Universidad Nacional de Entre Ríos

Facultad de Trabajo Social

Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia

Resol. "C.S" 320/11, 324/12

Sede: Patagonia Norte

Tutora: Carla Echenique

Trabajo final: "Dispositivos de Atención en Salud para mujeres víctimas de Violencia".

Autora: Licenciada en Servicio Social María Emilia Cruz

Director del trabajo: Andrés Ponce de León: Licenciado en Servicio Social UBA (1983), Diploma Superior en Ciencias Sociales con mención en Desarrollo Agrario, FLACSO- UNCo, Profesor Titular área Familiar de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales UNCo. Resolución: 006/2015.

Neuquén, abril de 2016

Resumen:

En el presente trabajo se intenta dar respuesta a la siguiente pregunta directriz: *¿cuáles son los obstáculos que operan para que los actuales dispositivos de tratamiento de las mujeres víctimas de violencia familiar, vigentes en el ámbito hospitalario de Neuquén durante el período 2012-2013, no logren desarrollarse y que impiden a su vez, el cumplimiento de los objetivos de asistencia que regula la ley provincial?*

El marco conceptual incluye categorías teóricas tales como enfoque de derecho, perspectiva de género, violencia contra la mujer, patriarcado, causas y consecuencias, dispositivos de tratamientos, entre otros. En base al mismo nos proponemos describir y analizar los dispositivos actuales de tratamiento a mujeres en situación de violencia en el sub sector público del Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén.

El propósito que nos guía es aproximarnos a una evaluación de la estrategia más adecuada para el abordaje integral de la problemática de violencia de género, y poder dar cumplimiento a los lineamientos de política pública que fija la Ley Provincial 2786/11 y brindar un tratamiento oportuno y adecuado a las mujeres víctimas de violencia de género en la provincia de Neuquén.

Índice:

Introducción

PRIMERA PARTE: El Enfoque de Derechos y la Perspectiva de Género como fundantes de la intervención ante la violencia.

1. Enfoque de Derechos Humanos y Perspectiva de Género
   a. Enfoque de derechos
   b. Perspectiva de género
   c. Patriarcado
2. Categoría género
   a. ¿Género es igual a mujer?
3. Violencias
   a. Violencia contra la mujer
   b. Tipos de violencia
   c. Causas
   d. Perfil y características del hombre golpeador
4. Proceso de violencia
   a. Ciclo de la violencia
   b. Modelo persuasión coercitiva
   c. Consecuencias en la salud de las mujeres
5. Atención en salud
   a. Dispositivos de tratamiento
   b. Grupos de apoyo para mujeres sobreviviente de violencia doméstica
   c. Grupos Centrados en la Tarea

SEGUNDA PARTE: Dispositivos de Atención en el Subsistema de Salud Pública de Neuquén

1. Presentación de lugar de trabajo y contexto
2. Tipo de investigación: trabajo de campo
   a. Análisis de datos recolectado

TERCERA PARTE: Conclusiones, recomendaciones y propuestas

1. Redes sociales y comunitarias
2. El dispositivo grupal, un espacio de encuentro con el Otro
3. A modo de cierre

Introducción

El presente documento constituye el Trabajo Final de la Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia dictado por la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos y la Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, cursado durante los años 2013 y 2014 en la sede Patagonia Norte, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional del Comahue, ciudad de General Roca, Provincia de Río Negro. A partir de la práctica profesional de la especializanda en el Hospital Plottier de la Provincia de Neuquén, se aborda una de las problemáticas que más preocupación genera a los equipos de salud, como así también a la sociedad en general*,* la *Violencia contra la Mujer* y su intervención en el primer nivel de atención del sistema de salud.

Varios estudios epidemiológicos como los de; Mejía y Alemán (1999), Berlineblau (1998) y la Asociación Civil “La casa del Encuentro” (2013), coinciden en señalar los siguientes aspectos:

- En el 75% de los casos de violencia de pareja, la víctima es la mujer, el 23% de esa violencia se produce entre cónyuges (violencia cruzada) y el 2% lo representa la violencia hacia los varones.
- El 25% de las mujeres sufrirá una violación.
- 1 de cada 6 embarazadas será agredida física o sexualmente durante la gestación.

Si bien en América Latina es limitado el acceso a información con cifras representativas de la dimensión real del fenómeno de la violencia doméstica, el estudio desarrollado por Mejía y Alemán (1999) sobre violencia doméstica relacionada a los sistemas de salud muestra que en Costa Rica, Chile, Colombia y Bolivia entre el 30 y el 70 % de las mujeres que conviven en pareja refieren haber sido golpeadas por su compañero.

Con respecto al maltrato infantil, los autores informan que al menos 1 de cada 5 niñas/os es abusada/o sexualmente por un familiar de confianza antes de los 18 años. (Berlineblau, Virginia, 1998)

En la Reunión Internacional de Modelos de Atención a la Violencia de Género en agosto de 2005, la Organización Mundial de la Salud difunde en su informe que cada 18 segundos una mujer es víctima de violencia en el mundo.

En nuestro país: Se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica y el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida.

Según estudios del Banco Interamericano de Desarrollo (2010), en 1 de cada 5 parejas argentinas hay violencia. Según el informe del Observatorio de Femicidios en Argentina “Adriana Marisel Zambrano”, coordinado por la Asociación Civil “La Casa del Encuentro”: cada 30 horas una mujer fue asesinada por violencia sexista en Argentina en el año 2013.

Esta problemática es visibilizada en la Argentina más fuertemente a partir de la sanción de la Ley Nacional 26.485, “Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” sancionada en el año 2009. Lo que permite iniciar una construcción de institucionalidad y política pública para su prevención y atención a nivel nacional y provincial.

En la provincia del Neuquén, el marco legal integra la ya mencionada, y la Ley Provincial 2786/11. Establece claramente que le corresponde al Ministerio de Salud y por consecuencia a quienes trabajamos allí, abordar de manera integral la problemática de la violencia contra la mujer.

En el artículo IV: Corresponde al Ministerio de Salud, u organismo de máxima competencia en la materia:

a) Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de Salud.

b) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista. El procedimiento debe asegurar la obtención y preservación de elementos probatorios.

c) Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres, con la utilización de protocolos de atención y derivación.

d) Impulsar la aplicación de un registro de las personas asistidas por situaciones de violencia contra las mujeres, que coordine los niveles provincial y municipal.

e) Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género.

Es importante resaltar que en 1996 la Organización Mundial de la Salud, acordó que la violencia hacia las mujeres es una prioridad en salud pública en todo el

mundo e instó a los Estados a que evaluaran la dimensión del problema en sus respectivos territorios.

El marco normativo, los estudios sobre la problemática y las recomendaciones de los organismos internacionales responden, de diversa manera, a la presión social ejercida por movimientos sociales muy potentes y con incidencia internacional, como son las asociaciones feministas que han logrado visibilizar la violencia hacia las mujeres, y ha obligado a los gobiernos a tomarla en consideración dentro de las agendas públicas.

La violencia de pareja hacia las mujeres, objeto de este documento, es por sus particularidades una de las formas de violencia más invisibilizada en la actualidad y se caracteriza porque no desaparece sino que adquiere visos de mayor sutileza a medida que se combate.

Entendemos que este tipo de violencia requiera especial atención, precisando un conocimiento profundo de sus diferentes formas y manifestaciones. La especificidad de este tipo particular de violencia hacia la mujer demanda llevar a cabo intervenciones complejas, intersectoriales y coordinadas como requisito mínimo para un afrontamiento que pueda llegar a ser efectivo. Consideramos que la complejidad mencionada demanda la intervención desde dispositivos institucionales (formalizados) que cuenten con los requerimientos materiales y simbólicos mínimos para el desarrollo de intervenciones clínicas y no clínicas frente al problema que abordamos.

En base a lo mencionado en los párrafos precedentes, en este trabajo intentaremos desarrollar conceptos claves para abordar profesionalmente la problemática, y en base a ello describir y analizar los actuales dispositivos de abordaje que se implementan en el Subsistema de Salud de la provincia del Neuquén.

Todo ello con la pretensión de realizar una propuesta de nuevos espacios institucionales, en este caso de intervención grupal, para ser implementados en el primer nivel de atención.

PRIMERA PARTE: El Enfoque de Derechos y la Perspectiva de Género como fundantes de la intervención ante la violencia.

"Hay criminales que proclaman tan campantes 'la maté porque era mía', así no más, como si fuera cosa de sentido común y justo de toda justicia y derecho de propiedad privada, que hace al hombre dueño de la mujer. Pero ninguno, ninguno, ni el más macho de los supermachos tiene la valentía de confesar 'la maté por miedo', porque al fin y al cabo el miedo de la mujer a la violencia del hombre es el espejo del miedo del hombre a la mujer sin miedo".

Eduardo Galeano

El enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género como marco de las políticas públicas.

Enfoque de derechos

El enfoque de derechos humanos ofrece un marco de reglas y principios que ha contribuido a definir con mayor precisión las obligaciones de los Estados frente a los principales derechos humanos tanto económicos, sociales y culturales como civiles y políticos.

Los derechos humanos establecen un conjunto de obligaciones legales o jurídicas de los Estados para crear condiciones para que toda la población goce de una vida digna, sin discriminación o limitaciones que le impidan desarrollarse en todo su potencial, con bienestar y felicidad. Son parte de un esfuerzo para construir sociedades democráticas donde se respeten los derechos y libertades fundamentales, las que tienen que ver no solamente con el respeto a la vida, la participación política, la libertad de expresión y de pensamiento sino también con las condiciones sociales en las que vivimos.

Roffler (2012), va a hacer un recorrido histórico del marco legal y la incorporación de la perspectiva de género tanto en el derecho como en la política pública y la vida civil en general. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) fue el primer tratado de aplicación internacional aprobado por las Naciones Unidas. Ella recupera los derechos que se consideran inalienables y les otorga carácter de universalidad. Si bien la Declaración indica que todas las personas tienen los mismos requerimientos básicos para una vida digna e iguales oportunidades para

su satisfacción, cotidianamente, se encuentran situaciones de vulneración de derechos. La clase, la nacionalidad, el sexo-género, la orientación sexual, el color de piel resultan algunas de las dimensiones que conllevan desigualdades, discriminaciones y violencias en este terreno.

En relación a las desigualdades de sexo-género, resulta necesario señalar que la mayor parte de los sistemas y mecanismos nacionales, regionales e internacionales que se han establecido para hacer valer los derechos humanos se han desarrollado e implementado a partir de un modelo masculino. Por lo tanto, el sistema de derechos humanos no ha tomado en cuenta, de una manera adecuada, la experiencia y las circunstancias específicas de las mujeres. En coincidencia con Tapia y Portales (2011) se puede afirmar que “No podemos hablar de democracia si ésta no está legitimada por un reconocimiento y efectiva garantía de los derechos fundamentales del ser humano, pues los derechos fundamentales son la piedra angular sobre la cual se construye el Estado y cuya existencia lo legitima. Si en el Estado persisten situaciones de violencia contra la mujer por razones de género, entonces la falta de garantías a los derechos de las mujeres deslegitima al Estado.”

Gracias al movimiento internacional de mujeres por los derechos humanos, esta situación está cambiando. Entre los años 1960 y 1979, con los aportes emanados de estudios acerca de la Mujer, y los movimientos políticos que a nivel Internacional comienzan a traer luz sobre las inequidades entre las mujeres y los varones, se visibilizan los diferentes ámbitos en los que se ejercen las relaciones desiguales entre los géneros. Se declaran diferentes instrumentos internacionales que resultan antecedentes primordiales para la incorporación de las mujeres en el mundo público (Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos -Teherán, 1968-, Conferencia de Población de 1974 -Bucarest y la primera Conferencia Mundial sobre la mujer -México, 1975-).

En ese contexto de debate internacional, se desata un proceso de particularización de los derechos humanos. En el año 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas -mediante resolución 34/180- aprueba la Convención de Eliminación de toda forma de discriminación hacia las mujeres (CEDAW). Entre los tratados internacionales de derechos humanos la CEDAW ocupa un lugar importante no sólo por su trascendencia sino porque resulta uno de los primeros tratados que incorpora el análisis de las relaciones de poder diferenciales entre varones y mujeres. Ella no sólo reconoce a las mujeres como sujetos de derecho sino que, en términos de construcción ciudadana, compromete a los Estados a la garantía de una mayor equidad de género e igualdad de derechos para las mujeres en todas las esferas de la vida.

Vinculado a la producción de nuevos aportes políticos y académicos que cuestionaron las diferencias y desigualdades que sufren las mujeres en diferentes ámbitos, se advierte que aquello que refiere al ámbito personal, lejos de ser una

construcción puramente individual tiene una dimensión social y política. En este sentido, tal como señala Faur (2003), la CEDAW reconoce tanto la especificidad del cuerpo, como las desigualdades y jerarquías que producen y legitiman las instituciones sociales. Desde esta ampliación de sentidos, la CEDAW se concentra en aspectos de la situación de la mujer tales como sus derechos civiles y la condición jurídica y social de la mujer. Además, y a diferencia de otros tratados de derechos humanos, se ocupa de los derechos que tienen que ver con la reproducción humana y con las consecuencias de los factores culturales en las relaciones entre los sexos. Así, la CEDAW establece un antecedente fundamental en lo que refiere a la igualdad entre mujeres.

En el año 2003, el concepto “Los Derechos de las Mujeres son Derechos Humanos” es aceptado por la gran mayoría de los y las defensoras de derechos humanos aunque no se podría decir lo mismo del público en general.

Pero dentro del mundo de los derechos humanos el concepto es tan aceptado, en teoría al menos, que muchas personas que recién entran a este mundo se preguntan por qué es necesario aún definirlos. ¿No son las mujeres humanas? ¿No son los derechos humanos inherentes a todos los seres humanos? En realidad, la idea de los derechos de las mujeres, sin lo humano y lo internacional, es un concepto muy reciente si se toma en cuenta los cinco o seis milenios que la humanidad ha estado viviendo bajo el Patriarcado. (Roffler, 2012)

En este marco de reglas y principios que es el Enfoque de Derecho, es importante poder definir a la política pública, Oszlak y O’ Donell (1984,112), conciben el término de política pública como un “conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil.”

Según la definición de los autores la política pública son “acciones y omisiones” del Estado, lo cual implica actividades llevadas a cabo y actividades no desarrolladas. La política pública como acción (o inacción) del Estado, y en respuesta a una situación actual no deseada, se manifiesta en un momento histórico y en un contexto determinado, el cual aporta elementos para comprender por un lado la interacción del Estado y la sociedad; y por otro lado, aunque con mayor dificultad, qué proporción del cambio social es atribuido o no a ese programa de acción.

Las políticas públicas se comprenden en el marco de otras políticas públicas o estatales y la toma de posición del Estado ante una cuestión social es punto o “nudo”, en la secuencia de interacciones inscriptas en un proceso social. (Oszlak y O’Donell, 1984,117)

Sumado a este marco legal internacional y al desarrollo de lo que se entiende por política pública, es importante nombrar también la Ley Nacional 26.485 “Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, sancionada en el año 2009, la cual es considerada de avanzada en materia de género, ya que la misma es exclusiva para la violencia de género por lo tanto se separa de a la Ley Nacional de Violencia Familiar, la cual tiene otras incumbencias y especificidades. Visibilizando así la problemática aún más, marcando esto una posición política de nuestro país con respecto a la misma.

En el Art. 4 establece que se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón”.

Establece en su artículo 5º como tipos de violencia: la física, la psicológica, la sexual, la económica y patrimonial y la simbólica. Y despliega en el artículo las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: a) Violencia doméstica contra las mujeres; b) Violencia institucional contra las mujeres; c) Violencia laboral contra las mujeres; d) Violencia contra la libertad reproductiva; e) Violencia obstétrica; f) Violencia mediática contra las mujeres. La normativa no sólo amplía la mirada sobre los tipos y modalidades de violencia respecto de normativas nacionales anteriores, sino que propone una reformulación respecto de los sujetos que pueden realizar las denuncias como así también de los mecanismos institucionales frente a las mismas, profundizando una mayor celeridad en el proceso.

