

Violencia de género institucional: cuando el que muere es el femicida. Estudio de un caso.

Blanco, Jimena Soledad.

Cita:

Blanco, Jimena Soledad (2025). *Violencia de género institucional: cuando el que muere es el femicida. Estudio de un caso*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/108>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/5Ox>

VIOLENCIA DE GÉNERO INSTITUCIONAL: CUANDO EL QUE MUERE ES EL FEMICIDA. ESTUDIO DE UN CASO

Blanco, Jimena Soledad

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Se presenta el estudio de un caso de una mujer que sufrió violencia de género de forma crónica. Durante este período diversas instituciones realizaron intervenciones sobre ella y su hija; la violencia nunca cesó. Una noche, el hombre inició una nueva agresión y en ese movimiento terminó con su propia vida al recibir en su pecho el puñal que ella mostró para persuadirlo de dimitir. A la mujer le dictaron prisión preventiva domiciliaria en el exilio y también fue separada de su hija (que quedó al cuidado de la familia del agresor). El proceso judicial culminó con la absolución de la acusada. El objetivo de este artículo es presentar los diferentes analizadores que es importante considerar para valorar la conducta de esta mujer desde la perspectiva de género aportando una mirada ética y singular. Se busca prevenir la violencia de género institucional ya que a pesar de haber sido absuelta por la justicia, esta mujer fue precozmente juzgada y condenada por los diferentes equipos técnicos que intervinieron. Además, se abordará la clínica que presentan las personas en situación de violencia y el rol del psicólogo de la institución de salud en la participación de un juicio del fuero penal.

Palabras clave

Violencia de género - Interseccionalidad - Revictimización - Trastorno de estrés postraumático

ABSTRACT

GENDER VIOLENCE: WHEN THE ONE WHO DIES IS THE FEMICIDE. A CASE STUDY

This article presents a case study of a woman who suffered chronic gender-based violence. During this period, various institutions intervened with her and her daughter, but the violence continued unabated. One night, the man began a new attack and, in the process, took his own life when he received the knife she brandished to persuade him to resign. The woman was placed under house arrest in exile and was also separated from her daughter (who remained in the care of the attacker's family). The trial culminated in the acquittal of the accused. The objective of this article is to present the various analytical tools that are important to consider when assessing this woman's behavior from a gender perspective, providing an ethical and unique perspective. The aim is to prevent institutional gender-based violence,

since despite being acquitted by the courts, this woman was prematurely tried and convicted by the various technical teams involved. In addition, the clinical presentation of people in situations of violence and the role of the healthcare psychologist in criminal trials will be addressed.

Keywords

Gender-based violence - Intersectionality - Revictimization - Post-traumatic stress disorder

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se ha vuelto más complejo acceder a datos oficiales^[i] respecto a cifras que objetivan la violencia de género. Según el Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, en 2024 hubo 295 víctimas de femicidio confirmadas distribuidas de la siguiente manera: 23 femicidios vinculados, 8 transfemicidios, 12 suicidios feminicidas^[ii] y 14 femicidios relacionados con el narcotráfico y crimen organizado. (Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, 2024). Respecto del vínculo de las víctimas y los agresores, en el 84% de los casos había un vínculo preexistente y de este porcentaje el 62% estaba en una relación de pareja o era ex pareja. En cuanto al lugar de los hechos, en el 65% de los casos las víctimas fueron asesinadas en el hogar que compartían con el agresor. El 20,7% de las víctimas había realizado al menos una denuncia y 200 niñas y niños quedaron sin madre a causa de los femicidios (Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, 2024).

En cuanto a la distribución geográfica en el país, en este informe se muestra que en Buenos Aires (provincia y CABA) se presentó la mayor cantidad de casos (128) y que en Neuquén^[iii] se produjeron 6 femicidios en el mismo período de tiempo. Sin embargo, al analizar los datos teniendo en cuenta las cifras del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022, la incidencia de casos por provincia^[iv] refleja una realidad diferente: la provincia de Neuquén queda en quinto lugar a nivel nacional con la tasa de femicidios más alta 0,00166 (6 femicidios sobre 361.726 habitantes de sexo femenino). (Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, 2024).

