutrición y Enfermería para poder explicarles cómo empezar a rehabilitar a A, a nivel físico, estimulación neurocognitiva a través de ejercicios manuales y alimentación por sonda dentro la casa, hasta que le den un lugar en algún centro de neuro-rehabilitación. Además, se les aclaró que es un paciente que estaba de alta hospitalaria pero no clínica, por lo cual era muy importante la etapa siguiente que conllevaba la rehabilitación.

Tomando también otra gran casuística como es la violencia, y en particular el tema de la Violencia de Género, se ve ingresar al Hospital un gran número de víctimas de violencia en todas sus manifestaciones; interpersonal, intrafamiliar, de género, economía, doméstica, institucional y patrimonial. A partir de las mismas, se trabaja de manera interdisciplinaria con los profesionales médicos, trabajadores sociales, enfermería, kinesiología, fonoaudiología y todo profesional que sea necesario para cada caso. Desde el equipo de salud mental se realiza la entrevista en profundidad al paciente y a la familia para indagar y conocer sobre la situación actual y con proyección a futuro familiar, social, vincular. De esta manera se logra diseñar un plan de acción acorde para cada paciente y su núcleo familiar.

Enfocando este abordaje dentro del HMU, durante el 2020 el hospital en conjunto con el Ministerio de la Mujer de la Provincia de Córdoba, establecieron un espacio denominado “Punto Mujer” para un mejor abordaje interinstitucional en casos de violencia de género. Este espacio está respaldado por un protocolo diseñado para trabajar de manera interdisciplinaria con las víctimas. Su principal objetivo es ofrecer acompañamiento, contención y orientación a

las víctimas que han experimentado situaciones de violencia, asegurando una respuesta integral y especializada (HMU, 2020).

En la dinámica de esta institución, al momento de ingreso de la víctima, se contacta a los servicios de Trabajo Social y Salud Mental para colaborar conjuntamente con el equipo médico. Este enfoque interdisciplinario enriquece la intervención y garantiza una atención de alta calidad, siempre considerando la situación particular y específica de cada paciente para abordarla de la manera más eficiente posible .

Durante el proceso de notificación (puesta en conocimiento) y la denuncia correspondiente al agresor, los servicios de Trabajo Social y Salud Mental actúan de manera conjunta, contactando con la unidad judicial y el Polo de la Mujer para asegurar una mayor protección para la víctima y sus hijos, en el caso de ser necesario.

Finalmente, al momento del alta hospitalaria, es imprescindible diseñar un plan de acción estratégico para derivar a la víctima al tratamiento que necesite o proporcionarle un lugar seguro y de contención, con el fin de evitar situaciones de revictimización que puedan ponerla en mayor peligro (HMU, 2020).

El protocolo de actuación fue elaborado por los Servicios de Salud Mental y Servicio Social, a través del cual se puede observar de forma clara y dinámica como es el trabajo que se realiza y se indican los teléfonos y direcciones a donde se realiza las consultas o puestas en conocimiento. Este protocolo ha sido realizado en formato papel tamaño A2 para que pueda quedar de forma visible en distintos sectores del HMU, con la finalidad de dar mayor visibilidad y compromiso en la tarea.

Mencionaré como ejemplo la manera en que se realizan estos abordajes interdisciplinarios: la paciente llamada D, había ingresado por un intento autolítico a causa de una intoxicación con psicofármacos. La misma quedó internada en la sala de Terapia Intensiva y luego de haber sido estabilizada por parte de los profesionales de la sala, se solicitó entrevista, asistencia y seguimiento por parte del equipo de Salud Mental. D, comentó que estaba muy angustiada porque su ex pareja le habría sacado la tenencia de su hija. También comentó que previo a la ruptura, sufrió violencia psicológica por parte del mismo a través de gritos, insultos, trato denigrante. En ese momento la Lic. S., realizó su intervención explicándole que era una crisis que implicaría poner mucho de su voluntad para fortalecer su propia persona y que para eso era necesario iniciar un tratamiento psicológico. Además le resaltó que para recuperar la

tenencia de su hija, lo más importante era estabilizarse ella. Al día siguiente, se entrevistó nuevamente a la paciente D, pero esta vez conjuntamente con el equipo de Servicio Social para confeccionar una estrategia que logre habilitar la recuperación de la tenencia de su hija. Se le aclaró que además de brindarle acompañamiento y asesoramiento en este proceso legal con SENAF, se la derivará al Hospital Neuropsiquiátrico para una valoración psicológica.

8.2 ANALISIS Y SINTESIS DE LA EXPERIENCIA

El análisis se basará en dos casos de violencia de género. Los mismos constituyeron tentativas de femicidio, uno de los cuales, constituyó un femicidio. De este último, la información fue recabada a partir de las entrevistas realizadas a los familiares de la víctima y de la sentencia condenatoria, como recurso fundamental para obtener información en mayor profundidad.

En adelante, se realizará un desarrollo estructurado en función de los tres objetivos planteados que conjugará conceptualizaciones del marco teórico y fragmentos de los casos seleccionados en respuesta a los objetivos propuestos en el presente.

Para ello, se llevará a cabo una descripción de la institución hospitalaria en la cual se llevaron adelante las prácticas. Se caracterizarán las condiciones en la cual ingresan las pacientes víctimas de violencia, como así también, las intervenciones que se realizaron tomando en cuenta la propuesta de primeros auxilios (Slaikeu, 1999). Además, en este marco, es crucial comprender los diferentes tipos de violencia, incluyendo sus características y factores que intervienen en la misma, para garantizar una atención integral y coordinada con las demás áreas del hospital a la víctima. Por último, se explicita la importancia de trabajar desde un enfoque interseccional, tomando en cuenta diversas formas de discriminación que influyen en las experiencias de violencia de las víctimas.

A. Caracterización de la violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.

Para comenzar este análisis, es necesario expresar nuevamente que el HMU es un hospital de tercer nivel de complejidad centrada en la emergencia médico quirúrgica y el trauma. En esta institución, la violencia tiende a presentarse de manera visible y concreta, así como también de forma oculta y solapada. La mayoría de las víctimas que ingresan al nosocomio sufren violencia de características extremas y llegan en condiciones de significativa vulnerabilidad.

En este sentido, se hará mención a uno de los casos seleccionados, una mujer con el nombre de M, que ingresa al Hospital a través del “Punto Mujer” radicado ahí mismo. M se encontraba en estado de inconsciencia, por lo que tuvieron que intervenirla quirúrgicamente para retirar un coágulo a nivel cerebral. Tal como dice Slaikeu (1999), en su propuesta de primeros auxilios psicológicos, es fundamental examinar las dimensiones del problema teniendo en cuenta el hecho que precipitó la crisis, el presente y futuro inmediato de la persona para asistir correctamente. De esta manera se mantuvo contacto con las profesionales del Ministerio de la Mujer y con su hijo, A, para realizar el acompañamiento psico-socio-familiar necesario durante la internación de la Sra. M.

El otro caso es el de la señora T, de nacionalidad chilena, que en su momento fue trasladada al Hospital en estado de inconsciencia por su pareja, el Sr. F., refiriendo que habían estado comiendo cuando ella se dio un golpe en la cabeza. No obstante, las lesiones no coincidían con el relato del Sr., por lo que fue necesario una entrevista en mayor profundidad para conocer más acerca de la situación. A partir de ese entonces, F manifestó que hacía dos días habrían estado en el Cerro Champaqui y que la Sra. se habría caído allí, esquinzándose también un tobillo.