Como lo plantea Roffler (2012); Vemos de esta manera que si bien no es lo mismo, existe una fuerte relación entre la violencia familiar y la violencia hacia las mujeres.

Distinguir la violencia de género, la violencia hacia las mujeres y la violencia familiar es una decisión teórica y política. Teórica porque refieren a diferentes marcos conceptuales desde los cuales se analizan estas situaciones. Política, porque la indiferenciación de estos modos de violencia conlleva equivalencias que lejos de ser “errores” refuerzan las relaciones de poder desigual. Por ejemplo, cuando se produce una equivalencia entre violencia de género y violencia hacia las mujeres, se invisibilizan las diversos sexos-géneros.

Por ejemplo, cuando se produce una equivalencia entre violencia de género, violencia hacia las mujeres y violencia familiar, se invisibilizan todos los ámbitos en los que se ejercen violencias de género y hacia las mujeres. Todos esos ámbitos (ciencia, escuelas, instituciones de salud, de la justicia, medios de comunicación) lejos de ser neutrales, participan de formas más o menos sutiles reforzando estereotipos, reproduciendo y produciendo desigualdades y violencias. (Roffler, 2012, p. 27)

A nivel provincial se encuentra la Ley 2786 “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”, sancionada en el año 2011, adopta como definición de violencia contra la mujer a la Ley Nacional 26485. Pero esta ley, avanza con respecto a la ley nacional, en el apartado que desarrolla el procedimiento judicial en su Capítulo III, donde queda expresado, el debido procedimiento, la diferencia de denuncia y exposición policial, quienes pueden denunciar detalladamente y medidas preventivas.

Artículo 5º Objeto del procedimiento. El procedimiento que regula este Capítulo tiene por objeto principal el cese de la situación de violencia sufrida por la mujer, el restablecimiento de la situación de equilibrio conculcada por la violencia, y el refuerzo de la autonomía de la voluntad y la capacidad de decisión de la víctima.

Artículo 6º Características. El procedimiento debe ser actuado, gratuito y aplicando las normas del proceso sumarísimo en todo lo que no se oponga a la presente Ley.

Artículo 7º Presentación de la denuncia. La presentación de la denuncia puede efectuarse ante cualquier juez/a de cualquier fuero e instancia, agente fiscal, juez/a de Paz o policía, o cualquier otro organismo que se cree al efecto, en forma oral o escrita. Se debe guardar reserva de la identidad de la persona denunciante.

Aun en caso de incompetencia, el/la juez/a o fiscal interviniente debe disponer las medidas cautelares que estime pertinentes, y remitir lo actuado al/la juez/a competente en el término de veinticuatro (24) horas de recibida la denuncia.

Artículo 8° De la denuncia. La denuncia no requiere patrocinio letrado, pero éste resulta necesario para la sustanciación del juicio. A tal efecto, recibidas las actuaciones por el juzgado competente, si la denuncia ha sido presentada sin patrocinio letrado, el/la juez/a debe dar intervención inmediata a la Defensoría Oficial de turno, quien debe asumir el patrocinio de la víctima en todos los casos.

Artículo 9º Competencia. Para los supuestos de “violencia contra la libertad reproductiva”, “violencia obstétrica”, “violencia institucional” y “violencia mediática contra las mujeres”, son competentes los juzgados con competencia en lo civil de la Provincia.

Para los supuestos de “violencia laboral contra las mujeres” son competentes los juzgados con competencia en lo laboral de la Provincia.

Artículo 10º Personas que pueden efectuar la denuncia. Las denuncias pueden ser efectuadas:

a) Por la mujer que se considere afectada o su representante legal sin restricción alguna.

b) Por la niña o adolescente afectada, directamente o a través de sus representantes legales, de acuerdo a lo establecido en la Ley 2302 y la Ley nacional 26.061 -de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes-

c) Cualquier persona cuando la afectada tenga discapacidad**,** o que por su condición física o psíquica no pudiese formularla.

d) En los casos de violencia sexual, la mujer que la haya padecido es la única legitimada para hacer la denuncia. Cuando la misma fuere efectuada por un tercero, se debe citar a la mujer para que la ratifique o rectifique en veinticuatro (24) horas o cuando se encuentre en condiciones físicas y emocionales de efectuarla. La autoridad judicial competente debe tomar los recaudos necesarios para evitar que la causa tome estado público.

Artículo 13 Medidas preventivas urgentes. Durante cualquier etapa del proceso el/la juez/a interviniente puede, de oficio o a petición de parte, ordenar una (1) o más de las siguientes medidas preventivas, de acuerdo a los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres previstas en los artículo 5° y 6° de la Ley nacional 26.485:

a) Ordenar la prohibición de acercamiento del denunciado al lugar de residencia, trabajo, estudio, esparcimiento, o a los lugares de habitual concurrencia de la mujer que padece violencia.

b) Ordenar al denunciado que cese en los actos de perturbación o intimidación que, directa o indirectamente, realice hacia la mujer.

c) Ordenar la restitución inmediata de los efectos personales a la víctima de violencia, si ésta se ha visto privada de los mismos.

d) Proveer las medidas conducentes a brindar a quien padece o ejerce violencia, cuando así lo requieran, asistencia médica o psicosocial, a través de los organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil con formación especializada en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

e) Ordenar medidas de seguridad en el domicilio de la mujer.

f) Comunicar los hechos de violencia al organismo, institución, sindicato, asociación profesional o lugar de trabajo del denunciado.

g) Ordenar la asistencia obligatoria del denunciado a programas reflexivos, educativos o psicosociales, tendientes a la modificación de conductas violentas.

h) Ordenar toda otra medida necesaria para garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato del agresor hacia la mujer.

Artículo 14 Facultades del/la juez/a. El/la juez/a puede dictar más de una (1) medida a la vez, determinando la duración de las mismas de acuerdo a las circunstancias del caso, y debiendo establecer un plazo máximo de duración, por auto fundado.

Artículo 15 Audiencia**.** El/la juez/a interviniente debe fijar una audiencia, la que toma personalmente bajo pena de nulidad, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de ordenadas las medidas del artículo 13 de la presente Ley, o si no se adoptara ninguna de ellas, desde el momento que tomó conocimiento de la denuncia.

El presunto agresor está obligado a comparecer bajo apercibimiento de ser llevado ante el juzgado con auxilio de la fuerza pública.

En dicha audiencia, el/la juez/a debe escuchar a las partes por separado bajo pena de nulidad, y debe ordenar las medidas que estime pertinentes.

Si la víctima de violencia fuere niña o adolescente debe contemplarse lo estipulado por la Ley 2302 y la Ley nacional 26.061 -de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes-.

*Quedan prohibidas las audiencias de mediación o conciliación**.***

Como se puede visualizar la ley provincial avanza y aclara que las denuncias y medidas de protección pueden ser tomadas por cualquier juzgado de cualquier fuero, incluidos los juzgados de paz y luego informar en un plazo de 24 hs., también aclara quien puede realizar la denuncia; incluidos los niños, niñas y adolescentes afectados, tomando así a la Ley Nacional 26.061 y la Ley Provincial 2.302. y deja por sentado que las audiencias conjuntas o de conciliación quedan bajo pena de nulidad, algo que se realizaba con asiduidad en los juzgados de familia, y que aún sigue siendo algo que no se garantiza. Siendo los profesionales que intervenimos, quienes debemos exigir que se garantice ese derecho y condición.

Perspectiva de género

Ahora bien, hay que definir y desarrollar la categoría género, pensar las prácticas de salud desde una perspectiva de género supone un horizonte ético- político orientado a la equidad de género y al respeto de todos los derechos humanos.

La autora Marcela Lagarde (1996), va a decir que, la perspectiva de género tiene como uno de sus fines contribuir a la construcción subjetiva y social de una nueva configuración a partir de la resignificación de la historia, la sociedad, la cultura y la política desde las mujeres y con las mujeres.

Esta perspectiva reconoce la diversidad de géneros y la existencia de las mujeres y los hombres, como un principio esencial en la construcción de una humanidad diversa y democrática. Sin embargo, plantea que la dominación de género produce la opresión de género y ambas obstaculizan esa posibilidad. Una humanidad diversa, democrática requiere que mujeres y hombres seamos diferentes de quienes hemos sido, para ser reconocidos en la diversidad y vivir en la democracia genérica.

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar y la manera en que lo hacen.

El análisis de género feminista es detractor del orden patriarcal, contiene de manera explícita una crítica a los aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes que se producen por la organización basada en la desigualdad, la injusticia y la jerarquización política de las personas basada en el género.

La perspectiva de género expresa las aspiraciones de las mujeres y sus acciones para salir de la enajenación para actuar cada una como un ser- para- sí y, al hacerlo, enfrentar la opresión, mejorar la calidad de vida, ocuparse de sí misma y convertirse por esa vía en protagonista de su vida.

Las mujeres se proponen conformar a su género como un sujeto social y político, y lo están haciendo al nombrar entre ellas y frente a los otros sus semejanzas, al reconocerse e identificarse en sus diferencias, y al apoyarse y coaligarse para transformar sus opresivas condiciones colectivas de vida, pero también para compartir sus logros y los beneficios que se desprenden de su modernidad (Lagarde, 1996).

Entre las principales dimensiones de la desigualdad de género se pueden señalar aquellas vinculadas con la sexualidad y la vida reproductiva, el acceso desigual a la educación y la división sexual del trabajo.

Las desigualdades entre los sexos-géneros se producen como resultado de un orden de relaciones desigual e injusto: el orden patriarcal.

Patriarcado

Literalmente significa “gobierno de los padres” pero las interpretaciones críticas desde el feminismo se refieren a él como un sistema u organización social de dominación masculina sobre las mujeres que ha ido adoptando distintas formas a lo largo de la historia. Alicia Puleo (2011) distingue entre patriarcados de coerción “los que estipulan por medio de leyes o normas consuetudinarias sancionadoras con la violencia aquello que está permitido y prohibido a las mujeres” y los patriarcados de consentimiento, donde se da la igualdad formal ante la ley y que define como “los occidentales contemporáneos que incitan a los roles sexuales a través de imágenes atractivas y poderosos mitos vehiculados en gran parte por los medios de comunicación”.

Desde el movimiento feminista y luego –en los años 70- desde los Estudios de la Mujer y los Estudios de Género se desarrollan múltiples trabajos que denunciaron el orden patriarcal y también el sexismo como discurso que legitima la supremacía masculina. La categoría de género en un primer momento resultó potente para enfrentar las argumentaciones sexistas que explican las desigualdades sociales entre varones y mujeres como resultado de diferencias de naturalezas. La distinción entre sexo y género colaboró en la denuncia de los procesos de socialización diferencial y desigual. Posteriormente, y enriqueciendo el debate, nuevas perspectivas proponen diluir las distinciones sexo-género a favor de la equiparación de ambos términos. “Se sostiene que ambas categorías son efectivamente resultado de la producción social y colectiva de sentidos, desechando el presupuesto de que hay un espacio neutral, natural, originario que no está viciado por la cultura” (UNLP/FPyCS, 2012).

Así, la perspectiva de género cuestiona el marco binario del poder hegemónico masculino y heterosexual. Asimismo, esta perspectiva puso de manifiesto el lugar que juegan las instituciones en la socialización diferencial y desigual entre los sexos-géneros. La visibilización de la imparcialidad de las instituciones, que refuerzan a unos y debilitan a otros-otras, permitió redimensionar el carácter socio-cultural de los sexos-géneros. Esto supone pensar: que ningún atributo asignado a lo femenino y a lo masculino es inmutable; que las sociedades tienen sus propios repertorios de rasgos y definiciones de género; que en una sociedad pueden coexistir diversos sistemas de género, que las diferencias y desigualdades se

entrecruzan en forma constante con otras diferencias tales como la clase, la etnia, la religión, entre otras.

Las expresiones sexistas en el lenguaje configuran una de las dimensiones institucionales en la que se expresa la producción de desigualdades entre los sexos-género. (Roffler, 2012: 20)

Categoría género

El género es más que una categoría, Lagarde (1996) va a plantear que el género es la categoría correspondiente al orden sociocultural configurado sobre la base de la sexualidad: la sexualidad a su vez definida y significada históricamente por el orden genérico. De acuerdo con Seyla Bebhabib (1992:52): “Por género entiendo la construcción diferencial de los seres humanos en tipos femeninos y masculinos. El género es una categoría relacional que busca explicar una construcción de un tipo de diferencia entre los seres humanos. Las teorías feministas, ya sean psicoanalíticas, posmodernas, liberales o críticas coinciden en el supuesto de que la constitución de diferencias de género es un proceso histórico y social y en que el género no es un hecho natural. Aún más, es necesario cuestionar la oposición misma entre sexo y género. La diferencia sexual no es meramente un hecho anatómico, pues la construcción e interpretación de la diferencia anatómica es ella misma un proceso histórico y social. Que el varón y la hembra de la especie difieren es un hecho, pero es un hecho también siempre construido socialmente. La identidad sexual es un aspecto de la identidad de género. El sexo y el género no se relacionan entre sí como lo hacen la naturaleza y la cultura pues la sexualidad misma es una diferencia construida culturalmente.” (1992, p.52)

Así esta perspectiva de género está basada en la teoría de género que permite analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos, construidos socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad. La teoría de género ubica a las mujeres y a los hombres en su circunstancia histórica y por ello da cuenta también de las relaciones de producción y de reproducción social como espacios de construcción de género. (Lagarde, 1996, p.15).

¿Género igual a mujer?

La creciente utilización de la perspectiva de género en la elaboración de interpretaciones, diagnóstico y políticas públicas, ha permitido en efecto, la visibilización de las mujeres y de la problemática que las envuelve así como lograr avances en la emancipación femenina. Pero ha traído también cierto desgaste, debido a una tendencia reduccionista de los alcances de esta perspectiva, y

muchas distorsiones. A ello ha contribuido el uso unilateral de la perspectiva en el análisis exclusivo de las mujeres y en intentos de incrementar su participación, su empoderamiento, la satisfacción de algunas necesidades y el acceso a recursos.

Las múltiples distorsiones de la perspectiva de género provienen también de su uso exclusivo para analizar a las mujeres y desarrollar programas con ellas, aun cuando la teoría de género permite analizar, comprender y develar a los hombres. El contenido relacional de la teoría de género es omitido, así como su definición histórica y los contenidos de género de la sociedad, el Estado y la cultura.

Limitar la perspectiva de género a las mujeres exige una complicada transacción encubierta: si no se parte del contenido filosófico- analítico feminista y si por género se entiende mujer, se neutralizan el análisis y la comprensión de los procesos, así como la crítica, la denuncia y las propuestas feministas. (Lagarde, 1996)

Violencias, Violencia contra la Mujer

La violencia es un fenómeno social de múltiples y diversas dimensiones, considerado un tema prioritario de salud pública, tanto por organizaciones internacionales como por el gobierno. Si bien no se trata de un nuevo asunto, su reconocimiento como problemática social y de salud pública, así como los marcos legislativos, son bastantes recientes.

Decimos “violencias” para referirnos a la multiplicidad de tipos y formas que adquiere la violencia de acuerdo al ámbito donde ocurre y personas a las que afecta: violencia de género, maltrato infantil, violencia en la pareja, hacia personas con discapacidad, entre otras.

La violencia es una problemática social, cultural, y jurídica y como tal nos incumbe y atraviesa a todas y a todos, sin embargo son las mujeres y niñas las que con mayor frecuencia se convierten en objeto de violencia. Es en este sentido que decimos que la violencia tiene género. La violencia de género es la categoría que mejor revela las desigualdades entre varones y mujeres. (Secretaría de Salud de ciudad de Córdoba, 2014).