Ahora bien, ¿qué es la violencia (por motivos) de género?

Es toda conducta, acción u omisión, basada en razones de género, 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 patrimonial, como así también su seguridad personal. *Quedan comprometidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes*. Se considera violencia indirecta, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer o persona LGBTIQNBA+ en desventaja con respecto al varón. (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación, 2022)

En cuanto al concepto de género, Gayle Rubin definió al sistema sexo género como un conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos humanos. Así, el sexo lleva la marca de la biología y el género de la cultura (Rubin, 1975 citado en Cobo Bedia, 2005). A su vez, el sistema sexo género es el modo en que la realidad social se organiza, se divide simbólicamente y se vive experimentalmente y esta interpretación simbólica es socio histórica, es decir, varía en cada época (Benhabib, 1990 citado en Cobo Bedia, 2005). De esta manera, en el corazón de la sociedad existe un mecanismo que distribuye los recursos (políticos, económicos, culturales) en función del género, es decir, sobrecarga de recursos a los varones y priva a las mujeres. En síntesis, el género es un principio de orden que revela la existencia y los efectos de una relación de poder (Cobo Bedia, 2005).

En resumen, el concepto de género se refiere a la existencia de una normatividad femenina construida sobre el sexo como hecho anatómico. Luego, esta normatividad femenina es la expresión de un sistema social en el que el género es un principio de jerarquización que asigna espacios (y roles) y distribuye recursos a varones y mujeres. Este sistema social es el patriarcado (Cantera, 2007; Cobo Bedia, 2005). Para comprender cómo se interrelacionan estos conceptos se presentará una adaptación del modelo ecológico.

MODELO ECOLÓGICO DEL DESARROLLO HUMANO DE URIE BRONFENBRENNER

Este autor establece que la conducta es una función de la interacción de los rasgos de la persona y de sus habilidades con el ambiente. Entonces, el desarrollo humano es el resultado de la acomodación entre el ser humano (activo) y los entornos inmediatos que lo circundan (Monreal, Povedano, & Martínez, 2014). Siguiendo las conceptualizaciones de Bronfenbrenner, Heise expone que son diversas las causas que dan origen a la violencia de género en la pareja y recomienda una mirada que integre la interacción de factores culturales, sociales y psicológicos (Heise, 1998, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Así, las personas están insertas en una red de relaciones que se expresan gráficamente en estructuras concéntricas o anidadas y que representan los contextos de desarrollo más significativos.

De esta forma, la conducta es el resultado de la interacción de los diferentes sistemas que se relacionan de manera bidireccional y concéntrica; cada uno de los niveles está contenido en el siguiente. Estos contextos de desarrollo se denominan ontosistema, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema (Monreal et al., 2014).

A continuación, se definirán cada uno de los componentes del modelo:

1) El **ontosistema** o **nivel individual** está relacionado con las características individuales de la persona teniendo en cuenta las diferencias en función del género (Monreal et al., 2014). Corresponde a la historia personal que el individuo aporta a la relación de pareja, incluye las creencias aprendidas en la familia de origen y la habilidad para lidiar con estresores (De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012)

2) El **microsistema** es un patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado (familia, grupo de pares). Es el contexto inmediato en el que tiene lugar la violencia y generalmente se refiere al entorno familiar (Heise, 1998, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). En cuanto a estos patrones de actividad, es frecuente que frente a las adversidades estas familias utilicen estrategias agresivas para la resolución de conflictos dada la baja tolerancia al estrés (Belski, 1980, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). En este nivel también se incluye al consumo de sustancias no como causante de la violencia, sino como potenciador de conductas violentas dado que la persona agresora utiliza los efectos del uso de las drogas para no responsabilizarse por sus conductas delictivas (Carvalho-Barreto et al., 2009, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012)

3) El **mesosistema** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente. Es un sistema de microsistemas. Ejemplos de éstos pueden ser las familias y la interacción con la escuela.