El HMU es una institución hospitalaria que depende del sistema nacional de salud; con lo cual influye en sus recursos, políticas y protocolos. Tomando en cuenta lo expuesto por Zas Ros (2016), la misma expresa que hospitales de estas dimensiones requieren de una buena y estratégica organización debido a la diversidad de servicios que ofrecen. Por lo cual es de suma importancia mantener una comunicación constante y fluida entre los diversos servicios del hospital para poder brindar atención de calidad a las víctimas. Otro punto relevante aquí es el

registro completo y detallado en la historia clínica del paciente por parte de todos los servicios médicos que la asistan, dejando acentuado todos los procedimientos, estudios y medicamentos suministrados a la víctima. Además de ser un documento legal, permite el diálogo entre las diversas áreas del hospital (López, 2012).

Cabe resaltar que dentro de la población receptada en el hospital, se suelen encontrar problemáticas de consumo que atraviesan tanto a la víctima como al agresor ingresados en el mismo nosocomio. Por lo cual, es crucial que el servicio de salud a cargo, pueda realizar en profundidad un examen físico y psicológico para evaluar el nivel de riesgo al que está expuesta la víctima (Velázquez, 2012). En el caso de M, además de brindarle asistencia médica quirúrgica y debido al consumo excesivo de sustancias que la misma presentaba, se le realizó un abordaje psicológico y psiquiátrico para su recuperación.

En las entrevistas psicológicas con la víctima, se tomaron en cuenta aspectos visibles de la violencia que la misma relataba, como gritos, insultos, descalificaciones, golpes, piñas, entre otros. Como así también, elementos violentos pero que eran naturalizados por M como “normales”, como el control y dominio que P, el agresor, ejercía sobre ella en todos los ámbitos de su vida. Al mismo tiempo la aceptación y sumisión a las condiciones que el agresor imponía como reglas de la relación. Aspectos que con el correr del tiempo fueron naturalizados por M como dinámica natural del vínculo, siguiendo los aportes de Nocetti (2011).

Además, atendiendo a la gravedad de los dos casos analizados, las mismas llegan al HMU en un estado de absoluta inconsciencia, sin tener voz para poder contar lo sucedido. Es más, en el caso de T, el mismo agresor es quien la trae al Hospital y cuenta a los profesionales su versión de lo que había ocurrido.

Esto permite visibilizar la amplia diversidad de situaciones que ingresan al HMU y los múltiples niveles de complejidad, en las que se pueden observar los distintos tipos de violencias. Entre ellas, se pueden encontrar la violencia sexual, psicológica, económica y patrimonial, física y simbólica. En tanto, es de suma importancia abordar estas situaciones basándose en la Ley 26.485 (2009) establecida a nivel nacional, el marco normativo provincial, así como los protocolos de actuación diseñados para combatir la violencia contra las mujeres en sus múltiples formas y aspectos.

Según M, las palabras de P eran las siguientes: “Yo soy bisexual así que puedo estar con vos y con quien más se me dé la gana”, “En cambio, vos sos solo mía”

M expresó que P, le decía: “Putá”, “Estás loca”, “Mirá lo que sos, ya no tenés 20”. (Registro 8/06/23)

También, en estas frases de P, se puede resaltar tanto la violencia psicológica, como la visión androcentrista que tiene él con respecto a su posición como hombre, subvalorando y discriminando a M por ser mujer. Al mismo tiempo, puede pensarse que está generando temor y miedo en la víctima para dejar en claro la dominación frente a ella, tal como lo explicita Facio y Fries (2005).

A su vez en las entrevistas, M exhibe un gran monto de angustia, estallando en llanto de forma continua y expresándose a través de un discurso extenso, de modo verborrágico y con la presencia de contradicciones marcadas en cuanto al vínculo con el Sr. P y su persona. La misma expresa que P se tornó sumamente violento con ella con el correr del tiempo, narrando que tendía a golpearla en la cabeza con sus manos o determinados objetos. Relató que una vez P, habría clavado un arma blanca en la pared sobre su cabeza, en el colchón y que se lo colocó en el cuello, amenazándola de muerte. El nivel de violencia era tan elevado que en otra de las peleas, M expresó que P le había tirado el pelo y propinado numerosos golpes de puño en la parte posterior de la cabeza, ocasionando un gran dolor en M y una desorientación temporo espacial que la dejó en cama dos días. A su vez, manifiesta que le envió mensajes a él, dándole aviso del estado en el que la había dejado, sin obtener respuesta de éste.

En este sentido, agregó que tiempo atrás había estado internada en un Hospital de atención pública, porque en otra de las discusiones con P, él mismo la habría golpeado con el puño cerrado en el estómago tirándola al piso y que producto de dicha golpiza, le habría fisurado costillas. Asimismo la insultaba, humillaba y denigraba.

Esta situación anteriormente descrita puede visibilizar el nivel de gravedad de la violencia que ingresa al Hospital. Es decir, violencias extremas y los tipos de violencia planteados por la Ley 26.485 (2009), en la que M es víctima de violencia física y psicológica dentro del vínculo establecido con P. También, las características de la violencia a la cual Pueyo y Illescas (2007) describen como compleja y heterogénea; y, a la cual, hacen alusión como fenómeno multidimensional abarcando diferentes aspectos y contextos de la persona. En el caso de P, él mismo ejerce acciones violentas hacia M de manera libre e intencionada como una estrategia para lograr determinados objetivos. Igualmente, siguiendo estos autores, puede reflexionarse que la conducta de P está influida por factores biológicos, psicológicos, culturales y emocionales.

A los fines de caracterizar la violencia de género a través de los casos seleccionados se hará mención a los factores que el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner incorpora para considerar la interacción e incidencia de estos con las dinámicas relacionales de las víctimas y con su comportamiento. Asimismo, se contemplará la categoría de interseccionalidad con los distintos ejes de análisis y sus relaciones, para visibilizar el impacto en las experiencias de los casos. Si bien en términos generales, estos constituyen factores psicosociales que también comprenden al segundo objetivo del presente, se tomarán en este apartado para una caracterización más detallada.

En este contexto, atender a la complejidad de la violencia y los múltiples factores que intervienen en la misma es de suma relevancia. Por ello, a continuación se hará alusión al Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, el cual explica cómo estos factores intervienen en el individuo, las relaciones, la comunidad y la sociedad (ONU, 2006).

En el caso de M, se observa que su microsistema carece de relaciones cercanas sanas tendiendo a vínculos superficiales, inestables y frágiles, ya que su hijo A expresa un profundo desconocimiento de la relación entre ésta y su pareja P como así también, desconoce la problemática de consumo frecuente de sustancias que su madre padecía. Por otro lado, con su hija, la relación es inestable e interrumpida ya que la misma ha permanecido internada en diversas ocasiones debido a su trastorno de personalidad bipolar. Tomando en cuenta la familia extensa, expresa no tener vínculo afectivo cercano, solo relata tener amistad con una de sus vecinas.

A continuación, las frases demuestran una trayectoria de vínculos violentos en su historia de vida.