Una definición de violencia debe ir más allá de la descripción del fenómeno, debe tener un valor explicativo acerca de qué es y por qué se ejerce mayoritariamente sobre las mujeres. La violencia entonces es inseparable de la noción de género porque se basa y ejerce en y por la diferencia social y subjetiva entre los sexos (Velázquez S., 2006). La violencia contra la mujer es cualquier acción o conducta basada en su género, que cause, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico (Belem do Pará, 1994).

La declaración de la Naciones Unidas sobre Erradicación de la violencia contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1993, define a la

violencia doméstica y de género como “cualquier acto de violencia basada en el género que produzca o pueda producir daños o sufrimientos físicos, sexuales o mentales en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada.” En la declaración se dice también, que la violencia contra la mujer abarca, entre otras, “la violencia física, sexual, y psicológica que se produce en el seno de la familia y en la comunidad en general, incluida las palizas, el abuso sexual de niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación marital, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación, el acoso sexual y la intimidación en el trabajo, en las instituciones educativas y en cualquier otro lugar, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia perpetrada o tolerada por el Estado,” asociando todas estas formas de violencia a desigualdades de poder entre hombre y mujeres. (Sepúlveda García de la Torre, 2006)

La ley Nacional 26485, de Protección Integral para Prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales, en su art. 4º plantea que se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. Cabe resaltar el carácter integral de la ley que en su consideración de la violencia reconoce a la violencia mediática y a la violencia institucional, entre otras modalidades de expresión de violencia.

Violencia contra las mujeres, tipos de violencia

Como mencione anteriormente la definición de violencia contra la mujer según la resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993, la misma nombra dentro de la misma las diferentes formas de violencia; violencia física, violencia sexual, y violencia psicológica.

Según el Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género (2008), considera la violencia física como aquella que; comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño, o dolor en el cuerpo de la mujer.

La violencia sexual, ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o de otras personas. Las agresiones sexuales comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual

de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Dentro de éstas se encuentra la violación: cuando la agresión sexual consiste en la penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier tipo de objeto o miembros corporales (por ejemplo dedos) por vía vaginal o anal. Pero también existe agresión sexual cuando se atenta contra la libertad sexual de la mujer, aunque ello no implique contacto físico entre ésta y el agresor (obligar a masturbarse o a mantener relaciones sexuales con terceros).

Los abusos sexuales comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, pero realizado sin violencia ni intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la mujer.

En el ámbito laboral, el acoso sexual es también una forma de violencia contra la mujer. Existe cuando se solicita a la mujer (para sí, o para un tercero) favores de naturaleza sexual, provocando con ello en la mujer una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

La violencia psicológica, es aquella conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de la libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono.

Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la mujer como tal sino como manifestaciones propias del carácter del maltratador.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o ex pareja, deben tenerse en cuenta dos elementos importantes: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del maltratador, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la mujer. (Protocolo Andaluz, 2008, p. 11-12)

Causas

Los principales factores determinantes de la violencia de género son la relación desigual entre hombre y mujeres y la existencia de la cultura de la violencia como medio para resolver conflictos.

La violencia contra las mujeres es estructural. La violencia no se debe a rasgos singulares y patológicos de una serie de individuos, sino que tiene rasgos estructurales de una forma cultural de definir las identidades y las relaciones entre los hombres y las mujeres. La violencia contra las mujeres se produce en una sociedad que mantiene un sistema de relaciones de género que perpetúa la superioridad de los hombres sobre las mujeres, y asigna diferentes atributos, roles y espacios en función del sexo. Hasta hace no muchos años, la restricción en el desarrollo personal y social de las mujeres, la exigencia de su dedicación exclusiva a la familia, su deber de acatar la autoridad masculina, eran consideradas como algo normal y natural, validado por las costumbres y la ley. En ese contexto se toleraba socialmente que los hombres utilizasen la violencia para afianzar la autoridad. Actualmente existe una menor tolerancia social hacia la violencia. Sin embargo, demasiadas mujeres todavía soportan un alto grado de violencia, tanto en sus relaciones de pareja como fuera de ellas. Esto sucede en todas las clases sociales, religiones y niveles educativos. (Protocolo Andaluz, 2008, p.13)

En definitiva el factor principal de riesgo para la violencia contra las mujeres es, precisamente, el hecho de ser mujer.

La violencia contra las mujeres es además instrumental. El poder de los hombres y la subordinación de las mujeres, que es un rasgo básico del patriarcado, requiere de algún mecanismo de sometimiento. En este sentido, la violencia de género más que un fin en sí mismo, es un instrumento de dominación y control social. Y en este caso se utiliza como mecanismo de mantenimiento del poder masculino y de reproducción del sometimiento femenino. Los hombres maltratadores han aprendido a través del proceso de socialización, que es diferente para mujeres y hombres, que la violencia es la mejor forma de seguir el control y dominar a la mujer. (2008, p.14)

Para el autor Rubén Garzón Muñoz (2011) es sumamente importante poder describir el perfil y características del hombre golpeador**,** para así luego poder hablar del ciclo de la violencia y la escalada de la violencia en las relaciones conyugales.

Perfil y características del hombre golpeador

El primer elemento a considerar, se refiere a que el hombre golpeador, no presenta ninguna característica demográfica, o profesional particular. Asociarlo a una clase social precisa entre otras a la pobreza o a la falta de educación, representa un error. El hombre violento se encuentra en todos los estratos sociales.

Un segundo elemento, se asocia a que el hombre violento no pertenece a la categoría de aquellos que se clasifican habitualmente como «enfermos mentales», «sociópatas» o «psicópatas», excepto el 10% y 15% de hombres que tienen problemas graves de violencia generalizada o de salud mental. La gran mayoría de hombres violentos se compone de individuos conocidos como «normales».

Si se deja de lado el maltrato físico que han hecho a su pareja, los hombres se encuentran bien adaptados a su medio ambiente, sin marcas distintivas en comparación con la norma social.

La característica más frecuente en hombres que son violentos es de haber sido víctimas de abuso físico en la infancia, o víctimas de abuso emocional o verbal, o por lo menos con frecuencia expuestos a escenas de la violencia física entre sus padres o con sus hermanos y hermanas. Muchos investigadores informan la existencia de la experiencia de abuso infantil.

Otros señalan que algunos hombres violentos han sido maltratados física o sexualmente. Una característica distintiva de los hombres agresores es su tendencia a desplazar la responsabilidad de sus acciones en los demás. En general, el abusador tenderá a negar su participación en sus acciones. Tratará de culpar a otros por sus acciones, acusando entre otros a la mujer por haberlo provocado. Esta característica acentúa su insensibilidad.

El hombre se centra en sí mismo y es poco consciente de los efectos de sus acciones sobre los demás. Los hombres violentos tienen muchos temores relacionados con la llamada «fusión» y «dependencia». Son en muchos casos posesivos sobre todo, y temen la pérdida de un ser querido. Se sienten poco seguros en su universo emocional, y tienen problemas para aceptar la «distancia», «autonomía» de los demás y tratará por todos los medios para reforzar su control sobre la persona amada. Los hombres tienen una concepción rígida y tradicional de los roles de los hombres y las mujeres. Ellos están arraigados en una concepción estrecha de lo que es un hombre y lo que es una mujer. Muchos ven a las mujeres como seres inferiores, como alguien a poseer. Ellos tienen una definición estrecha del rol de hombre que les enseñó.

Ellos se sienten directamente amenazados por cualquier cambio en esta imagen tradicional a la que tratan de aferrarse a toda costa para mantener su auto-determinación. Los hombres violentos son presas de una educación que ha fortalecido estereotipos rígidos de comportamiento que llevan a la coerción. Su relación de pareja se basa en un modo de dominación, los estereotipos se reproducen las relaciones dominantes y dominados entre hombres y mujeres.

Una baja autoestima es también una característica que se encuentra en los hombres violentos. La mayoría de los hombres agresores no se sienten bien con relación a ellos mismos y con sus comportamientos. Ellos sienten mucha

culpabilidad y un fuerte sentimiento de desvalorización en cuanto a su persona. Eso por sí solo no es suficiente para cambiar su comportamiento, de hecho, muchos hombres se vuelven violentos cuando una imagen poco favorable de sí mismos es proyectada.

Un elemento que revela a un hombre violento en la mayoría de los hombres es su gran dificultad a percibir sus emociones y verbalizarlas. La falta de habilidad del agresor para expresar sus estados emotivos es la característica dominante que emerge de su perfil. La integración del rol masculino asociado con la fuerza, a la censura de los estados emotivos y a la dominación, favorece el empleo de la violencia como un medio para la solución de los conflictos conyugales.

Finalmente, cuando la mujer amenaza con irse, el tema del suicidio o el homicidio se vuelve un tema corriente en las discusiones conyugales. Esta tendencia al suicidio o el homicidio es común entre estos hombres y debe ser considerada muy seriamente. (Garzón Muñoz, 2011, p. 33-34)

El autor Garzón Muñoz (2011) toma de un estudio realizado en Canadá las características y comportamientos de los hombres violentos; De acuerdo con el centro de infantes, familias y sistemas de justicia de Canadá, se pueden encontrar algunas características específicas a propósito de los comportamientos de hombres violentos:

- *El control.*

  El control es la característica de comportamiento primordial del hombre violento. El hombre llega a ejercer la dominación a través de las críticas constantes, la violencia verbal, la violencia financiera, etc. Con el tiempo esta dominación puede aumentar y empeorar si una mujer trata de ser independiente (por ejemplo al regresar a la escuela).

- *Derecho absoluto.*

  Ésta es la característica primordial del hombre violento, quien es convencido que él posee un derecho especial sin responsabilidades, que justifica los ataques irracionales. Cuando sus necesidades no son satisfechas, él se imagina que es la víctima o el perjudicado y en este punto, la violencia aparece – a su parecer - como un acto de legítima defensa.

- *Egoísta y egocentrista.*

  La persona espera ser siempre el centro de interés y exige que sus necesidades sean anticipadas. A menudo no apoya a las personas a su alrededor o no les escucha.

- *Sentido de superioridad.*

El hombre considera a la mujer como estúpida, despreciable, como un objeto sexual o simplemente una sirviente.

- *Instinto de posesión.*

El considera su mujer y sus hijos como sus pertenencias.

- *Confusión entre el amor y el maltrato.*

Él explica la violencia como una expresión de amor profundo.

- *Capacidad manipuladora.*

Una táctica de confusión, de deformación de mensajes. Él puede intentar proyectar una imagen de bondad y presentar a la mujer como una loca o violenta.

- *Comportamientos y declaraciones contradictorias.*

Él dice una cosa y hace otra. En público, él puede llegar a criticar los hombres que maltratan a las mujeres.

- *Desplazamiento de la responsabilidad.*

El desplaza la responsabilidad de sus acciones sobre los otros, particularmente sobre la mujer o sobre factores externos como el estrés en el trabajo

- *Negación, minimización y atribución de la culpa a la víctima.*

Él se rehúsa a reconocer su comportamiento violento (p.e.: Ella se cayó); él no admite la gravedad de su comportamiento y sus efectos (p.e. es sólo un rasguño), culpa a la mujer (p.e. ella me obligó a hacerlo; ella ha inventado todo porque yo conocí otra mujer).

- *Agresión en serie.*

Hay hombres que reinciden a violentar de una mujer a otra. En el caso de Karen una situación de tortura en ámbito doméstico, se encuentra por ejemplo, la referencia que Karen hace acerca del padre de su hija, en tanto que éste, ha cometido hechos similares en una anterior pareja. (2011,p.35)

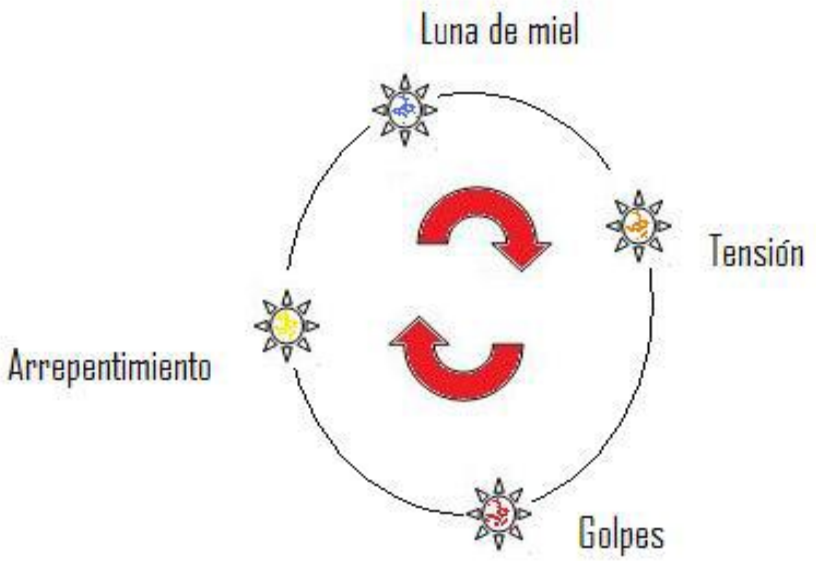
Todos los autores que abordan y trabajan la temática de violencia coinciden en que esta no se desarrolla de un día para otro, sino que por lo contrario es gradual. Garzón Muñoz lo va a llamar escalada de violencia, y otros autores proceso de violencia.

El proceso de la violencia, Ciclo de la violencia

Según el Protocolo Andaluz (2008), en el caso de la violencia de pareja, lo más frecuente es el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico en el inicio de la relación, que suelen ser atribuidas a los celos del hombre o a su afán de protección de la mujer. Suelen ser conductas restrictivas y controladoras que van minimizando la capacidad de decisión y autonomía de la mujer, produciendo dependencia, aislamiento y temor.

El aumento progresivo de la violencia puede extenderse durante un largo período de tiempo, y suele ser difícil para la víctima darse cuenta del proceso en el que está inmersa. La teoría del ciclo de la violencia de Leonor Walker plantea que este fenómeno comprende tres fases:

- **Acumulación de tensión**: se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.
- **Explosión o agresión:** estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma o reconciliación o luna de miel:** en esta fase el maltratador manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.



Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Esta llamada “forma moderada de violencia” sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

A lo largo del proceso de la violencia, la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el maltratador.

Para el hombre maltratador, será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda, debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizándola por sus decisiones. Es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y que no podrá corregir la conducta del maltratador, para que sea consciente del peligro que corre. (Protocolo Andaluz, 2008, p.15)

El autor Rubén Garzón Muñoz (2011) es quien además de coincidir y tomar al ciclo de la violencia desarrollado por Walker, él va a desarrollar el concepto de escalada de violencia, el cual es sumamente importante para seguir comprendiendo esta problemática. Él va a decir que, la concepción de la escalada de la violencia ha sido abordada por investigadores psicosociales, refiriéndose de

manera general a la escalada respecto a las formas de violencia, es decir, cuando éstos se refieren a la escalada de la violencia, su mención se remite a la escalada que adquieren las formas de la violencia a través del tiempo.

- Escalada de la violencia psicológica a violencia física.

- Escalada de la violencia física a la violencia sexual.

-Escalada de la violencia sexual a la violencia homicida o suicida.

Myriam Dubé (2008), en el artículo « Les Pères Filicides. La violence conjugale en filigrane » dice que la escalada se hace sobre la base de la aumentación del número de comportamientos violentos, de su gravedad (consecuencias para las victimas), de la disminución de la duración entre los episodios de violencia y de la cronicidad de los comportamientos violentos o de todas estas dimensiones.

Las manifestaciones de violencia, dice Yves Morier (1991), sobrevienen habitualmente en orden preestablecido. Inicialmente la agresión psicológica. El agresor propone a disminuir y a ridiculizar su víctima. Su objetivo: la sumisión por la destrucción de la estima propia de su pareja. Las víctimas pierden poco a poco toda estima que ellas tienen. Ellas son desvalorizadas, se sienten incapaces y regresan con su pareja.