4) El **exosistema** es uno o más entornos que NO incluyen a la persona activamente pero en los cuales se producen hechos que afectan lo que ocurre en el entorno de esta persona. Este nivel está conformado por el sistema de relaciones enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel familiar (escuela, barrio, iglesia, mundo del trabajo, redes sociales). Hacen perdurar el problema del maltrato a través de pautas culturales sexistas y autoritarias (Belski, 1980, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). **Este nivel también incluye la ineffectividad de la ley y la falta de respuesta de las instituciones ante las situaciones de violencia de género.** También incluye la responsabilidad de los medios de comunicación al presentar modelos violentos y normalizar la violencia. En relación con los barrios, la evidencia muestra que en ocasiones la vecindad no suele denunciar ni implicarse por temor a recibir violencia (Benson et al., 2003, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Asimismo, en sociedades con menor prevalencia de violencia, la comunidad reconoce su deber de intervenir

(Heise, 1998, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Entonces, la cohesión comunitaria es un factor protector mientras que la falta de implicación de la comunidad es un factor de riesgo (Anderson & Kaslow, 2009, citado en De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012).

5) El **macrosistema** es la estructura anidada en el nivel más amplio e incluye las otras formas de organización social, las creencias culturales y los estilos de vida que prevalecen en una cultura o subcultura particular. En este nivel están incluidas las creencias sobre desigualdades de género basadas en los estereotipos de las que derivan los mitos del amor romántico que guían las interacciones sentimentales (Monreal, Povedano, & Martínez, 2014). Otros ejemplos son la distribución rígida de roles de género, el uso de la fuerza como método de resolución de conflictos o los mitos que culpan a la víctima de los maltratos sufridos (De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Por último, el **cronosistema**, implica los cambios temporales en el ambiente que producen nuevas condiciones que inciden en el desarrollo (Monreal, Povedano, & Martínez, 2014).

MÉTODO

El estudio de casos es un método de investigación cualitativa que se utiliza para comprender en profundidad la realidad social. Para Stake (1998) es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias concretas. De acuerdo con los datos presentados anteriormente, el evento de mayor prevalencia es el femicidio (expresión de violencia de género más grave) y no la muerte del agresor. Por ser éste un evento poco frecuente y de acuerdo con la clasificación de Yin, este estudio se enmarca dentro del tipo exploratorio, ya que los resultados que de aquí se obtengan, servirán como base para formular nuevas preguntas de investigación que permitan la emergencia de nuevos desarrollos teóricos. Se desarrollará este escrito siguiendo las 5 fases propuestas por Montero y León (2002).

Selección y definición del caso

La Sra. J (24 años) fue acusada de apuñalar a su ex pareja el Sr. A. La Sra. J sufría violencia de género por parte del Sr. A de forma crónica. Luego de haberse concretado el juicio, el tribunal absolvió a la Sra. J porque entendió su conducta como legítima defensa.

No se puede valorar una conducta si no se entiende el contexto en el que esa conducta se lleva a cabo: en primer lugar, se presentará el contexto de vida de la Sra. J. Oriunda de una localidad^[vi] de la Precordillera de los Andes. En la actualidad, esta localidad cuenta con aproximadamente 1100 habitantes con acceso a una ruta nacional por un camino de ripio de 20km que dista a 90km y 140km de los centros urbanos más cercanos. Estas condiciones implican un aislamiento relativo y una

distancia a centros comerciales, administrativos y de servicios que encarece todas las actividades. La mayoría de las viviendas del pueblo fueron construidas en contexto de planes sociales nacionales o provinciales.

En cuanto a la identificación de riesgos^[vii] (relevada por el hospital local) a nivel comunitario y de salud se destacan: población hacinada en viviendas precarias, falta de emprendimiento productivo local (la mayoría del pueblo vive de sueldos estatales municipales y planes sociales. No se encuentra explotado el turismo, ni existen emprendimientos privados a mediana o gran escala que empleen a los habitantes locales).