“Me llamaba por teléfono y me decía que yo era de él y que no podía ponerme en pareja con otra persona”

“Me decía todo el tiempo que no podíamos separarnos”

“No aceptaba la separación”

(Registro 12/06/23)

Su mesosistema también se ve comprometido, ya que las relaciones dentro del hogar no parecen tener una dinámica fluida. Se percibe violencia extrema por parte de P hacia M constantemente, del mismo modo que A, su hijo, expresa que el diálogo en la familia era mínimo. De este modo, la familia tenía escaso conocimiento de lo vivenciado por M, tendiendo

a neutralizar y minimizar las situaciones de violencia de las que tomaron registro a través de ella. De forma similar, si bien advertían los cambios progresivos en M respecto a su participación en la dinámica familiar, esto no suscitó ningún tipo de interrogante en relación a lo que podía estar sucediendo. A su vez, el contacto e interacción de M con otras redes sociales era exiguo, trabajando inclusive dentro del contexto familiar, lo que permite suponer que su mesosistema era limitado y de carácter superficial.

El Macrosistema en el caso de M, se encuentra caracterizado por el contexto socio político, cultural e histórico de la Región de Latinoamérica y el Caribe, de forma específica en la Argentina y en la provincia de Córdoba. Si bien esta región y este país están caracterizados por avances pioneros a nivel mundial en el plano legislativo en materia de violencia y de género, es una sociedad signada por una profunda desigualdad de género y una visión machista y patriarcal. Esto se traduce en el alto impacto en distintas áreas vitales de las mujeres, en la violencia vivenciada de forma cotidiana y el alto índice de muertes de mujeres por razones de género. En tanto M, ha constituido su subjetividad en un escenario como el referenciado, lo que permite inferir la presencia de mandatos hegemónicos de género.

Ahora bien, en el caso de T, su microsistema estaba constituido por fuertes lazos familiares y sociales en su país de origen. La misma, tuvo la oportunidad de criarse en un entorno familiar acogedor y económicamente estable, lo que le permitió acceder a una educación completa e incluso acceder a un título profesional. Además, desde su adolescencia fue militante y encabezó la lucha por los derechos humanos y la justicia. Se destaca por acciones que la misma llevaba a cabo con empoderamiento para luchar contra la desigualdad y la violencia contra las mujeres. De hecho, uno de sus hijos relata que cuando ella era adolescente en una de las detenciones por las marchas a la cual ella concurría, sufre de un abuso sexual, el cual logra denunciar.

Según sus hijos, ella era muy apasionada de la vida, de su profesión y de participar en actividades sociales. También aseguran que siempre fue una persona que establecía vínculos fuertes y de mucho amor.

Su mesosistema se ve afectado debido a la distancia física de ella con respecto a su familia de origen, ya que cuando T conoce a F en un viaje de vacaciones en el 2019, tiempo más tarde decide mudarse a Argentina con él. Por lo cual, según el relato de sus dos hijos, detallan haber perdido un poco de contacto debido a la distancia. Además los mismos percibieron como F la fue aislando socialmente.

En función al entorno y contexto social, su macrosistema se ve interpelado de manera cultural y política a lo largo de su vida, por el cuidado de los derechos humanos y por la lucha de violencia contra las mujeres. A pesar de que estos movimientos revolucionarios no eran apoyados en ese momento por el estado perteneciente a su país de nacimiento, la misma no bajó los brazos y siguió firme en su postura feminista.

En el análisis de estos dos casos, es pertinente desarrollar el concepto de interseccionalidad (Guzmán Ordaz y Jiménez, 2015), el cual propone una nueva manera de abordar la violencia de género, ya que da a entender que el género y el patriarcado no son los únicos ejes en los cuales se asienta la desigualdad entre los hombres y las mujeres. Es decir este término, plantea sumar nuevos ejes de análisis a los ya establecidos para abordar estas situaciones desde una manera más profunda y demostrando cómo las dimensiones se superponen y no son excluyentes entre sí, tendiendo a profundizar las situaciones de discriminación, desigualdad y violencia. La misma considera entre sus ejes de análisis, a la clase social, edad, raza, etnia, nacionalidad, como algunos de los factores que interactúan en las experiencias particulares de sufrir violencia en el individuo.

El HMU, no solo es una institución que recibe casos de alta complejidad, sino que también al pertenecer al sector público de la salud, recibe una diversidad de situaciones particulares. Por eso, es que el concepto de interseccionalidad es fundamental para abordar la violencia de género y en particular en esta institución para poder captar la interacción de múltiples relaciones de poder que pueden darse en una persona al mismo tiempo. Esto demarca posiciones de desigualdad y vulnerabilidad en el entramado social, siendo imprescindible al momento de diseñar una intervención profesional, atendiendo a la experiencia individual de las mujeres.

A continuación, se tomará este concepto para visualizarlo en el análisis de los casos.

Tomando en cuenta el caso de T, la misma era una mujer de otro país (por lo cual inmigrante), de alto poder adquisitivo, con ingresos económicos estables y profesional. Pero ésta permanecía en una situación de extrema vulnerabilidad, ya que estaba viviendo sola en Argentina por el vínculo que tenía con su pareja, el cual ejercía violencia sobre ella. El hecho de que T sea de otro país y que no tuviera red social, ni familiar en Argentina, constituía un factor de riesgo de alta incidencia.

En el caso de M, si bien la situación era diferente pero de extrema vulnerabilidad desde otros aspectos a considerar. En este sentido, era una mujer de escasos recursos, sin ingresos económicos estables, con un nivel educativo bajo, con consumo abusivo de sustancias, con características de su subjetividad de significativa vulnerabilidad psicológica y emocional, así como un contexto familiar extremadamente frágil e inestable. Por lo cual, en las situaciones de violencia sufridas, la misma exhibía una marcada dependencia, a su vez no tenía a quién recurrir y presentaba naturalización de la violencia, haciendo que la misma no logre hacerlo visible en ningún ámbito de su vida.

Para concluir es importante resaltar que la violencia que ingresa al Hospital se caracteriza por ser de alta gravedad, complejidad y de una gran diversidad. En este sentido, posibilita visualizar la interacción dinámica entre múltiples relaciones de poder que marcan posiciones de vulnerabilidad, de transición y resistencia a las violencias. Asimismo, permite representar el carácter o naturaleza multidimensional de la violencia en diferentes ámbitos.

B. Factores psicosociales que intervienen en víctimas de violencia de género ingresadas en el Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.

En el siguiente objetivo, se realiza una exploración tanto de los factores de riesgo que predisponen a las víctimas a situaciones violentas, como así también, los factores protectores que pueden disminuir sus efectos, ofreciendo otras alternativas para salir de la violencia. Además, se detallan los aspectos que influyen en las dinámicas violentas del vínculo para poder diseñar una estrategia integral enfocada en el completo bienestar de la víctima.

Al momento de analizar un caso de violencia de género, es importante contextualizarlo para entender cómo interactúan los diversos factores en juego. Como se nombró anteriormente, para diseñar un conjunto de estrategias efectivas, es necesario hacerlo desde un enfoque interdisciplinario.

Si se toman en cuenta los factores de riesgo, tanto estáticos como dinámicos propuestos por Lonaiz (2017), en el caso de M, los primeros se observan en una modalidad relacional de significativa dependencia en sus trayectorias vinculares históricas, vulnerabilidad psicológica, relaciones frágiles e inestables y un vínculo violento con su expareja. Asimismo,

los antecedentes en su problemática adictiva, sus recorridos laborales inestables y económicos, así como características de su subjetividad, que la tornaban vulnerable en el plano psicológico.