Después que la violencia verbal se manifiesta. Además de despreciarla intensamente, él la amenaza con violentarla, con el homicidio o con el suicidio. Él la aterroriza hablándole de lo que él podría hacerla sufrir.

Enseguida la violencia física se instala. Aumenta la intensidad en las bofetadas a mano abierta y luego utiliza objetos para lastimarla. Él golpea cada vez más fuerte y más a menudo. También se encuentran casos de agresiones sexuales donde el cónyuge de la víctima le exige informaciones o gestos sexuales degradantes para ella.

De acuerdo con Jorge Corsi (1994) la violencia conyugal se caracteriza por su carácter cíclico y su intensidad creciente; en esta escalada de violencia, la salud mental, física y sexual de la mujer se deteriora hasta quedar atrapada en el llamado ciclo de la violencia. Corsi describe la escalada de la violencia en función de las formas en que esta adquiere a través del tiempo: violencia psicológica, violencia verbal, violencia física, violencia sexual, aislamiento social, violencia económica- patrimonial, etc.

Por lo tanto va a finalizar Garzón Muñoz planteando que, se entiende la dinámica asociada a la violencia conyugal como cíclica y en escalada que permite comprender cómo la violencia adquiere desarrollo y severidad a través del tiempo arribando a la violencia homicida. (2011, p. 52)

Ahora bien, frente a la explicación del ciclo de la violencia y la escalada de la violencia conyugal, siempre aparece la pregunta *¿por qué las mujeres permanecen en relaciones de maltrato?,* hay autores como Escudero Nafs, Polo Usaola, López Gironés, y Aguilar Redo (2005) que han desarrollado una nueva línea de investigación y modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género; La *persuasión Coercitiva.*

Modelo: La persuasión coercitiva

El concepto de persuasión coercitiva se desarrolla a partir de las investigaciones psicosociales (…), en una concepción amplia la persuasión coercitiva se distingue de otras formas de influencia, en que en la primera la persona destinataria es física o psicológicamente sometida a continuas situaciones de presión para su desocialización.

Es difícil determinar un consenso para el propio concepto de persuasión coercitiva. Rodríguez Carballeira (1992) opta por la definición de J.W. Vander Zander, quien entiende la persuasión como "el ejercicio deliberado de una persona o grupo de influir en las actividades o conductas de otros, con el objeto de alcanzar algún fin preestablecido". Se sobrentiende por tanto que la persona persuadida, mientras actúa dicho proceso, es ajena a la modificación intencionada que se pretende ejercer sobre ella.

El segundo elemento: "coercitivo", que diferencia de otras persuasiones sin este adjetivo, implica: "el ejercicio de una presión intensa sobre el sujeto, limitando su libertad de elección, para dar así potencialmente más probabilidades a la obtención de la persuasión deseada".

La coerción, en su doble acepción coerción/coacción es definida como "el uso de la fuerza para impedir u obligar a alguien a hacer algo".

Para Rodríguez Carballeira, el uso más adecuado del concepto "fuerza" permite su comprensión bajo su sentido más amplio, en tanto que abarca sus diversas formas: física, psíquica o social, directa o indirecta, expresa o amenazante, etc. (2005,4)

Según un estudio de investigación realizado por Escudero Nafs, López Girones y Aguilar Redo (2005), pudieron arribar a conclusiones sobre este modelo de persuasión coercitiva en la violencia conyugal. De esto se desprende las estrategias coercitivas del hombre maltratador hacia las mujeres víctimas. Consideramos valioso poder citarlas ya que siguen describiendo al hombre maltratador pero se centra en explicar que se despliega en esas relaciones que luego hace que para la mujer sea tan difícil salir de estas relaciones violentas.

La puesta en práctica por el maltratador de una serie de estrategias coercitivas sobre la víctima.

El concepto de "estrategias" ha sido empleado por otros autores, Inmaculada Monzón (2003), afirma:

> *"El agresor que niega su responsabilidad en la violencia que ejerce contra su mujer no está en condiciones de modificar el tipo de interacción que tiene con ella pero, por la función que ésta cumple en su vida, no se puede permitir perderla, de modo que va a desarrollar todo tipo de estrategias para someterla, diezmando sus capacidades para romper la relación y conduciéndola hacia estrategias defensivas de permanencia de ella, a la vez que él adquiere mayor control y poder".*

1. Sobre la "intencionalidad" del maltratador

Proponer la existencia de estrategias implica hablar sobre la intencionalidad del maltratador. Entendemos que el maltrato es intencional en tanto se dirige a un objetivo: sometimiento de la víctima. Necesariamente, el maltratador no despliega el conjunto de estrategias como un proceso aprendido de antemano.

Por ello, desde un primer momento, son los distintos actos violentos los que van a conformar el resto del proceso. Las secuencias temporal (proceso reiterativo e impredecible) y espacial (progresivo aislamiento sociofamiliar) son impuestas por las necesidades del agresor y modulan su desarrollo siguiente.

A partir de aquí, a modo de un proceso de perfeccionamiento, se produce lo que Lorente describe en los siguientes términos: "(...) el agresor, en muchos casos, necesita un tiempo para encontrar lo que podríamos considerar "su forma de agredir"; aquella en la que él percibe que se ha alcanzado el equilibrio de efectividad, eficacia y seguridad". (2004)

2. Sobre la "necesidad" del maltratador

Estos hombres violentos buscan así mujeres a quienes puedan dominar, sobre todo en el sentido de decidir la distancia emocional en la relación. Esto podría tratarse de un medio de manejar el trauma original de un acercamiento fallido. Pero a su vez, este intento de dominio generaría ansiedad e ira. Si el control se ve amenazado, la ansiedad y la ira hasta entonces ocultas aflorarían a la superficie.

3. La dependencia del maltratador se materializa como control sobre la víctima

La permanencia del control del maltratador se mantiene a lo largo de todo el proceso. Llorente afirma: ""En el caso de los maltratadores, todos necesitan el control de la mujer (...). El agresor que agrede a la mujer da muestras de tener una conducta perfectamente definida y destinada a la consecución de un objetivo

concreto, y por ello se aprecia que en todo momento es consciente de lo que está haciendo, sabe por qué y para qué lo hace y siempre manteniendo el control de la situación (...)".

Este control del maltratador se realiza a través de la repetición de las estrategias coercitivas. Por medio de este comportamiento de acoso, el maltratador "se" hace presente a la víctima a través del tiempo. Este control permanente sobre la víctima, sugiere una dependencia del maltratador "de" su víctima.

4. Control del maltratador y comportamientos celotípicos.

Sin embargo, más que el clásico delirio celotípico de infidelidad, en nuestros datos abundan las descripciones de manifestaciones celotípicas que parecen aludir a la no aceptación de la presencia de una tercera persona. Este "tercero" es vivido por el maltratador como una amenaza a la relación dual y exclusiva que establece con su pareja. Este riesgo de ruptura de la relación diádica puede hacer emerger sentimientos ontológicos de inseguridad. Esta tercera persona que irrumpe, significa un riesgo para la relación de dominación y aleja la atención de la víctima de él.

Estrategias de control

Las estrategias de control o de coerción actúan entre sí de una forma sinérgica. El modelo coercitivo en la violencia de género se iniciaba según el Estudio de Investigación realizado por los autores Nafs, Usaola, Gironés y Aguilar Redo (2005), a partir de tres estrategias básicas:

· **Actos violentos.** Definen la relación. Las formas de manifestarse la violencia se relacionan entre sí, concurren y/o se alternan. Así, es imposible concebir actos de violencia "puros", sin implicación emocional. De ahí que la distinción entre maltrato físico y emocional sea un tanto artificial. La presencia de actos violentos son obligatorios para definir la relación de violencia de género, pero no suficientes para comprender el proceso.

· **Modulación del tiempo** en el que se ejercen los actos violentos: La segunda estrategia, por la cual el maltratador actúa según sus necesidades o frustraciones, es la modulación del tiempo. La víctima así es sometida a un proceso continuo de violencia, pero en el que irrumpen agresiones impredecibles, o fases de recrudecimiento que crean la ficción de "ciclos" en los que la "calma" y la violencia se alternan.

Realmente el control de él y la violencia que lo acompaña son continuos en todo el proceso. Podemos decir que sobre dicho "ruido de fondo" (violencia de fondo), surgen exacerbaciones de actos violentos verbales y físicos que no pueden ser

anticipados por la mujer, y fases de mayor violencia que generan la ilusión de ciclos definidos que se alternan con (supuestos) periodos de calma. La violencia física también se desarrollará en el aislamiento del hogar, pero su efecto más intenso lo obtendrá de la imposibilidad de su predicción por la víctima.

a) La estrategia del maltrato impredecible y su percepción como "comportamiento caótico"

La capacidad de predecir los sucesos es inherente al desarrollo cultural humano, y en gran medida se ha comprendido como un factor de supervivencia. La imposibilidad de predecir un acontecimiento traumático que se repite con frecuencia en el tiempo genera un fuerte sentimiento de vulnerabilidad. El maltrato impredecible activa un estado de alerta y de estrés constante en la víctima. Según la teoría de la "indefensión aprendida" formulada por Leonore Walker (1979), basada a su vez en el concepto de Seligman (1981), el comportamiento violento impredecible generaba un estado de pasividad que imposibilitaba escapar a la mujer de la relación. Nuestros datos arrojan correcciones a esta teoría que explicaremos más adelante. Esta imposibilidad de anticipación y control sobre la violencia fue codificada por nosotros como "maltrato impredecible". (Nafs, Usaola, Aguilar Redo, 2005, p.14)

Esta impredecibilidad, hace percibir a la mujer el comportamiento de él como "caótico". Esto genera un estado de sorpresa; estado que se aplica no sólo a los episodios agresivos, sino a los cambios de carácter y de humor, o ante una sorpresiva mala contestación. La mujer todavía no percibe que esos "pequeños gestos" son ya "signos" de una violencia global. En las primeras etapas de la relación, la mujer experimenta estos conatos agresivos de su pareja como episodios aislados, desconectados de otros momentos de violencia. El código "comportamiento caótico" fue utilizado para catalogar todas esas experiencias de asombro y de confusión que se desencadenan en la víctima. Digamos que el maltrato impredecible, se presenta ante la mujer como comportamiento caótico, y ello, no le permite ver el hecho irreductible del acto violento que está detrás.

Esto lo consideramos clave, pues supone una dilatación en el tiempo de la confusión antes de que la mujer pueda percibir que existe un franco maltrato. Ello facilita que otras estrategias se vayan instalando y definiendo en la relación violenta.

Durante las primeras etapas de la relación, la mujer intenta comprender estos cambios de humor o respuestas intempestivas (justificándolas en numerosas ocasiones). En fases posteriores, intentará determinar un patrón predictivo o un catálogo de conflictos que permitan identificar el riesgo de la agresión. De esta forma, el asombro desaparecerá conforme se desarrolle la emoción del miedo.

La descripción de las mujeres de sus reacciones de asombro ante las conductas "caóticas" permite formular una secuencia en el tiempo de búsqueda (y fracaso) de un sentido a las mismas.

b) El maltrato impredecible y la indefensión aprendida

Inicialmente, consideramos ambos términos como equivalentes. El modelo de indefensión aprendida, tal como lo aplicó Walker (1979), establecía una relación directa entre el "maltrato impredecible" y la "inmovilización y paralización".

Conforme avanzábamos en el análisis, encontramos lo que se antojaba como una contradicción a dicha asociación lineal: mientras en nuestros datos se apreciaban relaciones directas entre el "maltrato impredecible" y el miedo, y entre esta misma emoción y la "inmovilización y paralización", el "maltrato impredecible" y la "inmovilización / paralización" no parecían relacionarse directamente entre sí. Lo que encontramos realmente, fue que una emoción, el miedo, se encontraba entre el "maltrato impredecible" y la "inmovilización / paralización".

"Maltrato impredecible" --->"MIEDO (terror)" --->"Inmovilización-Paralización"

· **Aislamiento:** El aislamiento, aunque nos evoca formas físicas en la cual la persona no tiene acceso a otras personas o a recursos propios, ha de comprenderse también como aislamiento en tanto imposibilidad de comunicar vivencias y emociones. La vergüenza y el sentimiento de culpa favorecen que la víctima oculte el maltrato al que está siendo sometida.

a*) El aislamiento como estrategia*

Cuando hablamos de aislamiento en violencia lo hacemos en alusión al espacio psíquico. El aislamiento físico es una instrumentalización cuyo fin último es el confinamiento mental, esto es, la separación de la mujer de cualquier otro referente externo al propio maltratador. Los celos ejercen este efecto, de igual forma que lo hace el aislamiento físico. El aislamiento constituye la estrategia más comúnmente recogida en toda la literatura. Funciona como el crisol en el cual, perdidos para la víctima los referentes externos, el maltratador actuará libre de cualquier injerencia y materializará su deseo de una relación dual exclusiva (Bancroft, 2003).

Sin embargo, en las primeras fases de la violencia, la mujer percibe que sufre un aislamiento fundamentalmente físico. La víctima no ha desarrollado todavía una deconstrucción de su identidad que se generará en fases más avanzadas.

· Así, el aislamiento se inicia desde las primeras fases de la relación.

· Un elemento clave del aislamiento es desposeerla de medios económicos.

· El maltratador intenta apartar a la víctima de su familia al tiempo que intenta introducirla en su entorno.

b) El aislamiento psíquico y la deconstrucción de la identidad: la estrategia de la "luz de gas"

Conforme la suma de estrategias va generando un estado de confusión de pensamientos y emociones, el aislamiento psíquico induce una debilitación cognitiva en la víctima.

En un primer momento, el concepto de "lavado de cerebro" nos permitía describir una estrategia que generaba un estado disociativo. En el mismo, la víctima dudaba y rechazaba sus propios sistemas de creencias, adoptando los que sobre ella imponía el maltratador. No obstante, a medida que iba cobrando fuerza la capacidad explicativa de la persuasión coercitiva como generadora de estrategias, ello nos planteaba un problema: la equivalencia que se había establecido por muchos autores entre lavado de cerebro y persuasión coercitiva. Esto se puede explicar por el hecho de que el concepto de persuasión coercitiva se ha utilizado frecuentemente en las investigaciones sobre movimientos sectarios, donde, habitualmente, la violencia física o la descalificación explícita tienen escasa o nula preeminencia. Al igual que en las definiciones antes establecidas entendemos que el lavado de cerebro, tal como lo hemos descrito, es una estrategia más dentro de la persuasión coercitiva. No obstante, con el objetivo de evitar confusiones, aludiremos a los códigos que marcaban estas descripciones con la etiqueta: "luz de gas", título de una conocida película de 1944, dirigida por George Cukor, que relataba perfectamente dicho mecanismo.

El aislamiento busca la anulación de cualquier otro referente que apoye la percepción de ella y cuestione la de él. Como referimos antes, si el sistema de creencias del maltratador es compartido por la familia del mismo, la víctima es "integrada" en dicho entorno. Las descalificaciones, carentes de la intensidad de la violencia física y su imprevisibilidad, requieren de su reiteración en un medio de aislamiento social para alcanzar la capacidad de distorsionar el propio sistema de creencias de la víctima.

Añadido a esto, por medio de la estrategia de "luz de gas" (lavado de cerebro), el maltratador reinterpreta el origen de la violencia. Así, el "maltrato impredecible" no será a partir de entonces tal, sino la respuesta "apropiada" a la "provocación" de la víctima. La confusión de pensamientos y emociones que por sí genera la estrategia del "maltrato impredecible", es moldeada por el maltratador en el crisol del aislamiento, convirtiéndose la víctima para sí misma en la verdadera culpable de la situación.