La Sra. J es la novena de diez hijos, de un matrimonio que perdura en la actualidad. De niña, observó las golpizas que su padre -desempleado y en contexto de consumo de alcohol- le propinaba a su madre. Mientras esto sucedía, la Sra. J. protegía a uno de sus hermanitos menores.

A los 14 años, la Sra. J abandonó la escuela y se radicó en la casa de una hermana en una localidad (Z)^[viii] cercana a 90km de su pueblo de origen. Cuando ésta no pudo alojarla más, quedó en situación de calle. Luego conoció al padre de su primer hijo y embarazada volvió con su pareja a la localidad de origen. Este hombre tenía conductas violentas que la Sra. J. había naturalizado. En esta oportunidad, su familia la ayudó y se separó. Un tiempo después conoció al Sr. A. y quedó nuevamente embarazada. Volvió a la localidad cercana Z y su primer hijo quedó al cuidado de la familia de la Sra. J.

El Sr. A consumía cocaína y alcohol a diario. El y su familia de origen vivían hacinados. Sus hermanos también tenían denuncias de violencia de género y su padre había ejercido violencia contra su madre toda la vida. Las diferentes situaciones siempre estuvieron intervenidas por distintas instituciones. La Sra. J. terminó viviendo en esa casa y reconoce que fue un error por su imposibilidad de poner límites. En oportunidades la madre del Sr. A echaba de la casa a la Sra. J y su nieta. Tras varios años de violencia crónica, la Sra. J logró irse del domicilio familiar del Sr. A. Había conseguido “un trabajo en el municipio local^[viii]” (que era en realidad un subsidio bajo una contraprestación) y pudo mudarse. Sin embargo, la violencia no cesó.

La noche de la muerte del Sr. A, ella utilizó un cuchillo para defenderse, como lo había hecho en otras oportunidades. Habían consumido cocaína y alcohol y estaban en la casa de un familiar de él. El Sr. K. comenzó a golpearla, la tiró en la cama y ella le pidió al familiar que se lo sacara de encima, que iba a acceder a lo que le pedía. Cuando ella logró zafarse, de pasada tomó un cuchillo con el objetivo de exhibirlo como amenaza y que el Sr. A cesara la violencia. Pero el forcejeo continuó y el Sr. A terminó apuñalado. Al ver lo ocurrido el familiar la culpó del resultado y la golpeó^[ix].

La Sra. J llegó al hospital local demandando ayuda para transitar síntomas físicos de abstinencia y la ansiedad y el miedo que le generaba no saber nada de su hija, de quien nunca se había separado^[x].

Ámbitos en los que es relevante este estudio. Este estudio es relevante en el ámbito clínico y en particular en Salud Pública.

Sujetos que pueden ser fuente de información^[xvi]. La consultante y equipos técnicos de diferentes instituciones.

Problema. ¿Cómo acompañar a una mujer en situación de violencia respecto a su sintomatología clínica y las violencias institucionales a las que estaba expuesta y que lejos de cesar se recrudecieron?

Objetivo de la investigación. El objetivo de esta investigación es exponer y conceptualizar analizadores para acompañar estos padecimientos en un marco de derechos, con una mirada ética y desde la perspectiva de género. También, presentar y conceptualizar la sintomatología y trastornos mentales más prevalentes que presentan las personas en situación de violencia. Todo esto con el objetivo de contribuir a la clínica psicológica y a la prevención de la revictimización^[xvii] y la violencia de género institucional^[xviii].

Elaboración de una lista de preguntas

¿Qué demanda la consultante al acercarse al sistema de salud? ¿Cuál es el rol del equipo de salud frente a este escenario complejo? ¿Cómo tratar este padecimiento subjetivo en interdisciplina? ¿De qué manera articular y trabajar de forma intersectorial para darle alguna respuesta a la usuaria? ¿Cómo prevenir nuevas situaciones de violencia? ¿Cómo evitar la violencia institucional?