Ahora bien, haciendo alusión a los segundos factores, los dinámicos, se puede aludir a aspectos ya mencionados en los factores estáticos, que no obstante son pasibles de modificar en función del trabajo personal de M y dispositivos tratamientos adecuados. En este sentido, en el plano subjetivo se percibe consumo abusivo de drogas, dependencia excesiva, distorsiones cognitivas asociadas a la violencia como la naturalización, minimización y justificación de la misma, generando así un escaso o nulo registro e identificación de tales situaciones. A nivel social, M carece de apoyo familiar y social, utiliza estrategias de afrontamiento desfavorables como la negación, evitación y justificación frente a situaciones que pudieran generarle malestar o ser conflictivas.

M: “Como él hace trabajos de albañilería y hay semanas en las que no tiene trabajo, yo lo mantengo”

(Registro 15/06/23)

Así mismo, se ha observado la presencia de factores de riesgo planteados por Lonaiz (2017), que funcionan como motivadores de la acción o actitud violenta en el caso de M. Los mismos se reflejan a través del comportamiento de control y poder excesivo que ejerce P sobre la víctima y el consumo de sustancias adictivas. También existen factores desinhibidores que llevan a desatar la situación violenta, en este caso P no siente culpa por los golpes, insultos y maltratos dirigidos hacia M, ya que le recalca todo el tiempo que la relación no funciona culpa de ella y que M es quien hace todo mal. Además, P no solo ejerce violencia de manera sistemática hacia ella, sino que la misma escala cada vez más en gravedad y frecuencia. Otro gran detalle, es el aprovechamiento y uso instrumental de M por parte de P, mediante el vínculo mantenido en pos de su propio beneficio y satisfacción de sus necesidades en desmedro del bienestar de M.

Por otro lado, los factores protectores son de gran ayuda para la víctima en los momentos de violencia. En el caso de M, lamentablemente no se han podido rescatar este tipo de factores, salvo por el lazo más cercano que tiene con la hija y su vecina, quienes estaban al tanto de este vínculo violento en el que ella estaba inmersa. Ya que carece de vínculos fuertes y estables, como así también de un trabajo o actividad laboral que le genere ingresos estables y nuevas habilidades tanto sociales como personales. Tomando los aportes de Lonaiz (2017), en

este caso es de gran importancia registrar estos factores para poder diseñar un tratamiento específico con adecuadas intervenciones.

M: “Me dejé de juntar con mi familia porque P me decía que nosotros nos peleábamos culpa de ellos” “Por eso dejé de ir a las juntadas familiares”

M: “Las únicas personas con las que hablaba de mi relación con P, eran mi vecina y mi hija”

(Registro 15/06/23)

Teniendo en cuenta estos factores, se puede analizar el riesgo que corre la víctima de que todos estos episodios vuelvan a ocurrir. Por eso, en estas instancias es de suma utilidad tomar en cuenta alguna de las técnicas planteadas por Hart (2001, como se citó en Pueyo 2007). En el caso de M, considerando los factores de riesgo que la misma posee, se aconseja realizar una valoración por medio de juicio clínico estructurado, expuesto por el autor anteriormente citado, la cual correlaciona las características del caso, el contexto y las oportunidades que la víctima puede tener para salir de la violencia. Esta técnica se basa en una guía de valoración, que indica los aspectos a los cuales debe prestar atención para evitar errores en el proceso. Al finalizar dicha valoración, el equipo de profesionales a cargo, tomarán la decisión específica y adecuada que consideren para el caso.

Esta estrategia posee una serie de pasos descriptos por Lonaiz (2017), los cuales serán puestos en relación e interacción para abordar el caso de M. Como primer punto, se recopiló toda la información necesaria a través de las entrevistas que se tuvieron con ella y su familia. Seguido esto se detectaron los factores de riesgo de la misma y su relevancia. Toda esta primera instancia forma parte de la evaluación del caso. Luego, se evalúan los posibles escenarios o situaciones que pudieran darse para diseñar una estrategia en términos específicos y gestionar el riesgo de la víctima.

Al profundizar en la dinámica del vínculo que M tenía con P, la misma relata que desde el comienzo de la relación, él ejercía violencia contra ella por lo cual M terminó naturalizando estas situaciones como parte del vínculo, tal como expresa la autora Nocetti (2011) sobre la naturalización de aspectos violentos en un vínculo de pareja. De modo tal, esta seguidilla de actos violentos desencadenó en M recuerdos invasivos y concurrentes, estado de alerta permanente, temblores, miedo excesivo; los cuales fueron visibles cuando ella ingresó al HMU. Estos síntomas y otros relatados anteriormente, pueden relacionarse con un trastorno de estrés postraumático en la víctima (Labrador et al., 2010).

Por otro lado, a lo largo de las entrevistas con M, la misma dio a conocer la dinámica del vínculo violento en profundidad. Si se toma como base el ciclo de la agresión planteado por Walker (2000, como se citó en Boira, 2010), el mismo describe una primera fase en donde se acumula mucha tensión. M, refiere que las situaciones de tensión vividas eran constantes y estaban mediadas por el consumo de sustancias de ambos. Además debido a los celos que él le manifestaba de forma excesiva, se desataban numerosas discusiones que los llevaron a separarse en varias ocasiones y en las cuales P culpabilizaba a M de lo sucedido. Por lo que el clima de tensión hacía que la irrupción de violencia pudiera darse en cualquier momento.

Seguido por la fase de agresión en donde M relata como P, el agresor, ejercía violencia de manera sistemática y crónica que fue escalando en la gravedad y frecuencia de los episodios. A modo de ejemplo, M relató que alquiló una casa en las sierras unos meses para ver si la relación funcionaba y remarcó que fue peor, ya que P se tornó sumamente violento con ella, narrando que tendía a golpearla en la cabeza y arrojarle objetos. Y la última fase que describe el autor es la de arrepentimiento, la cual no está presente en el caso de P hacia M, ya que la violencia es de manera continua hacia ella y abarca desde violencia psicológica, económica y física a grandes escalas. En este relato de M, se puede visualizar claramente cómo el vínculo no solo escalaba a mayores niveles de violencia sino que también intercalaba solo entre las fases de tensión y violencia, haciéndolo más grave aún.

M: “Me tiraba el pelo todo el tiempo”

“Me celaba con cualquier vecino o familiar”

“Me pegaba patadas todo el tiempo en las piernas y me pegaba en los brazos”

“Una mañana me tiró con una llave en la cabeza y me cortó la frente, por eso tengo esta cicatriz en el medio de la cara”

(Registro 12/06/23)

Descripto esto, se advierte una dinámica cíclica de la violencia con la supresión progresiva de la fase de arrepentimiento, infiriendo por parte de P el aprovechamiento y el uso instrumental de la Sra. M, mediante el vínculo mantenido en pos de su propio beneficio y satisfacción de sus necesidades. De esta manera, M queda atrapada en un vínculo violento, que como expresa Boira (2010), la base de una relación violenta está sustentada por el dominio y el control del agresor sobre la víctima. Tal es el caso de P al momento de manipular a M, consolidando una diferenciación asimétrica de poder entre ambos.

Se puede suponer que P, es compatible con el perfil de manipulador borderline, planteado por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994, como se citó en Amor et al., 2009), ya que presenta rasgos de elevada impulsividad, como así también violencia psicológica y física en diversas situaciones relatadas anteriormente

En adelante, se realizará un desarrollo similar al anterior pero tomando el caso de T. En cuanto a los factores de riesgo de la misma y su alrededor, se pueden mencionar los siguientes: vivir en otro país sin sus redes familiares y sociales habituales y aislamiento social por su vínculo con F. Según sus hijos no solo dejó de hacer planes sociales, sino que de pronto comenzó a escalar montañas y hacer campings, los cuales no eran de su agrado. Además, mencionaron que a partir del vínculo con F, ella hizo grandes cambios en su forma de ser, gustos y elecciones. Por lo cual, se infiere que estos cambios están relacionados con el vínculo que la misma tenía con el agresor.