· La constante desvalorización de la víctima

La desvalorización se puede permitir algo que sin embargo es incompatible con la violencia física, ser constante. El concepto de mujer, y las distintas asociaciones que tantos estudios han establecido entre el lenguaje y el prejuicio sexista, encuentran dos de sus máximas expresiones en los insultos (descalificaciones) de las mujeres como "putas" o como "locas".

· Lavado de cerebro y culpa

Si bien la culpa, recibirá una atención especial dentro de un próximo artículo sobre las emociones, es importante su mención aquí, pues nos da idea de en qué forma el maltrato distorsiona las emociones y cogniciones, y las hace retornar "contra" la propia víctima.

La mujer queda cautiva en un proceso de confusión donde la autoinculpación aparece como resultado de un proceso de distorsión de la realidad.

Estos autores van a llegar a concluir que, El mantenimiento o prolongación de la mujer en una relación de violencia de género puede ser comprendida entendiendo esta violencia como una forma de persuasión coercitiva. El modelo de persuasión coercitiva, no pretende dar cuenta de las motivaciones profundas individuales del maltratador, ni del contexto cultural o social que lo promueve o silencia. Expresado de otra forma, la violencia de género utiliza la persuasión coercitiva como único medio posible para conseguir que la víctima permanezca en la relación, pero la violencia de género es en sí un fenómeno aún mucho más complejo.

Uno de los hallazgos que consideramos fundamentales en nuestra investigación y ha sido escasamente desarrollado en otros modelos, *es el papel que juegan las emociones como elementos que favorecen el mantenimiento del maltrato. Así, la emoción del miedo iría dirigida a generar paralización en la víctima; la culpa impuesta por la propia persuasión vincularía a la víctima al maltratador por su función reparadora, mientras que la vergüenza favorecería el retraimiento social de la víctima y la ocultación de su situación, completando con ello el aislamiento social. El estudio de estas y otras emociones es crucial para comprender el alcance y la efectividad de la persuasión coercitiva*. (Nafs, Usaola, Aguilar Redo, 2005,21)

Consecuencias en la salud de las mujeres

La violencia contra la mujer tiene sus consecuencias en la salud, por eso creo al igual que la OMS que es esta una problemática que debe abordarse desde el sector de la salud pública, en primer lugar.

Según el Protocolo Andaluz (2008) las consecuencias son:

- Consecuencias fatales: muerte (por homicidio, suicidio, etc.)
- Consecuencias en la salud física: lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras, que pueden producir discapacidad, deterioro funcional, síntomas físicos inespecíficos, peor salud.
- Consecuencias en condiciones crónicas de salud: dolor crónico, síndrome del intestino irritable, otros trastornos gastrointestinales, quejas somáticas.
- Consecuencias en salud sexual y reproductiva: por relaciones forzadas: pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado, etc.
  Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer.
- Consecuencias en la salud psíquica: depresión, ansiedad, trastorno del sueño, trastorno por estrés postraumático, trastorno de la conducta alimentaria, intento de suicidio, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos.
- Consecuencias en la salud social: aislamiento social, pérdida de empleo, absentismo laboral, disminución del número de días de vida saludable.
- Consecuencias en la salud de hijas, hijos y convivientes: riesgo de alteración de su desarrollo integral, sentimientos de amenaza, dificultades de aprendizaje y socialización, adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas, con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre o pareja de la madre, violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia, la violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer y que convivan con ella.

La importancia de una atención en salud

Desde los servicios de salud se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con ellos en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado de hijos o hijas, control de niño sano, cuidado de personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

Las características de este tipo de violencia requieren de la implicación activa de todo el personal de salud, que deberá ser consciente de que el abordaje y la resolución de las consecuencias de la violencia deben comenzar con la detección precoz del problema, pero que las mujeres maltratadas no suelen manifestar ni hablar de su situación espontáneamente. A menudo sienten miedo, vergüenza, minimizan la gravedad y peligrosidad de su situación, se resisten a reconocerlo y pueden llegar a autoculparse o justificar la conducta del maltratador.

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones interdisciplinares con profesionales que no siempre se encuentran en cada centro de atención primaria, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todas las instituciones implicadas con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones.

Si el personal de salud es capaz de profundizar mediante una relación terapéutica en aquellos elementos psicosociales y de género que tienen que ver con la forma y el estilo de vida de quien la padece, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema. El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «autoridad» como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema.

La OMS, en su informe “Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario” (2005), define que las funciones mínimas a desarrollas en este tema desde el sistema sanitario son las siguientes:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento
- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.

- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Las violencias y el abordaje desde la Atención Primaria de la Salud

La Conferencia de Alma Ata (1978) definió la APS como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”.

Como expresan Becher y Kúperman en relación a la violencia, hay acciones específicas para hacer desde nuestro lugar: “La táctica para la atención primaria debe ser: A) educación para la salud y B) participación comunitaria” (…) “La prevención primaria o nivel 1 de complejidad es el de las medidas inespecíficas y medidas de promoción específicas. El enfoque más importante en torno al maltrato de los/as niños/as consiste en la adopción de una estrategia preventiva que impida la aparición de los casos o limite apreciablemente su incidencia” (Becher y Kuperman, 1999,132).

En base a ello, reconocemos como un recurso fundamental para el abordaje de la violencia a los equipos locales de salud, los cuales están integrados en la comunidad donde actúan, sus profesionales son reconocidos, se interrelacionan con las otras instituciones, como educación, municipalidad, asociación vecinal, capillas, clubes, etc. “Frente a la complejidad de lo real, la convocatoria a la actuación colectiva aparece como una alternativa central al momento de intervenir sobre el proceso de salud/enfermedad/atención con objetivos socio- sanitarios”. (Ponce de León, Lizola, Rodríguez, 2013, 125)

En relación a la problemática que nos ocupa, los equipos de salud constituyen un recurso cercano, accesible y de confianza para las familias en general, y en particular para las mujeres. Entendemos que si no existe este lazo de confianza, difícilmente exista demanda de atención sobre una problemática que sigue siendo planteada en el plano de lo privado. Sólo la confianza logra traspasar el límite y demandar atención.

Tanto la Ley Nacional Nº 26.485 como la Ley Provincial Nº 2.786 plantean que las personas que por su trabajo conozcan o tomen contacto con situaciones de violencia que involucren delitos están obligadas a denunciar e intervenir en dicha situación. Es una apelación no a la “obligatoriedad” sino fundamentalmente a la responsabilidad y al compromiso ético profesional que nos toca a todos y todas

los/as trabajadores/as de la salud. En este punto se considera a la “denuncia” como una herramienta valiosa, pero no la única en el abordaje de situaciones de violencia ya que la misma es parte de un proceso en el que nuestro trabajo más significativo desde el primer nivel es anterior y posterior a la misma.

Es por todo esto que considero que el ámbito privilegiado de intervención en salud es el primer nivel o nivel 1, donde se puede brindar una atención a la mujer integral e interinstitucional frente a esta problemática compleja.

Dispositivos de atención y tratamiento

Para la atención de mujeres víctimas de violencia de género hay dos grandes líneas de intervención; en primer lugar el tratamiento individual tanto psicológico como social y la otra línea de intervención son los dispositivos grupales.

En este trabajo enfocaremos los dispositivos de atención grupales, para luego poder realizar el análisis de lo recolectado en el trabajo de campo.

El concepto de Dispositivo

En principio un dispositivo puede pensarse como un artificio, un mecanismo dispuesto para producir un efecto. Junto a la idea de disposición, también se admite la potencia y la posibilidad. Del mismo modo, el disponer indica una orden o mandato que establece el modo de organización de los elementos que componen el dispositivo como algo que dispone, pero a la vez se pone a disposición para provocar cambios en función de determinados fines. (Rodríguez Rita, 2014,32)

M. Foucault (1991) hace referencia a los dispositivos en término de redes entre elementos heterogéneos que incluyen discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas concernientes tanto a lo dicho como a lo no dicho, y conforme a la naturaleza del vínculo que se establece entre ellos toman diferentes posiciones, o asumen enfoques diversos. Las funciones estratégicas que se le atribuyen a los dispositivos producen fenómenos que se reinstalan en forma permanente por el juego de relaciones de fuerzas que se desarrollan, se estabilizan o se bloquean dentro de dichos entramados, ya que están articulados por relaciones que, además del poder, incluyen los saberes que en ellos se producen y los sustentan.

De allí la importancia de enfatizar en su capacidad productora, tanto de sentidos como de sujeciones que se van construyendo y transformando constantemente.

Por tanto, interesa incorporar la perspectiva de análisis de los micropoderes que se despliegan.

Según Deleuze (1990,155), este “conjunto multilineal”, como si fuera un ovillo sin contornos definidos, está conformado por líneas de distinta naturaleza que siguen direcciones diferentes a modo de vectores que revelan las enunciaciones, las fuerzas que se juegan y las posiciones de los sujetos. De este modo, los dispositivos determinan curvas de visibilidad y de enunciación, “son máquinas para hacer ver y para hacer hablar”. El régimen de luz presente en cada uno de ellos permite visibilizar algunos objetos o hacer que otros se tornen invisibles. De igual manera los regímenes determinan lo enunciable, por tanto las líneas de enunciación dan cuenta de la distribución de elementos en posiciones que llegan a delimitar tanto la producción de conocimientos como también definir los rumbos de un movimiento social o los estados de derecho.

Grupos de apoyo para mujeres sobrevivientes de violencia doméstica

Según Rivera (2003), los grupos de apoyo, como lo indica su nombre, es un grupo de mujeres que han sufrido y sobrevivido a la violencia doméstica por parte de sus propias parejas sentimentales y que se reúnen periódicamente durante un tiempo determinado para compartir sus experiencias, apoyarse mutuamente y crecer como mujeres.

Uno de los propósitos primordiales de los grupos de apoyo es que cada mujer sobreviviente de violencia doméstica pueda relacionarse e identificarse con las otras ahí presentes. Cada participante, es capaz de ver que otras mujeres están pasando por su misma situación, que no están solas y que juntas pueden ayudarse mutuamente al ser escuchadas y comprendidas por las demás.

El grupo de apoyo es una herramienta eficaz para que las mujeres fortalezcan su autoestima, rescaten sus poderes internos y reflexionen sobre decisiones claves para su vida. La autoestima de las mujeres se fortalece al promover la reflexión y el conocimiento de sí misma, la aceptación personal y por lo tanto, el amor propio.

En síntesis, el grupo de apoyo permite:

• Romper el silencio y aislamiento que provoca la violencia.

• Fomentar lazos de solidaridad de parte de las demás personas frente a la violencia.

• Crear un ambiente pleno, libre de culpas y con carácter reparador para todas las participantes. (Rivera, 2003,16)

¿Cuáles son las características del grupo de apoyo?

El grupo de apoyo se caracteriza por ser un espacio formado por un conjunto de personas que interactúan en ese espacio colectivo. Las personas que forman parte del grupo reconocen algo en común, que las identifica y las diferencia.

En este caso, lo que las identifica es que todas son o han sido sobrevivientes de violencia doméstica.

Un grupo de apoyo se puede formar con un número no menor de cuatro ni mayor de doce mujeres sobrevivientes de violencia doméstica o mujeres interesadas en trabajar emocionalmente la problemática que les afecta. La idea es reunirse, con el apoyo de una facilitadora, una vez por semana, por una o dos horas determinadas, en un lugar fijo, en un ambiente que invite a la confidencialidad y con el fin de crear un espacio colectivo donde se puedan compartir experiencias y recuperar fuerzas para enfrentar la situación de violencia.

El grupo de apoyo ofrece a cada una de las participantes un sentido de pertenencia, de identidad con las demás, así como aceptación por parte de las otras. Asimismo ofrece ese espacio de contención de sentimientos y de confidencialidad que requieren para poner en perspectiva su propia situación.

Además informa sobre aspectos relacionados con la violencia que sufren o han sufrido así como de las raíces de la misma, con lo que se convierte en un lugar de retroalimentación y que procura fuerza adicional para enfrentar la vida.

Debido a que en el grupo de apoyo se habla sobre la forma en que cada una ha vivido la violencia, permite que se desahoguen y reflexionen sobre su propia situación, encontrando además el apoyo que necesitan de otras personas que han pasado por la misma situación, afianzando, así, los lazos de solidaridad, de respeto y de confianza entre las participantes.

En síntesis un grupo de apoyo sirve para:

• Expresar los sentimientos que provoca la violencia vivida y desahogarse

• No sentirse sola y culpable por la violencia vivida

• Aprender de la experiencia propia y de las demás en las mismas circunstancias

• Solidarizarse con otras mujeres que han pasado por la misma situación

• Promover relaciones horizontales, igualitarias entre todas las participantes

• Respetar la diversidad de formas de pensar y aceptar las diferencias.

¿Cuáles son los requisitos para formar un grupo de apoyo?

Las personas que lo forman comparten un problema común, viven una situación similar y tienen un objetivo en común. Este es, lograr la recuperación emocional necesaria después de haber vivido situaciones de violencia en su relación de pareja.

Es necesario que el grupo cuente con un lugar de reunión establecido y donde existan condiciones que permitan la confidencialidad. Un lugar donde entra y sale mucha gente o donde las paredes son muy delgadas no es un lugar adecuado para llevar a cabo las sesiones grupales.

Se requiere que las integrantes se comprometan a asistir por el tiempo establecido. Además se debe contar con la asistencia de un 80% de sus integrantes. Nunca se debe excluir a las personas por razón de sus creencias políticas, religiosas, raza, etc. (Rivera, 2003, p.17)

Con respecto al desarrollo de grupos de apoyo quiero desarrollar conceptos tomados de la autora Graciela Jasiner (2011), quien va a describir desde la teoría de Pichón Riviere, los grupos centrados en la tarea, la tarea del coordinador y posibles intervenciones a realizar. Este marco teórico aporta a lo desarrollado anteriormente por Rivera, ya que se tiene en cuenta las variables, tiempo, espacio y población a atender pero le aporta algo fundamental, que es convocar desde una tarea productora y no estigmatizadora junto con otros.

Jasiner plantea que, “es oportuno indicar que el nombre de grupos centrados en la tarea, de algún modo incomoda el paradigma individualista de nuestros días en tanto la paradoja es que, desde el vamos, queda legitimado que esa tarea no será sino con otros”. (2011,27)

Los grupos monosintomáticos, o sea, esos dispositivos que se arman en relación con padecer un síntoma común, han demostrado, por cierto, algo de su eficacia; sin embargo estoy investigando en estos tiempos la diferencia en sus efectos subjetivos entre trabajar con grupos respecto de un síntoma común y hacerlo respecto de una tarea común, lo cual desde ya no es lo mismo. Podría anticipar que, en mi experiencia, los grupos en relación con una tarea común, por ejemplo, de capacitación, producen efectos más estables en sujetos que los dispositivos armados en función de un síntoma. (2011,23)

La coordinación de estos grupos se orienta en el sentido de ir trazando los tejidos de una trama grupal mientras se propicia el protagonismo del sujeto, y creando un espacio de alojamiento subjetivo, de instalación de una demora, de un intervalo, a la vez de tiempos de conclusiones que generen condiciones para la producción de lo propio. A esta doble producción la llamaremos “trama” y “trazo”. (Jasiner, 2011,28)

Y es en estos espacios grupales donde sabemos que el sujeto se produce en el campo del Otro. Pero cómo la singularidad es afectada por lo grupal, por los pequeños grupos a los que pertenece ese sujeto; cómo lo grupal afecta lo de cada uno, y en el mejor de los casos puede advenir una salida.

Jasiner va a hablar de transformación subjetiva en los grupos centrados en la tarea, y va a tomar a Foucault para describir lo que es un dispositivo y que se genera en ellos; un dispositivo es un conjunto de elementos heterogéneos que comprende tanto elementos discursivos como no discursivos; más precisamente "el dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos" (2011,32). Se constituye con la función de responder a una urgencia, de alcanzar un objetivo estratégico y, por consiguiente, supone siempre de una intervención en relaciones de fuerza y se inscribe en un juego de poder. Poder productor, entre otras cosas, de saberes que constituyen un soporte para el dispositivo, al tiempo que son sostenidos por éste.