Localización de la fuente de datos

Se extraen y analizan los datos de los registros escritos de entrevistas. También, se empleó el documento “Análisis de Situación de Salud 2021^[xiv]” de la localidad de la que es oriunda la consultante. Finalmente, se presentó el escrito a la consultante quien dio su consentimiento de forma verbal y a través de la firma de un documento.

Análisis e interpretación

Dos cuestiones interesan en un abordaje ético clínico: en primer lugar, evaluar la existencia de sintomatología y/o trastornos mentales como consecuencia de la violencia. Luego, entender el contexto en el que la conducta de defensa -que terminó con la vida del Sr. A- se produjo, de manera de no reproducir discursos moralistas y, lo más importante, no ejercer violencia contra la consultante.

En cuanto al diagnóstico diferencial, es prevalente el desarrollo de trastorno de estrés postraumático^[xv] comórbido con sintomatología depresiva en personas que han sufrido violencia (Asensi Pérez, Flores Fernández & Nevado Duarte, 2024; Echeburúa, De Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997, 2016; Mata Gil, Sánchez Cabaco, Fernández Mateos, González Diez, & Pérez Lancho, 2014, Santandreu, 2014; Saquinaula-Salgado, Castillo-Saavedra, & Rosales Márquez, 2020). En el caso de la Sra. J se halló sintomatología compatible con TEPT que se cuantificó

mediante la utilización de la Escala de Gravedad de los Síntomas de TEPT (Echeburúa et al., 1997).

En las entrevistas que se trabajó con la escala, la consultante, espontáneamente, fue comparando la intensidad de los síntomas presentes en ese momento versus la intensidad de los síntomas cuando el Sr. A vivía y representaba una amenaza permanente para su integridad física y la de su hija. De esta manera, se observó que la intensidad de los síntomas había disminuido con la muerte del Sr. A, es decir, con la amenaza efectivamente eliminada. Los síntomas de TEPT aparecen en mayor medida en los casos donde ha existido violencia física y sexual (Santandreu, 2014) tal como fue el caso de la Sra. J y por otro lado, en personas que han sufrido agresiones sexuales y violencia familiar, el riesgo de una nueva agresión es alto y, por ello, la hiperactivación y el estado de ánimo negativo desempeñan un papel importante (Echeburúa et al., 2016). Es decir, con la evaluación quedaba de manifiesto cómo el núcleo sintomático referido a la reactividad psicofisiológica fue el que más había mejorado a partir del cese de las violencias física y sexual, que sólo se produjo, con la muerte del Sr. A. Esta evaluación es de interés *para definir conducta terapéutica y plan de tratamiento como así también frente a la posibilidad de tener que presentar informes o declaración en la justicia.*

Otro dato clínico relevante que podría explicar la conducta de la Sra. J -además de la lectura e interpretación del contexto- es la valoración del “efecto Stroop”. Al hablar del núcleo sintomático de reactividad psicofisiológica y de hipervigilancia se intenta explicitar que las personas en situación de violencia (y con TEPT) se encuentran en alerta constante y prolongada incluso reaccionando frente a estímulos neutros, percibiendo los ambientes como hostiles y con una sensibilidad especial ante conductas y actitudes que han aprendido a interpretar como peligrosas para su integridad. Una vez apartadas de la situación de violencia siguen viviendo como si ésta aún se mantuviese (esto se llama hipervigilancia emocional) (Mata Gil, Sánchez Cabaco, Fernández Mateos, González Diez, & Pérez Lancho, 2014). La hipervigilancia genera un aumento de la activación (arousal) que tiene implicancias en el plano cognitivo (Stroop, 1935, citado en Mata Gil et al., 2014).