Otro factor de riesgo que se supone que fue motivador en el vínculo, es que al T contar con un buen ingreso económico en relación a F, el mismo ejercía violencia económica hacia ella, intentando sacar el mayor provecho posible a través de pedirle que le comprara herramientas de trabajo o maquinarias para su taller. Como así también, persuadiendo a T para comprar una camioneta que no era de su agrado y colocándola a nombre de él.

Las características subjetivas de T, en presencia de mayores recursos personales, sociales y simbólicos, así como su posicionamiento ideológico político y la trayectoria en la militancia, pueden considerar un factor de riesgo. Esto en la medida que, en la dinámica de un vínculo violento, las conductas de las mujeres tendientes a desafiar el poder y control de su pareja, así como aquellas dirigidas a protegerse y pedir ayuda, las exponen a situaciones de mayor riesgo de violencia.

Por otro lado, se encuentran los factores protectores que T tenía para afrontar estas situaciones violentas. Ya sea desde una gran red familiar, estudios profesionales e ingresos económicos estables, pero por la relación con F, los factores de riesgo y el alto grado de vulnerabilidad de ella en Argentina fueron ganando terreno e hicieron que estos factores de riesgo cobrarán mayor incidencia. Esto puede verse en los dichos de los hijos durante la entrevista familiar.

Hijos: “A ella le encantaba salir, tomar algún trago, acá era mucho más tranquilo”

“En nuestro país, mi mamá tenía mucha vida social, tenía amigas y salía todos los fin de semanas. Acá no tenía amigas, las únicas veces que salía era a cortarse el pelo o para juntarse con la familia de F”

“Mi mamá amaba la ciudad y de repente en Argentina pasó a vivir casi en el campo”.
(Registro 14/05/23)

Tomando información de la sentencia judicial, F tuvo denuncias previas por acoso a sus alumnas de un colegio en el cual trabajaba, se puede inferir que este sujeto es de poseer un atributo o capacidad psicológica de ser violento, tal como lo expresa Pueyo (1997, como se citó en Pueyo, 2007). En este sentido, según la clasificación de perfiles de agresores descritos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994, como se citó en Amor et al., 2009), se puede relacionar a F con el grupo de maltratadores violentos en general/antisociales (instrumentales). Tras las declaraciones de F, se puede ver cómo el mismo presenta rasgos narcisistas y psicopáticos que se ejemplifican a continuación. Además, se puede visibilizar el modo de operar de F el día del episodio violento, ya que su estrategia fue llevarla por sus propios medios al Hospital, llorando de manera desconsolada, mostrándose afectado emocionalmente, mintiendo y manipulando la situación a la hora de relatarla tanto a los médicos como a la familia de T. Sin implicancia subjetiva respecto de los hechos acontecidos y con tendencia a la victimización.

En el momento de entrevistar a F en el Hospital, el mismo muestra una actitud evasiva respecto de las preguntas relacionadas a las características de la dinámica vincular, desarrollando comportamientos y actitudes que responderían a una conducta especulativa. Narra de manera escueta la historia de la relación, presumiendo intentos por parte del entrevistado de omitir información que pudiera perjudicarlo y brindar una imagen positiva de sí mismo.

Como se puede apreciar en los dichos de F a continuación, el mismo se mostraba como un “hombre de bien”, no violento, correcto y trabajador, por lo cual se infiere que de este modo logró engañar a su entorno.

F: “Todos los que me conocen, familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, ex pareja, vecinos, etc., dicen con claridad que no soy una persona violenta”.

“Quiero dejar en claro que, si bien hemos tenido con T discusiones y peleas, siempre nos reconciliábamos porque existía entre los dos un verdadero amor”.

“Evidentemente tiene una obsesión conmigo”.

“Nunca di un golpe de puño a nadie, jamás intervine en una pelea con agresiones físicas, y con M lo único que hacía, cuando ella se ponía nerviosa y me quería agredir, era atajarla o tomarla de los brazos, pero jamás la golpeé”

(Registro 13/05/23)

A partir de esta información obtenida a través de las entrevistas familiares, con F y los datos de la sentencia es que se posibilita inferir más en profundidad la dinámica del vínculo establecido entre T y el agresor. Este vínculo puede analizarse desde la teoría de persuasión cognitiva (Boulette y Andersen, 1985, como se citó en Boira, 2010), ya que se hacen visibles numerosos momentos de manipulación por parte de F hacia T. Desde que ella decidió mudarse a Argentina, sus hijos relataron el cambio rotundo que la misma hizo en su rutina del día a día. Antes, le encantaba salir y hacer programas todo el tiempo pero desde que comenzó a vivir con F, sus días eran muy monótonos dentro de su casa y sus actividades diarias eran trabajar en el patio y decorar la vivienda. Además, sus hijos mencionan en la entrevista que T era una mujer coqueta y le encantaba estar arreglada. Pero que cuando vinieron a visitarla a Argentina, se encontraron con una antítesis de todo lo su madre era, la misma se encontraba desarreglada, con ropa sucia y cumpliendo únicamente con el rol de ama de casa, dato que les llamó la atención pero que en su momento dejaron pasar. También mencionan que durante el tiempo que su madre permaneció en Argentina, F no le presentó amigos ni amigas, solamente le presentó a su familia.

Con los datos mencionados anteriormente, se puede inferir cómo F intentaba resguardar la relación con T en todos los aspectos, así como también exigirle una absoluta privacidad de la misma. El mismo, logró tener un control total de la víctima ya que la aisló socialmente y de las actividades de la vida cotidiana. A su vez, la manipulaba con gestos de amor luego de discusiones o peleas. Según sus hijos, T, tenía una personalidad muy fuerte ya que era una mujer segura de sí misma y con sus objetivos de vida muy claros. Pero desde su vínculo con F, ellos relatan que la vida de su madre había quedado en las manos de F. Él digitaba todo y daba órdenes dentro de la casa. A continuación, se mostrarán frases extraídas de la sentencia:

“Cuando mi mamá vino a visitarme a nuestro país, andaba vestida hasta el cuello y en mangas largas”

“Era raro que en verano ande toda tapada ya que siempre usaba escote y vestido”

“Mi mamá compró una camioneta solo porque F se había encaprichado con ella”

“Al tiempo me enteré por una amiga de mi mamá que F no permitía que ella disponga de su dinero sino que él se lo administraba”

“Él le quito a mi mamá todo poder económico”

(Registro 16/05/23)

Este análisis permite una identificación más detallada de F, para poder realizar una investigación de manera exhaustiva del caso, sin dejar ningún detalle de lado.

C. Rol del psicólogo hospitalario desde un enfoque interdisciplinario en el trabajo con víctimas de violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023.

Del siguiente objetivo, es importante destacar que, se explicitara la importancia del rol del psicólogo y el esencial papel que cumple el trabajo en red con diversos profesionales, al momento de abordar las víctimas. Así mismo, este trabajo funciona como facilitador del proceso crítico que debe transitar la mujer para salir de la violencia.