En la historia de la sexualidad (1977), vigilar y castigar (1975), las palabras y las cosas (1966), tal como Pichón Riviere lo hace en su crítica de la vida cotidiana, Foucault interroga los tradicionales dispositivos, que parecieran dormir naturalizados en el ensueño de lo obvio. Por ejemplo, la escuela, una institución cuyo objetivo es educar, muchas veces está fuertemente atravesada por el dispositivo carcelario de control y la vigilancia.

Cuando nos referimos al dispositivo grupal, estamos hablando más que de un conjunto de personas reunidas en un espacio y tiempo. Aludimos a una conjunción de instituciones que van a atravesar ese grupo. Una conjunción de problemáticas, de acuerdos o desacuerdos, de códigos y de lenguajes.

Foucault dice que no hay que ocuparse sólo del poder central, ante el cual uno siempre queda como víctima, sino de los micropoderes, de cómo cada uno ejerce el poder con el otro. Se trata de una invitación todo el tiempo a pensar lo micro, cómo el poder me atraviesa a mí, cómo yo ejerzo el poder. El poder no es malo: Foucault problematiza el tema del poder. El poder reprime, pero puede; es también poder hacer. (2011,33)

Me parece importante poder definir y tomar lo que plantea tanto Jasiner como Foucault con respecto a que es un dispositivo, porque la propuesta de tratamiento para mujeres es pensar un dispositivo grupal, un dispositivo pensado como una red, donde la propuesta es que pueda ser trabajado de forma interinstitucional (salud, desarrollo social, justicia, ministerio de trabajo, entre otros), donde haya un objetivo (P.e.: fortalecer el autoestima, empoderamiento, relacionarse con otras, etc.) y por supuesto intervenciones profesionales. Pero además en este dispositivo, se podrá trabajar los micropoderes de las mujeres que concurran, lograr el empoderamiento de ellas, y así lograr que puedan hacer.

Ahora bien como será esa tarea que convoca a las mujeres, Jasiner va a decir que, la tarea es un proceso creador, en que algo nuevo se producirá en tanto cada uno pueda, en la coproducción con otros, recuperar su protagonismo colocándose en una posición de intercambio, sólo posible en la renuncia a una posición narcisista, por los senderos de la creación anudada, más que por los caminos de la obscenidad superyoica. Cuando hablo de recuperar el protagonismo no me refiero a ningún emprendimiento de un yo autónomo sino, por el contrario y desestimando cualquier atribución de autosuficiencia, lo propongo para marcar que el sujeto podría, en el lazo con otros, salir del eclipsamiento en el que a veces permanece. (…) La tarea es un proceso creativo, en tanto destrucción y búsqueda de nuevas unidades, que busca rearmar fragmentos dispersos, para saber allí de la singularidad de la imposibilidad de la totalidad. A la vez que se produce trama, que constituirá al grupo, se produce un efecto subjetivo de amarre. Hay un primer tiempo de la transferencia con el coordinador, con los otros y con la tarea, en el que se trata de brindar un espacio de alojamiento subjetivo. (2011,36)

Si uno piensa en las condiciones en las que llegan las mujeres víctimas de violencia y el perfil que tienen, como baja autoestima, pérdida de confianza, escasa red social y familiar, dificultad en la comunicación con otros, entre otras., poder brindarles un espacio de alojamiento y lograr allí un amarre es algo sumamente positivo y sanador para ellas.

Por eso es importante poder proponer dispositivos grupales centrados en la tarea, donde se pueda realizar un encuadre en cuanto a la duración del taller, espacio (lugar), cantidad de talleres a desarrollarse en el año y qué tipos de talleres se levarán adelante, con cierta flexibilidad a medida que transcurra el funcionamiento del grupo que tendrán que poder leer los coordinadores del grupo. En estos espacios se deben dar lugar a la singularidad de cada una pero sin dejar de tener como objetivo la creación de lazos entre las mismas.

En estos dispositivos grupales habrá que generar espacios para la escucha de cada una, escuchar al otro, el propio registro y el registro grupal.

Con respecto a la coordinación de estos grupos, Jasiner va a proponer que esta coordinación debe propiciar que se funde un espacio donde exista la posibilidad de alojar, donde se ofrezcan intervalos entre significantes, donde se aloje el intervalo, donde haya un ritmo entre las palabras que alojen al sujeto. Cuando Jasiner habla de intervalos hace referencia al silencio, a la pausa.

Intervenir, creando condiciones de alojamiento subjetivo, nos confronta a un tema no menor. Heidegger, en Construir, habitar y pensar (1994), dice que la esencia del hombre es habitar. No es que construimos un espacio para habitarlo sino que sólo si somos capaces de habitarlo podremos construirlo. Se trata de construir, instalar, instituir. Construir un grupo será hacerlo habitable y se irá habitando en la misma construcción. Entonces también será hospitalario. En el término construir,

según Heidegger ha quedado escondida una huella, la palabra vecino. El vecino, es aquel que habita en la proximidad. Esto es, nos está haciendo una seña sobre cómo debemos pensar el habitar que esa palabra nombra, nos está adelantando que habitar supone vecino. A través del trabajo conjunto se irá construyendo el grupo como espacio hospitalario en que anudadamente el bárbaro, lo bárbaro de los otros y, sobre todo, lo bárbaro de uno mismo se irán convirtiendo en extranjero, ira teniendo un lugar. (Jasiner, 2011,176)

Los modos de intervenir

Como se nombró anteriormente en lo grupal se van a desarrollar dos cosas, la trama, que hace referencia a lo grupal y el trazo, que refiere a lo singular. Ahora bien ¿cómo producimos esa trama?, ¿de qué modos intervenimos los coordinadores?

Jasiner habla de dos tipos de intervenciones: de corte y de ligadura, de enlace y acotamiento, cada una de las cuales pone el acento en la producción de trama o del trazo singular, respectivamente. Uno interviene, y solo a posteriori, por sus efectos sabrá si una intervención fue de corte o ligadura.

Hay recursos con los que el coordinador podrá propiciar esa trama. Solo si un intervalo lo habita, si hay un vacío suficiente para albergar al otro, una intervención podrá producir ligadura, para que un corte propiciatorio pueda advenir. En el trabajo con los grupos, me interesa especialmente subrayar una modalidad de intervenciones que ofrecen intervalo. Cuando hay un intervalo, hay espacio para alojar la pregunta del otro. Una intervención será de ligadura sólo si tiene intervalo en su enunciación. El efecto será de trama grupal, pero el intervalo también produce trama al sujeto.

La tarea, en el mejor de los casos, será un tejido que irá anudando la producción de una trama grupal que aloja y un trazo que marca lo singular, que separa de la trama. La tarea nos importa no para producir ejércitos de fieles ni de individuos pragmáticamente realizadores, sino sólo en el punto de producción de dicho anudamiento.

Vamos a llamar intervenciones de ligadura a las que propician trama, y vamos a llamar intervenciones de corte a las que propician trazo singular, es decir, la producción de lo propio agujereando la trama del Otro. (2011,178)

Intervenciones posibles

Hay un abanico de intervenciones posibles, estas son algunas que tomo de Jasiner (2011,80);

- Diseño del dispositivo
- Convocatoria
- Tratado del espacio y el hábitat (escenario grupal)
- Contrato
- Consignas: consigna de apertura del grupo, consigna de cada encuentro, consignas que se van dando en cada recurso técnico.
- Tonos de voz
- Ritmos
- Silencios
- Preguntas
- Interpretaciones
- Señalamientos
- Puntuaciones
- Descripciones
- Conjeturas
- Subrayados
- Propuestas
- Explicaciones
- Comentarios
- Narraciones
- Chistes
- Presencia del coordinador
- Técnicas de acción: lúdicas, de creatividad y psicodramáticas

- Cierre del encuentro

Como dijimos anteriormente este dispositivo grupal debe encontrarse en el primer nivel de atención, a través de un trabajo interinstitucional en red, esto se debe a que la violencia es una problemática compleja y por lo tanto requiere de un abordaje integral, interdisciplinario e interinstitucional.

Con este marco conceptual a continuación vamos a describir y analizar los dispositivos actuales de tratamiento a mujeres en situación de violencia en el sub sector público del Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén.

<u>SEGUNDA PARTE</u>: Los Dispositivos de Atención para mujeres víctimas en el Sub Sistema Provincial de Salud de Neuquén

En el marco de la carrera de Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia, entendimos que sería importante avanzar no sólo en cuestiones teóricas acerca de la problemática, sino también en términos de trabajo de campo, siguiendo los desarrollos de Travi (2003) y Guber (1991). Así, "El campo de una investigación es su referente empírico, la porción de lo real que se desea conocer (...). Es un recorte de lo real, construido por el investigador" (Guber, 1991, 84).

Autores de la talla de Guber, Saltalamacchia y Escolar, acuerdan en que dadas las limitaciones cognitivas que tenemos los seres humanos para poder estudiar "la realidad" y dado que por otra parte, esa realidad no se nos presenta "tal cual es" sólo puede ser captada a partir de un complejo sistema de percepción, selección y construcción, es decir, mediada por el sujeto cognoscente que realiza un recorte de lo real, producto de una construcción activa del investigador.

Como plantea Saltalamacchia, "ir al campo es ir a buscar y conseguir respuestas (...). Es el lugar donde se construyen e interrogan las fuentes". (2002)

El trabajo de campo permite el encuentro con el otro, con sus nociones, percepciones, prácticas, creencias, y como producto de este encuentro posibilita la interpelación de las perspectivas de cada uno de los involucrados en el proceso de conocimiento. Asimismo, es en esa instancia en la que el investigador pondrá a prueba todo su "andamiaje teórico e instrumental" y por consiguiente, se pondrá a prueba a sí mismo.

A su vez, las técnicas, en tanto "teorías en acto" (Bourdieu, P, 1994) deben guardar coherencia con los propósitos y categorías centrales que rigen la investigación, a la vez que deben permitir un uso flexible, aunque sin perder por ello la rigurosidad. La reflexividad y la flexibilidad son imprescindibles en la medida que el investigador es el instrumento por excelencia, y en la medida que construye información sobre su objeto de estudio, profundiza el conocimiento sobre sí mismo. (2003,31)

Como técnica de recolección de datos seleccioné la entrevista, las mismas fueron realizadas a colegas y profesionales del sistema de salud de la provincia, para conocer e indagar sobre los dispositivos de tratamiento grupales que hay actualmente en funcionamiento.

La autora del presente escrito se desempaña como Trabajadora Social en el Hospital Plottier de la Provincia del Neuquén (distante a 15 km. de la capital provincial) y viene desarrollando desde hace cinco años actividades de asistencia

y tratamiento de mujeres que son víctimas de violencia familiar. En base a esta experiencia, donde aparecen dudas y certezas respecto a los dispositivos de tratamiento existentes, en este escrito se pretende dar respuesta a las siguientes preguntas:

> ¿Cuáles son los actuales dispositivos de tratamiento de mujeres víctimas de violencia familiar actualmente en funcionamiento en el sub sistema de Salud Pública de la Provincia de Neuquén?
>
> *¿Cuáles son los obstáculos que operan para que los actuales dispositivos de tratamiento de las mujeres víctimas de violencia familiar, vigentes en el ámbito hospitalario de Plottier durante el año 2012-2013 no logren desarrollarse y que impiden a su vez, el cumplimiento de los objetivos de asistencia integral que regula la ley provincial?*

Para responder estas preguntas se realizaron una serie entrevistas a profesionales de los equipos psicosociales que llevan adelante la atención de mujeres víctimas de violencia, pertenecientes a catorce hospitales provinciales, de diversa complejidad.

El propósito que nos guía es aproximarnos a una evaluación de la estrategia más adecuada para el abordaje integral de la problemática de violencia de género, y poder dar cumplimiento a los lineamientos de política pública que fija la Ley Provincial 2786/11 y brindar un tratamiento oportuno y adecuado a las mujeres víctimas de violencia de género en la provincia de Neuquén.

En las entrevistas se abordó la formación profesional y las características de los dispositivos de tratamiento en funcionamiento: cantidad de mujeres que asisten, antigüedad del dispositivo, coordinación con instituciones de la comunidad, etc.

La provincia del Neuquén cuenta con Hospitales y centros de salud. Las zonas se dividen en zona norte, siendo los hospitales de referencia el de la ciudad de Chos Malal, Hospital de Andacollo y Hospital de El Huecú, zona centro siendo Hospital de referencia; Hospital Cutral- Co, Hospital Piedra del Águila y Hospital Zapala, zona sur siendo los hospitales de referencia Hospital San Martín de los Andes, Hospital Junín de los Andes y Villa la Angostura. Y por último la zona metropolitana, siendo referencia Hospital Castro Rendón (ciudad capital), Hospital Heller (ciudad capital), Hospital Centenario (Centenario) y Hospital Plottier (Plottier).

En el siguiente cuadro se presentan los datos recolectados más significativos:

Cuadro uno: Actuales dispositivos de tratamiento de mujeres víctimas de violencia familiar en hospitales de la Provincia de Neuquén:

Profesión de la entrevistada	**Hospital - Localidad**	**Dispositivos de tratamiento**	**Cantidad de mujeres que asisten al grupo**	**Antigüedad del dispositivo**	**Coordinación comunitaria**
Trabajadora Social	Chos Malal	Individual y grupal	7 a 10	Más de 6 años	Si, talleres con municipio
Psicóloga	El Huecú	individual	-	Cerró el dispositivo grupal hace tres años	-
Psicóloga	Andacollo	Individual-grupal	13 a 15	Más de 7 años	Si, talleres con municipio y propias mujeres
Psicóloga	Aluminé	Individual y grupal	3 a 5	7 años	No
Trabajadora Social	Junín de los Andes	Individual	-	Cerró el dispositivo hace dos años	-
Trabajadora Social	San Martín de los Andes	Individual y grupal	15	7 años	Si, coordinan con el Centro de Atención a la víctima y municipio
Psicóloga	Villa la Angostura	individual	-	-	-
Trabajadora Social	Zapala	Individual y grupal	15	10 años	Si, municipio, y educación
Trabajadora social	Cutral Có	Individual y grupal	15	Más de 5 años	Con Municipio y Educación
Médico	Piedra del Águila	Individual			
Trabajadora Social	Plottier	Individual			
Trabajador Social	Centenario	Individual			
Trabajadora social	“Castro Rendón” Neuquén	Individual			
Trabajadora social	“Horacio Heller” de Neuquén	Individual			

Fuente: elaboración propia a partir las entrevistas realizadas.

Acerca de los dispositivos de tratamiento Individual

El 100% de los hospitales consultados mencionan desarrollar dispositivos de tratamiento individual de las mujeres víctimas de violencia familiar, pero con diversidad de características referidas a la admisión y al nivel de integración de los profesionales actuantes[1].

En la gran mayoría de los casos (salvo uno) no está estructurada la admisión como inicio del dispositivo de tratamiento, sino que de acuerdo a la demanda espontánea, interconsultas y derivaciones, las situaciones ingresan al servicio de psicología o servicio social indistintamente, y son estos profesionales quienes la realizan, de acuerdo a la organización interna del servicio.

Algunos de los entrevistados mencionan mayor nivel de integralidad a partir de interconsultas y coordinaciones entre ambos servicios mientras que otros señalan una separación tajante y el desarrollo de tratamiento psicológico o social sin vinculación.

"Nosotros hacemos admisión individual, en el caso que haya que denunciar o asesorar jurídicamente derivamos a servicio social." (Psicóloga)

"Desde el servicio social hacemos una primer entrevista y ahí vemos si esa mujer es para tratamiento psicológico en ese momento o derivamos luego. No siempre en un primer momento las mujeres están en condiciones de comenzar un espacio terapéutico". (Trabajadora social)

"Pensamos que tenemos que organizar un sistema de admisión conjunta entre psicología y servicio social, lo que nos permitirá desarrollar un mejor tratamiento" (Psicóloga)

En general, el psicólogo realiza un recorte de su tarea centrándose en el tratamiento psicoterapéutico individual y el trabajador social es quien realiza las coordinaciones interinstitucionales (Juzgados, defensorías, desarrollo social, educación) y abordaje familiar y social. No se detectó un avance en la estructuración de funciones que organicen el trabajo conjunto, y todos coinciden en las dificultades de avanzar en el trabajo interdisciplinario, lo que mayormente "depende de las buenas relaciones entre profesionales" (Trabajadora Social).

Respecto a esta última afirmación, es amplia la bibliografía que se ocupa de los procesos de conformación de equipos multi e interdisciplinarios en el área de la Salud. En este trabajo hemos considerado apenas la existencia o inexistencia de acuerdos operativos del área de psicología y trabajo social, como una manera de acercarnos a la descripción de los dispositivos de tratamiento. No por ello

[1] Si bien se considera importante no se abordó la cuestión de los modelos de tratamiento que se llevan adelante, por considerar que excede los límites de este trabajo final.

desconocemos que se trata de una dificultad que está presente en el ámbito de la salud y no sólo en el tratamiento de mujeres víctimas de violencia familiar.

En este sentido, la característica sobresaliente del abordaje individual que estamos analizando, es la evaluación y tratamiento unidisciplinar, donde cada profesional desarrolla su trabajo específico y otros casos donde existe algún nivel de comunicación, integración y coordinación entre psicólogos y trabajadores sociales.

De los casos analizados, en uno sólo se realiza una entrevista de admisión psicosocial para el ingreso al dispositivo de tratamiento; “todas las derivaciones e interconsultas las realiza un equipo de atención psicosocial (psicóloga y trabajadora social) que posee un día particular fijo y difundido de atención y al cual el resto de los integrantes de salud derivan los casos detectados”. “Incluso las derivaciones le llegan al equipo no sólo del ámbito sanitario, sino también de otras instituciones de la comunidad, como ser escuela, municipalidad y juzgados”. Los profesionales entrevistados de este equipo refieren con firmeza que “en estos siete años de trabajo logramos que el dispositivo sea reconocido tanto por salud como por el resto de las instituciones de la comunidad” e insisten “la admisión es un ordenador fundamental para el proceso de tratamiento, por cuanto allí se decide si se continúa con tratamiento individual o grupal”. Asimismo, respecto a la necesidad de contar con estadísticas de atención válidas insisten en que “si la admisión se realiza separadamente y sin conexión entre psicología y trabajo social, nunca se puede saber cuántas mujeres hay en tratamiento, si ya han sido intervenidas, y los intentos de resolución intentadas”.

El caso mencionado representa el dispositivo de mayor estructuración y continuidad de los analizados. En el otro extremo se encuentran situaciones donde por ausencia de profesionales de alguna de las áreas de atención psicosocial los profesionales abordan la problemática de manera unidisciplinar.

“Desde hace dos años que no hay trabajadora social en el hospital, así que soy el único recurso para atención de las mujeres” (Psicóloga)

“Cuando hubo psicóloga no había trabajadora social y ahora que hay trabajadora social no hay psicóloga” (Médico)

Estas situaciones están señalando ya no sólo las deficiencias internas en los procesos de constitución del equipo de salud, sino que involucran el plano de la política pública y las deficiencias en la contratación de profesionales, sin duda condicionado por las malas condiciones laborales que ofrece el subsistema de salud pública de Neuquén.

Como situación intermedia a las descriptas, existen experiencias donde si bien no cuentan con una estructuración del dispositivo de tratamiento que tenga admisión

y tratamiento psicosocial (individual y/o grupal), la problemática que nos ocupa es abordada a través de entrevistas individuales que realizan indistintamente psicólogos o trabajadoras sociales, y donde se evalúa la necesidad de realizar interconsultas al otro servicio o plantear la discusión del caso en reuniones o ateneos para analizar las coordinaciones necesarias.

“Si en una entrevista evalúo que hay situaciones para derivar a un espacio terapéutico, o bien la entrevistada así lo solicita, realizo la interconsulta o derivación al servicio de psicología”: (Trabajadora social)

“Cuando entiendo que la situación bajo tratamiento requiere de asesoramiento judicial, como yo no entiendo mucho de juzgados y defensorías…, y si cabe una medida cautelar o de protección, en esos casos derivo al servicio social.” (Psicóloga)

“Cuando hay niños involucrados y cuando detecto que hubo intervenciones previas del Servicio Social lo derivo para a las trabajadoras sociales” (Psicóloga)

En los casos donde se detectó un mayor nivel de integración del equipo psicosocial las profesionales refieren que “si alguna de las dos evalúa necesario la realización de una entrevista conjunta, nos reunimos para analizar el caso y organizar la entrevista” (psicóloga y trabajadora social).

En un caso se hizo referencia a reuniones evaluativas de los integrantes del equipo de salud respecto a la atención individual: “Estos espacios de atención individual han sido considerados como insuficientes para responder a una problemática tan compleja como la que nos ocupa”; “si bien la atención individual representa uno de los espacios necesarios de intervención, con él no se logra brindar una atención integral, tal como lo plantea el artículo IV de la Ley Provincial 2786”.

Acerca de los dispositivos de tratamiento grupales

De los catorce casos analizados, en siete (50%) funcionan dispositivos grupales de abordaje de la violencia familiar en el ámbito hospitalario, son coordinados por profesionales de salud (psicólogas, trabajadoras sociales y médica), tienen un día y horario fijo de atención, y una antigüedad que va de uno a siete años de trabajo ininterrumpido.

En seis casos los grupos son coordinados por una Psicóloga y una Trabajadora Social, y en un caso se incluye a esta dupla, una médica general. Todos los casos cuentan con una instancia de admisión previa a la inclusión en el grupo, tienen una frecuencia de encuentro semanal de una hora y media de duración, y se realizan en el ámbito hospitalario. Cuatro de ellos son grupos terapéuticos

específicos de atención a mujeres víctimas de violencia familiar, y tres son talleres de mujeres, convocados para otras tareas de acuerdo a la demanda de las integrantes (mujeres tejedoras, macramé, cocina, diseño de remeras, etc.) y donde suelen incorporarse temáticas vinculadas a la violencia familiar, violencia de género, derechos de la mujer, crianza de los niños, etc.

“Hace dos años que cambiamos la modalidad del trabajo grupal, antes era un grupo de apoyo ahora convocamos a las mujeres a realizar talleres como venta de comida, diseño de remeras, sublimación y durante esos espacios abordamos algún tema como, derechos de las mujeres, perspectiva de género, violencia entre otras, siempre escuchando lo que sale de las propias mujeres. Haber cambiado la modalidad del grupo nos permitió crecer en la cantidad de mujeres que se van sumando, hoy contamos con un promedio de quince todos los talleres.” (Trabajadora Social)

“Las mujeres empezaron a pedir que realicemos talleres así aprendían algo nuevo y les generaba un ingreso económico en la familia. Y la verdad que lo llevamos adelante y funciona muy bien.” (Psicóloga)

“Nosotros, realizamos una admisión psicosocial, y ahí derivamos al grupo, el grupo de mujeres, es un grupo terapéutico donde se trabaja la problemática de violencia de género y familiar y en cada encuentro hay un tema a trabajar. Funcionamos hace más de siete años y siempre mantenemos una regularidad de quince mujeres por encuentro.” (Trabajadora social)

Incluso en los casos donde no se realizan actividades grupales, todos los profesionales entrevistados reconocen la importancia y validez de que se desarrollen dispositivos grupales de intervención.

“No tenemos grupo de mujeres porque no hay trabajadora social, yo estoy sola desde hace dos años… habíamos comenzado a pensar en un trabajo grupal, pero al quedar sin compañera y siendo el único recurso de todo el hospital, la demanda individual me supera” (Psicóloga).

“Como yo estoy sola empecé a conversar con la trabajadora social del municipio para ver si entre las dos podemos armar un grupo de mujeres” (Psicóloga)

“Con el tratamiento individual no se alcanza a brindar una respuesta integral a las mujeres, siempre queda algo por abordar y se pierde el impacto que tiene la palabra dicha por otro en la misma situación” (Psicóloga).

Algunas profesionales se plantean la duda respecto a si es el ámbito hospitalario (con toda su carga simbólica que potencia la situación de enfermedad) el adecuado para convocar a las mujeres víctimas de violencia.

“Yo creo que el lugar para convocar a las mujeres víctimas de violencia no es el hospital, habría que buscar espacios comunitarios como el centro vecinal o centro comunitario o el mismo centro de salud del barrio, yo creo que el centro de salud convoca más a las mujeres que el hospital” (Trabajadora Social).

“Creo que el imaginario social que existe respecto al hospital y la enfermedad es muy potente”, “la relación médico paciente y el poder médico hegemónico operan como un obstáculo muy fuerte al momento de convocar a estas mujeres”. (Trabajadora social)

“Cuando se le pregunta a la mujer por qué no viniste al turno te responden que acá el médico siempre me reta, para eso me quedo en mi casa” (Trabajadora social)

“Nos estamos cuestionando si el lugar donde dar tratamiento y abordar esta problemática no tiene que ser en los barrios donde viven las mujeres, en las asociaciones vecinales o centros comunitarios, eso considero sumaría más mujeres que no llegan al hospital.” (Psicóloga)

“El año pasado manteníamos un promedio de tres mujeres, y este año nos propusimos hacerlo en el centro de salud, en el barrio y convocar a través de actividades y talleres y así pudimos sumar un promedio de siete a diez mujeres.” (Trabajadora social)

Acerca del trabajo en red y comunitario

Los tres hospitales de mayor convocatoria tienen ciertas características que son muy importantes aclarar, tanto el hospital de Andacollo, como el de San Martín, y Zapala son los únicos dispositivos de tratamiento existente en esas comunidades y cuentan con más de siete años continuos de servicio reconocido tanto institucionalmente como socialmente.

“Este dispositivo grupal tiene más de quince años en la localidad, es la referencia del norte neuquino, y además somos los único en la localidad que brindamos tratamiento, en estos dispositivos ya hay mujeres que eran usuarias y hoy lo coordinan. Somos una referencia positiva en la localidad.” (Psicóloga)

“Acá funcionamos hace más de siete años, somos la única institución que brinda tratamiento y esto ya está coordinado con otras instituciones derivadoras como el Juzgado de Familia y Desarrollo Social.” (Trabajadora Social)

Durante las entrevistas realizadas a las profesionales y colegas donde no había dispositivos grupales, surgen cuestionamientos de cómo realizarlos y si pueden visualizar que el abordaje debe ser comunitario e interinstitucional, para que el

mismo sea regular y sostenido en el tiempo además de ser convocante para las mujeres.

“La manera de realizar un dispositivo grupal es junto con otras instituciones y profesionales pero en la localidad hay poco recurso humano y no hay una red interinstitucional conformada.” (Psicóloga)

“Estamos conformando y fortaleciendo la Red interinstitucional, ahora este año tendremos que poder comenzar a pensar los dispositivos de tratamiento que queremos ofrecer.” (Trabajadora social)

Así mismo en las localidades donde no se desarrollan dispositivos grupales, las profesionales también plantean que es muy difícil instalar la problemática de género en salud.

“Se dificulta mucho pensar en más oferta de tratamiento para la comunidad desde salud, cuando aún para los compañeros de trabajo esta no es problemática que deba atender el hospital, todavía hay mucha desinformación con respecto a las leyes de violencia y los tratamientos correspondientes.” (Psicóloga)

“Es muy importante poder trabajar con nuestros compañeros antes de iniciar este tipo de dispositivos, generar espacios de formación, capacitación para involucrarlos a ellos y que sepan que ellos también son parte y responsables de dar respuesta a esta problemático y no solo el área psicosocial.” (Trabajadora Social)

Refiriendo como motivos: “Hay poca convocatoria de mujeres, y entonces las que vienen dejan.” (Trabajadora social) “No hay profesionales de manera contínua, por lo tanto se cierra el grupo” (Médica)

Cabe mencionar que existan o no los dispositivos grupales de tratamiento, la totalidad de los profesionales reconocen la importancia de la coordinación intersectorial, mencionan participar en redes comunitarias donde ha sido abordada la problemática y valoran la necesaria integración institucional para definir estrategias de tratamiento de la violencia en todas sus modalidades.

TERCERA PARTE: Conclusiones, recomendaciones y propuestas

En base a los datos presentados y el marco teórico desarrollado, podemos avanzar en la afirmación que orientó como anticipación de sentido este trabajo, a saber, que el tratamiento de mujeres víctimas de violencia de género en el primer nivel de atención del subsistema público de salud, demanda de espacios de tratamiento tanto individuales como grupales, que sin duda, deberán estar integrados conceptual y operativamente para constituirse como un dispositivo institucional de atención a las víctimas de violencia.

Dado que los espacios individuales cuentan con mayor desarrollo en términos clínicos, nos centraremos en este apartado a describir con mayor precisión los dispositivos grupales de intervención social.

En el trabajo de campo desarrollado respecto a los dispositivos de tratamientos grupales existentes, se pudo observar que aquellos que se desarrollan con inserción comunitaria, que convocan a talleres o actividades de diversa naturaleza (y no sólo a mujeres víctimas de violencia) y que trabajan transversalmente la problemática de violencia, logran una mayor convocatoria, un mayor sentido de pertenencia y una adecuada sostenibilidad en el tiempo, lo que permite suponer el logro de los objetivos de tratamiento, o al menos, la posibilidad de permanencia del vínculo con el equipo de salud.

Con respecto a esto último las profesionales entrevistadas coinciden en que convocar a las mujeres sólo para abordar la problemática de violencia genera rechazo o poca asistencia a los talleres y que cuando las empezaron a convocar para pensar y producir otros espacios, no solo se mantuvo la convocatoria sino que aumento significativamente. Asimismo, la realización de estos talleres generó el contacto y la vinculación con otras instituciones locales, como municipios, secretaría de la mujer, ONGs, y educación entre otras.

En este punto coincidimos con Jasiner, en tanto convocar desde un síntoma o padecimiento no funciona de la misma manera que aquellas convocatorias realizadas desde una tarea. Por eso los grupos de mujeres que mantienen talleres como los mencionados anteriormente (cocina, costura, manualidades, etc.) tienen mayor convocatoria, se sostienen en el tiempo, alcanzan sentido de pertenencia, y a su vez, permiten el desarrollo de charlas vinculadas a determinadas problemáticas sin que por ello se identifique a los miembros como *padecientes*. Poder pensar en grupo de mujeres no es lo mismo que pensar al grupo de mujeres víctimas de violencia. Sabemos que los nombres predisponen e identifican a la mujer que concurre con un síntoma o un padecimiento que muchas veces se prefiere mantener en la esfera de lo privado.

También se pudo visualizar que hay grupos terapéuticos, que convocan sólo a trabajar la problemática, y que mantienen regularidad debido a que están

funcionando en la comunidad desde hace muchos años, que existe un reconocimiento social e institucional que los legitima y sostiene, y que, además, desarrollan su trabajo en redes interinstitucionales, siendo la única prestación en dispositivos grupales para mujeres víctimas de violencia familiar en esas localidades. Estas experiencias resultan sumamente valiosas a nivel provincial y son un referente ineludible para todos aquellos equipos de salud que deciden iniciar el camino de la intervención a través de dispositivos grupales.