Para un abordaje psicológico tanto en M como en T, víctimas de violencia de género, es necesario detallar las principales tareas que debe ejercer el profesional al momento de trabajar con la víctima. En palabras de Zas Ros (2016), la misma expresa que como primer paso se debe valorar las condiciones intelectuales, de personalidad, intereses y habilidades de la paciente para conocer sus capacidades y limitaciones.

Al momento de la entrevista con M, se infieren características de inmadurez psicoafectiva, pasividad, baja autoestima y dependencia excesiva. Lo cual se visualizan en sus trayectorias vinculares y su personalidad adictiva, tendiendo a una modalidad relacional de significativa dependencia. Se aduce en el grupo familiar de M la presencia de vínculos frágiles e inestables, como así también se ha observado que las relaciones fueron deteriorándose con el tiempo por el accionar de M y el aislamiento progresivo, aun encontrándose todos en el mismo terreno y a escasa distancia entre sí.

En estos momentos es de suma importancia la “mirada tridimensional” planteada por Zas Ros (2016), ya que al momento de entrevistar, diagnosticar y planear diversas intervenciones para los dos casos descritos, es necesario no solo tener una visión clínica, sino también social y contextual de la víctima y su familia; sin dejar de lado, lo que Velázquez (2012) propone como la mirada institucional que permite trabajar en equipo con profesionales de otras áreas del hospital, generando mayor eficiencia en el trabajo con víctimas de violencia de género.

En el caso de T, a través del psicólogo, quien realiza una entrevista clínica en profundidad al agresor y analizando el discurso del mismo, es que se pueden ver las contradicciones en el relato de F. En este momento, es que se le pide a la justicia investigar el caso para que no sea interpretado sólo como una muerte en el marco de un accidente doméstico. Además, gracias a las conexiones establecidas y el trabajo en red por parte de Clínica Médica y Salud Mental, es que se lograron identificar en T los síntomas específicos de violencia, planteados por Velázquez (2012). Y al momento de realizar la junta médica del Hospital, uno de los Drs. que estaba llevando el caso, explicó que las lesiones no eran de carácter accidental ya que la víctima tenía golpes en distintos planos de su cuerpo.

El trabajo en víctimas de violencia de género es un trabajo muy específico, que no solo requiere de amplia variedad de disciplinas a cargo, sino que también implica un gran conocimiento del tema para que los profesionales puedan asegurar un abordaje de alta calidad (Velázquez, 2012). El trabajo de investigación en el caso de T fue de larga duración, debido a la falta de información que en su momento se tenía. En una primera instancia, solo se tenía el discurso de su pareja, quien resultó ser el agresor. Luego, cuando la víctima falleció al día siguiente de haber ingresado al Hospital, su familia de origen llegó a la Argentina y el equipo de Salud Mental conjuntamente con Servicio Social entrevistaron a los hijos de la víctima.

En la entrevista, los hijos refieren desconocer la existencia de situaciones de violencia. No obstante, advierten cambios en la forma de vida de T, dado que a ella le gustaba mucho la ciudad, bailar y cantar, asimismo, que aborrecía hacer trekking. Pero desde que conformó pareja con F, afirman que llevaban una vida más naturalista, en la que hacían caminatas y senderismo de forma frecuente. Señalan que T era de carácter fuerte y que en el último tiempo desde su relación con F, la observaban más sumisa.

Y, tal como expresa Nocetti (2011), en estos casos es crucial atender a la subjetividad de la misma para contextualizar correctamente la situación de violencia y puntualizar el trabajo terapéutico en los traumas más fuertes que deja este tipo de violencia.

Este ámbito de trabajo es extremadamente desafiante ya que trae aparejado múltiples complejidades. Como es el caso de M, la cual no solo ha sufrido violencia extrema sino que también carecía de recursos económicos para su rehabilitación. Por lo cual para su recuperación, además de recibir asistencia médica, el equipo de Salud Mental ha trabajado en forma conjunta con Servicio Social para gestionarle una obra social, un certificado de discapacidad y poder derivarla a un centro de rehabilitación. En el caso de T, gracias a la puesta en conocimiento por

parte del HMU es que el caso fue investigado como femicidio y el agresor fue detenido. Siguiendo los aportes de Velázquez (2012) sobre el trabajo en red y en este caso en particular, se requirieron de múltiples gestiones, tareas y una serie de reuniones por parte de los equipos profesionales para reflexionar ambos casos y armar las estrategias de intervención específicas y adecuadas.

En el primer caso propuesto, el de la Sra. M, durante la internación se realizaron entrevistas con el grupo familiar, así como una visita domiciliaria para conocer las condiciones habitacionales en las que vivía M. A su vez, se articuló con el Área de Violencias Extremas de la Subsecretaría de Violencia, para evaluar la derivación al momento del alta hospitalaria debido al estado delicado de salud psíquica y física que la misma presentaba. Del mismo modo, se le gestionó el certificado de discapacidad y la afiliación a APROSS para su rehabilitación articulando con dicho equipo para la gestión de personas que se ocuparían del cuidado de la Sra., mientras se lograba la internación en el INER, servicio de Neurorehabilitación perteneciente a una institución de Salud Mental.

En el caso de la Sra. T, había empeorado la situación de su salud por lo que estuvo en estado de coma inducido por traumatismo de cráneo grave. El equipo de guardia médica, se comunicó con el equipo de Salud Mental para poder contactar a la familia y dar aviso de la situación. Además, horas más tarde se informa que el agresor había sido detenido debido a las inconsistencias en el relato.

Por otro lado, un aspecto crucial de este análisis, es lo que Sagot et al., (2000) enuncian como el proceso de la ruta crítica que transita la víctima para salir de la violencia. Es de suma importancia, que los profesionales que trabajan con la problemática tengan conocimiento de este proceso y los factores intervinientes, en la medida que es el momento en el que la víctima comienza a solicitar ayuda en contextos institucionales.

En este sentido, analizando este concepto en los casos seleccionados se puede visualizar que en M el proceso inicia a partir de un episodio de violencia vivido con P, siendo éste el factor externo a través del cual la misma ingresa de manera inconsciente al “Punto Mujer” del Hospital. Este es conceptualizado como un factor precipitante que actuó como impulso para dar término a la relación violenta de forma externa e involuntaria por parte de la mujer, debido al estado grave de salud que requirió atención con urgencia.

Por otro lado, siguiendo a autores como Sagot et al., (2000), hay ciertos factores inhibidores, tanto internos como externos, que pueden afectar este proceso; que, en el decir de Echeburúa et al. (2002), también pueden enunciarse con el nombre de distorsiones cognitivas en la víctima durante la relación. Estos conceptos, fueron observados desde el equipo de Salud Mental en M, quien ha expresado tener miedo en diversas peleas, echarse la culpa por el mal funcionamiento de la relación y justificar el maltrato de P hacia ella.

“Él me decía todo el tiempo que ya no me quería porque yo hacía todo mal”

“Creo que la relación no funciona porque yo no soy suficiente para él”

“En las peleas que teníamos, me pegaba patadas en la piernas tan fuertes que me dejaba moretones pero yo no podía hacer nada para frenarlo”

“Se enojaba mucho conmigo”

“Yo siempre le pedía perdón para que él no se vaya de casa”

“Siento que no puedo estar sin él”

(Registro 12/06/23)

A su vez, externamente, se observa en M una falta de contención y acompañamiento que la ayude a reconocer la violencia. La misma, siguiendo los aportes de varios de los autores expuestos como Echeburúa et al., (2002) y Sagot et al., (2000), puede analizarse que no logra abandonar el discurso atravesado por ideales del modelo de amor romántico, patrones estereotipados de género y de la concepción de la mujer en los vínculos desde una perspectiva patriarcal; lo que termina perjudicándola para liberarse de esa relación violenta.