De los catorce establecimientos contactados resultaron que en siete hay dispositivos grupales en funcionamiento desde hace más de dos años, con regularidad, lo que representa el 50 %. Los mismos funcionan con duplas psicosociales y sólo en uno (Zapala) participa una médica general o de familia. De los siete, cuatro son grupos de mujeres terapéuticos y tres funcionan con la modalidad de talleres comunitarios (convocados para la realización de otras actividades o tareas).

En los otros siete establecimientos contactados no existen dispositivos grupales de tratamiento, implementando sólo atención individual. Todos han planteado la existencia previa de dispositivos grupales pero que no han funcionado, por tener baja convocatoria.

Cabe aclarar que Neuquén Capital y alrededores (Centenario - Plottier) son las localidades de mayor densidad poblacional de la provincia. Según el Censo Nacional del año 2010 Neuquén Capital cuenta con 231.000 habitantes, Plottier con 32.390 y Centenario con 32.928 habitantes. En Centenario, donde existe una alta demanda de atención por situaciones de violencia de género al área de salud pública no hay ningún grupo de mujeres en funcionamiento. Según la información obtenida, este año comenzarían a funcionar grupos en dos centros de salud (Centro de salud Progreso y Centro de salud Almafuerte) y uno en el Hospital H. Heller.

Podemos concluir que los dispositivos grupales tienen mayor convocatoria y efectividad cuando reúnen las siguientes características:

1. Son convocados desde una tarea creativa, talleres propuestos por las mujeres que participan y donde se aborde la temática de violencia de género de manera transversal.
2. Se desarrollan en el primer nivel de atención, como Centros de salud, Comisión Vecinal, Centro comunitario (validación del eje territorial).
3. Son intersectoriales, esto es, donde se convoque a otras instituciones a sumarse con los recursos disponibles, Municipio, Educación, Cultura, Salud, entre otros.
4. Que la derivación a este dispositivo sea trabajada con anterioridad entre los profesionales e instituciones. Esto demandará la elaboración de protocolos locales y redes interinstitucionales.

Sumadas a estas cuatro características que surgen del estudio de campo realizado, entendemos importante desarrollar las siguientes cuerpos conceptuales de “redes sociales y comunitarias” y “el dispositivo grupal, un encuentro con el Otro” como propuesta de trabajo y lineamientos futuros para aquellos efectores de salud que decidan iniciarse en el camino de la intervención ante la problemática estudiada incluyendo no sólo dispositivos individuales de tratamiento sino dispuestos a aventurarse en los dispositivos grupales de intervención.

Redes sociales y comunitarias

Cuando se trata de problemas complejos como la violencia, articular en redes es fundamental para poder contar con otros soportes en el trabajo, además del equipo de salud.

La noción de **red social** implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, multicéntrico que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas y Perrone, 1998).

Llamamos **redes comunitarias** a las interacciones barriales de las organizaciones comunitarias entre sí y con vecinos, de las organizaciones con las instituciones locales que supone considerar a la población destinataria como actor social, al igual que al equipo de salud; a las vinculaciones que se dan en el territorio entre las organizaciones de la sociedad civil y del Estado, en este aspecto lo central es el eje territorial.

Aclaramos que actor social es tanto una persona como un grupo u organización, capaz de transformar activamente su entorno al mismo tiempo que se transforma a sí mismo. De esta manera la noción de red comunitaria busca revalorizar la dimensión de ciudadanía y la validación de derechos de la comunidad. (2014,14)

El dispositivo grupal, un espacio de encuentro con el Otro

Estos espacios de encuentro de mujeres que se proponen, constituyen instancias de reflexión crítica donde a partir de la expresión de sus malestares, la desnaturalización de los roles de género, la problematización de las situaciones de

inequidad de género y el intercambio de experiencias pueden ir revisando sus prácticas, ensayando nuevas formas de ser y de hacer. El aprendizaje a partir de los logros de las otras mujeres posibilita la esperanza de que lo que siempre fue así pueda ser de otras maneras. Estos espacios tienen la potencialidad de generar condiciones subjetivas que promueven la apropiación de derechos y el ejercicio de los mismos.

La estrategia de trabajo en círculo posibilita el encuentro de miradas, la valorización de cada una, el reconocerse en la otra y la circulación de la palabra. Las palabras nos permiten objetivar vivencias, darle nombre a las sensaciones y pensamientos, nos acercan.

La comunicación desde el cuerpo en las dinámicas, en los juegos y otros trabajos de expresión corporal nos permite comunicarnos con otros lenguajes, encontrarnos, aprender y divertirnos. La experiencia en cada mujer, despierta sensaciones nuevas, moviliza deseos y promueve cambios.

Podemos decir que un rasgo distintivo de los encuentros es la dinámica de los mismos: se trata de encuentros en los que la palabra se conjuga con la expresividad del cuerpo; de espacios gratificantes donde el cuerpo de las mujeres deja de ser controlado, marcado por el dolor, la tragedia y los mandatos para transformarse en cuerpos en los que se inscriben sensaciones placenteras, cuerpos libres que pueden elegir, crear, encontrarse, aprender en el intercambio con las otras y aprender a luchar con otras por sus derechos.

Otra característica de estos espacios es que tienen una fuerte impronta en lo “organizativo”, las mujeres no sólo se encuentran para conversar, jugar y aprender sino para “hacer con otras”; lo que se produce en este hacer es tan variado como cada grupo: cine comunitario, rondas de visitas entre las mujeres cuando una “no anda bien” o “tiene problemas”, tejido, artesanías, picnics, salidas recreativas, eventos para recaudar fondos ya que la mayoría de los grupos se auto sustentan, mateadas, charlas a otras mujeres, encuentros con otras mujeres, participación en los encuentros nacionales de mujeres, entre otras actividades.

A nuestro entender, acompañar el proceso de creación y/o fortalecimiento de espacios-grupos de mujeres es una fuerte apuesta a la salud y los derechos en general pero también es una de las estrategias y dispositivos de intervención más efectivos desde la APS y específicamente el primer nivel de atención en la prevención de la violencia.

Como se puede ver esta propuesta de abordaje tiene como objetivo que el espacio grupal sea un encuentro con otro, donde más allá de la problemática a trabajar, ellas organizan y proponen encuentros y talleres que las convoca desde un lugar creador. El espacio grupal es entendido desde un lugar de acompañamiento al proceso creador.

A modo de cierre

Retomando la pregunta directriz de este trabajo, *¿cuáles son los obstáculos que operan para que los actuales dispositivos de tratamiento de las mujeres víctimas de violencia de género, vigentes en el ámbito hospitalario de Neuquén no logren desarrollarse, y que impiden a su vez, el cumplimiento de los objetivos de asistencia que regula la ley provincial? n*os parece importante señalar:

1) en primer lugar, aparece como obstáculo principal la escasa información y capacitación que tienen los que trabajan en el ámbito de salud respecto a la violencia familiar, la violencia de género y perspectiva de género entre otras temáticas afines y fundamentales para la intervención. Es obligación del Estado garantizar y generar espacios de formación continua para los equipos de salud que abordan esta problemática. Al no ser una temática de índole biológica resulta difícil instalarla y problematizarla en el ambiente médico hegemónico. También es importante remarcar que está en nuestras manos llevar adelante propuestas de capacitación, concientización en los equipos médicos asistenciales locales donde estamos insertos, para comenzar a trabajar de manera interdisciplinaria y poder coordinar la detección de situaciones de violencia y su respectivo abordaje.

2) Como segundo obstáculo, y coincidiendo con lo planteado por Jasiner, entendemos que la convocatoria a través de un síntoma o padecimiento opera claramente como obstáculo al momento de realizar la convocatoria. Entendemos que como profesionales de la salud es necesario revisar los modos en que son convocadas las mujeres a los espacios de atención de la salud. El breve estudio exploratorio realizado para este documento nos permite avanzar en la suposición cada vez más certera de que el síntoma no es convocante para los espacios grupales. Es más, opera como un obstáculo central al momento de la participación en estos dispositivos. Entendemos que el dispositivo debe convocar a una tarea, a un encuentro con otros, con un objetivo claro, en tiempo y espacio delimitado, con una admisión previa de manera interdisciplinaria y que convoque desde una mirada creadora, positiva, no desde un síntoma o padecimiento.

3) Por último, consideramos importante que estos dispositivos grupales de tratamiento estén insertos en el territorio, en el primer nivel de atención de salud, allí donde se trabaja en redes, conjuntamente con otras instituciones locales, como educación, desarrollo social, municipalidad y justicia. De esta manera, la propuesta del encuentro con el Otro, no aplica sólo para los integrantes padecientes del grupo, sino también para los operadores.

> Entendemos que este es el camino que puede permitir arribar a propuestas de abordaje de esta problemática compleja de manera integral. Sobre todo, para potenciar una verdadera visibilización de la violencia de género y que ésta no quede encerrada en el ámbito hospitalario reforzando los aspectos sintomáticos.

Será momento de poner en marcha este dispositivo en la comunidad donde trabaja la autora de este escrito y seguir cuestionando la tarea diaria junto a los compañeros y compañeras profesionales y no profesionales, sin perder de vista la comunidad que nos rodea y otorga sentido.

La realización de este trabajo ha permitido arribar a algunas ideas claras acerca de las características de los dispositivos de intervención grupal frente a la violencia contra las mujeres, apenas un punto de partida para transitar un recorrido de trabajo cotidiano. Muchos más son los interrogantes que aparecen por delante y que sin duda permitirán iniciar un nuevo recorrido en pos de mejorar la tarea profesional en el ámbito hospitalario.

Por los caminos de la creación, bordear el malestar, no eliminarlo sino contornearlo, como dijo alguna vez Marcelo Percia, se trata de "bordear con palabras y ternura lo insoportable".

Graciela Jasiner

Bibliografía

- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.* Diciembre 1993. A/RES/48/104. 23 de febrero de 1994. [Accedido el 21 de enero de 2007]. Disponible en: http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf

- AAVV (2012) Comunicación y Género. Oficios Terrestres. Publicación de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social-UNLP, La Plata, Argentina.

- Bancroft, L. (2003) *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men.* New York, Berkeley Books.
- Becher y Kuperman (1999) Prevención y tratamiento. En: *Maltrato infantil, Una deuda con la niñez.* Ed. Urbano, 2ª Ed.
- Benahabib, Seyla. (1992) Una revisión del debate sobre las mujeres y la teoría moral. Celia (edit.) *Feminismo y ética*. Instituto de filosofía – anathropos. Barcelona: Ed. Amorós
- Berlinerblau, Virginia (1998) Abuso Sexual Infantil. En *Violencia Familiar y Abuso Sexual.* Buenos Aires: Eudeba.
- Bourdieu, Pierre et al. (1994) *El oficio de sociólogo*. España: Siglo Veintiuno Editores.
- Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (1968).Teherán.
- Conferencia de Población (1974). Bucarest.
- Conferencia Mundial sobre la mujer (1975) .México.
- Corsi, Jorge. (1994) (comp.): *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós,
- Dabas, E. y Perrone, R. (1999) *Redes en salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Deleuze, G. (1990). ¿qué es un dispositivo? En Babier, Deleuze, Dreyfus y Otros (Eds.) *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.
- Dubé, Myriam (2008) Les Péres Filicides. La violence conjugale en filigrane. En *Violences faites aux Femmes*. Presses de l´Université du Québec. Québec, Canada.
- Escudero Nafs, A., Usaola, C., López Girones, M. y Aguilar Redo, L. (2005). "La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia." *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, vol. XXV, nº 95.
- _____ (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género.

II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, vol. XXV, nº 96.

- Faur, E. (2003) ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia. En: Checa, S. (comp.) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia.* Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, Michel (1991) El juego de Michael Foucault, en Saber y verdad, Madrid: La Piqueta.
- Garzón Muñoz, Rubén. (2011) “La escalada de la violencia conyugal”. Ed: Par l’auteur. Canadá.
- Guía para el Abordaje de situaciones de violencia en el primer nivel de atención de APS. (2014) Secretaría de salud. Municipalidad de Córdoba.
- Guber, Rosana (1992): El salvaje metropolitano, Editorial Legasa. Bs. As.
- Heidegger, M. (1994) “Construir, habitar y pensar”, en Conferencias y Artículos, Serbal, Barcelona.
- Jasiner, Graciela (2011) “Coordinando grupos, una lógica para los pequeños grupos.” Ed. Lugar. Bs. As.
- Lagarde, Marcela. (1996) “El género”, fragmento literal: “La perspectiva de género”, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. Horas y HORAS, España.
- Lorente, M. (2004) El rompecabezas. Anatomía del maltratador, Barcelona, Ares y Mares.
- Mejía, Raúl y Alemán, María (1999) Violencia doméstica. Rol del médico clínico. UBA.
- Monzón, I. (2003) "La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica", en: Corsi, J., Maltrato y abuso en el ámbito doméstico, Buenos Aires, Paidós.
- Morier, Yves. Bluteau, Catherine. Bruneu, Guy, Lessard Claire. Beaudet Pierre. (1991) Intervention Sociojudiciaire en Violence Conjugale. Centre Éducative et Culturel. Montréal, Québec.
- Observatorio de femicidios en argentina “Adriana Marisel Zambrano”, coordinado por la Asociación Civil “La Casa del Encuentro”. (2013).
- Organización Mundial de la Salud (1998) Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. OMS/OPS.
- Oszlak, O. y O’Donell, G. (1984). “Estado y Políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación.” En Kliksberg, B. y Sulbrandt, J. (compiladores). “Para investigar la Administración Pública. Modelos y experiencias latinoamericanas.” Instituto Nacional de Administración Pública. Alcala de Henares.
- Ponce de León, A.; Lizola, M. E. y Rodríguez, Susana (2013) Capítulo 6. La diferencia no es el problema: el sesgo profesional como facilitador en la constitución de equipos de salud. En Krmpotic; Mitjavila y Saizar (Coords.)

(SUB) Culturas Profesionales, Poder y Prácticas en Salud. Págs. 123 a 138 Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. (2008). Secretaría general de la salud pública, consejería de la salud. Andalucía. España.
- Puleo, Alicia (2011) Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género: Material de formación. Ayuntamiento de Sevilla, España.
- Rivera, Suyapa (2003) Manual para realizar Grupos de apoyo con mujeres sobrevivientes de violencia doméstica. Centro de Derechos de Mujeres. Honduras.
- Rodríguez Carballeira, A. (1992) El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria.
- Rodríguez, Susana Rita (2014) "Los consejos locales de derechos de niñez y adolescencia. Espacios institucionales de visibilidad y enunciación." Publifadecs. Rio Negro.
- Roffler, Érica, (2012), "Aportes desde la perspectiva de Género". Unicef-Ministerio de Justicia y seguridad de la Provincia de Buenos Aires.
- Saltalamacchia, Homero (2002): Del proyecto al análisis: aportes a la investigación cualitativa. Texto inédito.
- Seligman (1981) MEP., Indefensión. Debate. Madrid
- Sepúlveda García de la Torre. (1996) "La violencia de género como causa del Maltrato Infantil." En cuaderno de Medicina Forense, Nº 12. Sevilla, España.
- Tapia y Portales (2011). "Democracia, Derechos Humanos y Violencia de Género". Ed. Fontamara. España.
- Travi, Bibiana (2003) "La construcción de la invisibilidad de la violencia hacia la mujer en el ámbito doméstico." Tesis de la Maestría en Política Social. UBA.
- Velázquez, S. (2006)"Violencias cotidianas, violencia de género. Escuchar, comprender, ayudar". Ed. Paidós. Bs. As, Argentina.
- Walker, L.E. (1979) The battered women. New York, Harper and Row.

Normativa consultada

- Convención de Belem do Pará.1994. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.
- Ley Nacional Nº 26.485 de "Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia hacia las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales." 2011.
- Ley Provincial Nº 2785 (2012) "Régimen de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar".
- Ley Provincial Nº 2786 (2012) "Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres".

Documentos gubernamentales

- Censo Nacional 2010 de Población, Hogares y Vivienda.