M: “Al final no es tan mala persona”

“Yo lo amo, no puedo vivir sin él”

(Registro 13/06/23)

Este modelo androcentrista donde el hombre es el centro de atención y es quien controla y dirige todo (Facio y Fries, 2005), se lo ha observado en el caso de M. Aquí, el agresor P es quien lleva adelante el vínculo, estableciendo sus propias condiciones e imponiéndose como figura de máxima autoridad, siguiendo a Facio y Fries (2005).

M: “Él me celaba con todo el mundo, hasta con mi familia”

M: “Cuando él salía, yo esperaba que él me avisara para buscarlo y llevarlo a su casa”

M: “Siempre lo llevaba donde él quería y a la hora que me dijera”

(Registro 13/06/23)

Anteriormente se hace mención a la violencia como una situación de extrema complejidad, que lleva a la necesidad de un abordaje interdisciplinario. Por eso en el HMU, al momento de asistir a M, el proceso se llevó adelante en equipo con médicos, Servicio de Salud Mental y Servicio Social. Ya que la misma había ingresado muy golpeada, con agitación psicomotriz, angustiada y llorando en forma desconsolada por lo que fue necesario principalmente estabilizarla clínicamente, para luego entrevistarla.

Tras una serie de entrevistas en profundidad con el equipo de profesionales a cargo, M logró relatar todos los episodios violentos sufridos a lo largo de la relación con P, como así también tomar conciencia de la dinámica violenta que tenían. Se le explicó que, tras la puesta en conocimiento y la denuncia correspondiente contra P, la cual es obligatoria por ser un hecho de Violencia de Género, se contactaría al Polo Integral de la Mujer para diseñar un plan de acción que le proporcionará tranquilidad y mayor protección.

En el caso de T, la misma nunca tuvo la oportunidad de iniciar el proceso de la ruta crítica por múltiples causas. Como primer punto, autores como Sagot et al., (2000) destacan la importancia de estar acompañada por una red familiar y social, como un factor externo que ayuda e impulsa a la víctima a salir de la situación de violencia en la cual está inmersa. T al ser inmigrante hacía 3 años, no contaba con contención social ni familiar en Argentina. Solo convivía con su pareja y se relacionaba con la familia del mismo. En las entrevistas del equipo de Salud Mental realizada a los hijos de la víctima, los mismos expresan que el tiempo que permaneció con él, ella solo trabajaba en el jardín de la casa o adornando la misma y no había entablado relación nueva con nadie. Los hijos refirieron ese aspecto como algo muy extraño ya que a T le encantaba salir, pasear, vincularse con gente nueva y al parecer, su vida en Argentina era de forma contraria. Además, otro factor que se puede deducir que actuó como inhibidor en T, era el miedo que la misma le tenía a F. Dato que pudo ser registrado en la entrevista con los hijos de T, tras una situación relatada en la que los mismos quedaron shockeados al ver a su madre paralizada del miedo luego de haber discutido con F.

Por último, los pedidos de ayuda de T son escasos y de manera informal, ya que en el momento en que ella logra visibilizar múltiples situaciones de violencia y manipulación por parte de F, es que decide contarle a su amiga de toda la vida que en el plazo de una semana iba a volver a su país, ya que había decidido finalizar la relación con F.

Unos días después de comunicarle a su amiga la decisión de volver a su país, es que ocurre este episodio violento con su pareja, la cual la deja en estado inconsciente y de extrema gravedad que termina ocasionando su muerte.

9. CONSIDERACIONES FINALES

En el siguiente TIF se abordó el eje de *El análisis de la violencia de género en una población de víctimas asistidas por el equipo de psicólogos pertenecientes al Servicio de Salud Mental dentro de una institución hospitalaria destinada a la urgencia médico quirúrgica en el ámbito de la salud pública*, para poder analizar los siguientes objetivos: caracterizar la problemática de violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023, identificar los factores psicosociales que intervienen en víctimas de violencia de género ingresadas en el Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023 y definir el campo de actuación del psicólogo hospitalario en el trabajo con víctimas de violencia de género dentro del Hospital Municipal de Urgencias en la Ciudad de Córdoba en el año 2023. Los cuales se desarrollaron mediante un análisis teórico práctico a partir del trabajo con 2 casos de violencia de género dentro del HMU.

Para el análisis de los datos y la completa realización de este trabajo, se construyó y aportó un enfoque teórico basado en la perspectiva de género, seleccionando autores relevantes en la materia.

Se resalta que el presente trabajo, se centró en la importancia de analizar y caracterizar la violencia de género en el ámbito hospitalario en contexto de alta complejidad, para reconocer, identificar y valorar los múltiples factores de riesgo que inciden en la víctima y dar conocimiento de cada situación. Como así también resaltar la preeminencia del trabajo en equipos de manera interdisciplinaria como modo de receptar la violencia de manera integral y conjunta, siendo el ámbito de salud un punto de entrada para los casos de violencia de género.

Como se ha visto, la violencia es un fenómeno multicausal que trae aparejado numerosas complejidades, sobre todo dentro de una institución hospitalaria que aborda casos de violencias extremas. Por eso mismo, se hace hincapié en la formación y capacitación constante por parte de los profesionales para analizar y detectar cada dimensión de la violencia.

Es de suma importancia resaltar el rol fundamental que cumple el HMU, al momento de abordar las violencias extremas que llegan a la institución. Ya que, no solo intentan estabilizar clínicamente a la víctima, sino que también realizan un abordaje interdisciplinario, en el que se pone a disposición el Servicio de Salud Mental, Servicio Social y todo profesional que se necesite para escuchar, acompañar, guiar y realizar una intervención integral a la víctima. En mi paso por el Hospital, pude notar que las víctimas que ingresan, lo hacen en condiciones extremadamente vulnerables, incluso en muchas ocasiones sin voz para poder contar lo sucedido, por lo cual buscan como primer punto, asistencia inmediata para poder estabilizar su

estado de salud en el que generalmente pelagra la vida, así como salir de las situaciones de violencia que están viviendo. Esto generalmente, según pude advertir conlleva diversas consecuencias en múltiples planos de sus vidas, signadas por un agotamiento mental, físico y emocional extremo. En estas circunstancias es donde la institución prioriza a la víctima de manera integral o poniendo el foco en ella y en sus experiencias, así como de instrumentar las acciones necesarias para dar conocimiento a la justicia y resguardar su vida.

Por ello, con respecto al enfoque interdisciplinario planteado en este trabajo, es importante que desde los equipos profesionales se apropien de una mirada interseccional al momento de trabajar con una mujer en situación de violencia. En tanto, permitirá contemplar no solo su persona, sino sus relaciones interpersonales, su contexto social, cultural, institucional y global, pudiendo considerarla desde la integralidad y desde las múltiples relaciones sociales que en su experiencia se intersectan. Esto es fundamental desde una comunicación efectiva, una comprensión empática y un buen rapport terapéutico que lleve a un adecuado diseño del plan de acciones tendientes a la transformación de su situación.

En nosotras, las mujeres, muchas veces se vivencia la desigualdad de género, experimentando discriminación y violencia en diversos aspectos de la vida cotidiana que necesitan ser trabajados y erradicados de raíz para lograr una transformación de la sociedad como más igualitaria, inclusiva y libre de violencia

En conclusión, luego de lograr un gran aprendizaje y crecimiento durante las prácticas realizadas en el HMU, en el análisis teórico-práctico del tif, como así también en el ámbito personal, me gustaría finalizar este apartado con la siguiente oración:

“Elevar nuestra voz, sentirnos reconocidas porque no somos una minoría, sino una mayoría que forma parte de la diversidad”

10. BIBLIOGRAFÍA

- Amor, P. J., Echeburúa, E., & Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.1667-4154.
- Andrés Pueyo, A., & Redondo Illescas, S. (2007). Predicción de la violencia: Entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia [Dangerousness and violence risk assessment]. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173
- Boira Sarto, S. (2010). *Hombres maltratadores: Historias de violencia masculina*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 18 de diciembre de 1979. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. (2024, 31 de mayo). 250 víctimas directas de femicidio en 2023 y casi 2.500 en una década. <https://www.csjn.gov.ar/novedades/detalle/8323>
- Desviat, M. (2016). *La acción terapéutica de lo singular a lo colectivo* (Notas para otra salud mental). En O. A. Bravo (ed.), *Pensar la salud mental aspectos clínicos, epistemológicos, culturales y políticos*.
- Echeburúa, E., & Corral, P. de. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., & de Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes [Long term stay of battered women with the aggressor: Relevant variables]. *Acción Psicológica*, 2(135-150).
- Echeburúa, E., Amor, P. J., & de Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 27-36.

- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P., & Amor, P. J. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2(2), 135-150.
- Facio, A., & Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Academia. Revista sobre Enseñanza del Derecho de Buenos Aires*, 3(6), 259-294.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). Código de ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. Recuperado de <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA) (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2023). *Qué decimos cuando hablamos de violencia contra las niñas, niños y adolescentes: Derechos, definiciones, datos y sitios de interés* (Primera edición). <https://www.unicef.org/argentina/media/18461/file/Qué%20decimos%20cuando%20hablamos%20de%20violencia%20contra%20las%20niñas,%20niños%20y%20adolescentes..pdf>
- Gobierno de la Nación Argentina. (2023). Sistema integrado de casos de violencia por motivos de género: Informe estadístico 2023. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación.
- Guzmán Ordaz, R., & Jiménez Rodrigo, M. L. (2015). La interseccionalidad como instrumento analítico de interpelación en la violencia de género (Intersectionality, a methodological tool for analysing and addressing gender-based violence). *Oñati Socio-legal Series*, 5(2). Violencia de género: intersecciones. ISSN: 2079-5971.
- Jara Holliday, O. (2011) *Orientaciones teórico prácticas para la sistematización de experiencias*. Biblioteca electrónica sobre sistematización de experiencias.
- Labrador Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M. R., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, vol(22), pp. 99-105.
- Lagache, D. Ficha de cátedra en base al texto de “*Psicología clínica y método clínico*”

- Lamas, M., (1986). La antropología feminista y la categoría "género". *Nueva Antropología* , VIII (30), 173-198
- Ley 26.657. (2010, 25 de noviembre). Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Boletín Nacional N.º 320.
- Loinaz, I. (2017). *Manual de evaluación del riesgo de violencia: Metodología y ámbitos de aplicación*. Ediciones Pirámide. <https://www.edicionespiramide.es>
- López Fuentetaja, A. M., & Iriondo Villaverde, O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Psychological Intervention in the Hospital Setting*. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España; CSMIJ L'Hospitalet de Llobregat – Fund. Orienta, España.
- López, G.A. (2012). *Ética e Historia clínica*. *Ética y Cine Journal*, 2(3), 21-26
- Ministerio de Justicia de la Nación. (2009). Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales, Ley 26.485. Boletín Oficial, 1 de abril de 2009.
- Naciones Unidas Mujer [ONU MUJERES] (2014). *Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio)*.
- Naciones Unidas. (1995). *Resoluciones aprobadas por la conferencia: Resolución 1, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. En *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (Capítulo I, pp. 1-3). Naciones Unidas. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- Nocetti, M. R. (2011). *Violencia hacia las mujeres: Entre la visibilización y la invisibilización*. En A. D. Morcillo, *Derechos Humanos, Género y Violencias* (1a ed.). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Organización de los Estados Americanos [OEA] y Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará [MESECVI]. (2008). *Declaración sobre el femicidio*.

Organización de los Estados Americanos [OEA], y Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará [MESECVI]. (2018). *Ley modelo interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la muerte violenta de mujeres (Femicidio/Feminicidio)*.

Organización de los Estados Americanos. (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará". <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48.^a ed., con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de diciembre de 2014). Organización Mundial de la Salud. ISBN 978 92 4 365048 7.

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Estrategia y plan de acción sobre el fortalecimiento del sistema de salud para abordar la violencia contra la mujer: 54.º Consejo Directivo, 67.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Protesoni, A.L. (2018). *La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud*. En A. Muniz (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp.11-18). Montevideo: Universidad de la República Uruguay.

Restrepo, E. (2018). *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas* (1.a ed.). Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Ros, B. Z. (2016). *Experiencias en Psicología Hospitalaria*. América Latina: ALFEPSI.

Sagot, M., Carcedo, A., & Guido, L. (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina (estudios de caso de diez países). Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Salomone, G. Z. (2008). Variables jurídicas en la práctica psicológica. Las problemáticas éticas del diálogo disciplinar. En Y. Di Nella, (Comp.), *Psicología Forense y Derechos Humanos. Vol. 1: la práctica profesional psicojurídica ante el nuevo paradigma jus-humanista*. Buenos Aires: Koyatun Editorial.

Sistema Argentino de Información Jurídica. (2006). Ley 9.283 de *Violencia Familiar*, Córdoba, 1 de marzo de 2006. Boletín Oficial, 13 de marzo de 2006. Enciclopedia: Integridad y Transparencia.

Slaikeu, k. (1999). *Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación*. México: Manual Moderno. Capítulo 6.

Trimboli, A. (2019). Inclusión sociosanitaria, clínica y derechos humanos en salud mental y adicciones. En A. Trimboli (dir) *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos* (pp. 23-32). Noveduc.

Ulloa, F. “El Método Clínico. Las herramientas clínicas”. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en “El método clínico en psicología” [Ulloa, F: Ficha de Cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970] y algunas puntualizaciones extraídas de su libro *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. [Bs. As. Paidós. 1995]. Resumen de Dossier de Cátedra Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. 200

Velázquez, S. (2012). *Violencias y familias* (1a ed.). Paidós.

11. ANEXOS

11.1 PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO



11.2 FICHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

VIOLENCIA DE GÉNERO

Fecha: _____

Historia Clínica: _____

Nombre y apellido: _____ Edad: ____ Género: _____

DNI: _____

Motivo de ingreso: _____ Horario de ingreso: _____

Dirección _____ Barrio: _____

Grupo familiar: _____ Ocupación: _____

Obra social: _____ Educación: _____

Medio por el que ingresa: _____

REFERENTE:

Nombre y Apellido: _____ Vinculo:

Teléfono: _____

AGRESOR:

Nombre y Apellido: _____ Vinculo:

DNI: _____

Teléfono _____

Antecedentes de violencia: _____

—

Antecedentes de trat. Psicológico o psiquiátrico: Si _____ No _____

Derivación:

OBITO: _____

Descripción entrevista: _____

—

—

—

—

—

—

__ Entrevistadora/s