Ahora bien, ¿qué evalúa el efecto Stroop? La interferencia cognitiva a través de la cual se puede analizar tanto la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno como la capacidad de reaccionar selectivamente ante la misma (Golden, 1994, citado en Mata Gil et al., 2014). Se sabe que la violencia de género causaría perturbaciones cognitivas de forma que se producirían sentimientos y conductas activadoras que a través de la tarea Stroop se evidenciarían mediante la interferencia o hipervigilancia emocional. La importancia de la selección y el control de los estímulos que se evidencia en el efecto Stroop es lo que vincula mecanismos atencionales y emocionales (Fernández & Cabaco, 2009; Lancho & Cabaco, 2009; González, Cabaco & Lancho, 2010, citado en Mata Gil et al., 2014).

Por último, ¿qué relevancia tiene el efecto Stroop en el análisis de la conducta de la Sra. J y en su presentación clínica? Por un lado, entender que el estado de hipervigilancia (constatado a través de la escala de Echeburúa) puede generar interferencias cognitivas que podrían explicar la reacción ¿instintiva? (¿o tal vez de respuesta emocional primitiva?) de empuñar un cuchillo para protegerse. El TEPT se constató en la evaluación de Salud Mental. Ahora bien, ¿existió alguna pericia psicológica que evaluara este efecto? La respuesta es NO. Y esta situación es un ejemplo concreto más de violencia institucional que la Sra. J padeció.

Elaboración del informe. De las evaluaciones de Salud Mental se concluyó la presencia de síntomas compatibles con TEPT que fueron de mayor gravedad mientras la amenaza existía y que fueron mejorando cuando ésta cesó. En cuanto a los síntomas físicos de abstinencia mejoraron con un plan psicofarmacológico reglado con Lorazepam 2,5mg y dosis de rescate. La evolución fue muy buena y el consumo problemático quedó asociado a estrategias disfuncionales de regulación del malestar emocional y de evitación para sobrevivir a la situación crónica de amenaza y vulnerabilidad en la que la consultante se hallaba. Al profundizar en la historia de vida de la Sra. J resulta imprescindible considerar el analizador *interseccionalidad* para entender la situación de vulnerabilidad. Además, éste se puede utilizar para evaluar riesgo de forma cualitativa en el ámbito clínico. La interseccionalidad es una herramienta analítica que permite comprender cómo distintas dimensiones de opresión actúan de manera simultánea y se actualizan en las trayectorias vitales de las personas (Platero, 2012, citado en Migliaro, Mazariegos, Rodríguez & Díaz, 2020). Esta herramienta evidencia y profundiza en el cruce y la combinación de las identidades de género, clase, raza, edad las acciones de dominación y opresión que viven especialmente las mujeres y los cuerpos feminizados (Migliaro et al., 2020). Crenshaw (1991) sistematizó el concepto y diferenció la interseccionalidad estructural (incluye la raza, el género y la clase como estructuras de poder interrelacionadas que determinan la vida de las personas) y la interseccionalidad política (que aborda el conflicto que la imbricación *-y no la sumatoria-* de estas dimensiones supone *para las agendas políticas estatales* y de los movimientos sociales) (p.69).

DISCUSIÓN

En el ejercicio de la clínica es importante el diagnóstico diferencial en la evaluación de salud mental para definir la conducta terapéutica. En este sentido es importante el estudio del contexto de las conductas del consultante, no sólo para valorar su funcionalidad sino también para evitar juicios que podrían llevar al ejercicio de la violencia institucional. Para el análisis de este contexto psicosocial son útiles las herramientas de análisis presentadas: las adaptaciones del modelo ecológico de Bronfenbrenner y la interseccionalidad.

Es decir, la evaluación cualitativa y cuantitativa del TEPT y trasfondo depresivo mayor, como así también del efecto Stroop sumado a la clarificación de los contextos, permitirán optimizar el abordaje terapéutico como así también mejorar el desempeño en la confección de informes y presentaciones ante la justicia. Para ello es necesario contar con líneas de investigación que adapten las escalas a la población argentina.

Al momento de la confección del presente artículo la querrela y la fiscalía están solicitando que se desarrolle nuevamente el juicio. Han pasado 2 años y 6 meses del hecho juzgado, ¿cómo se concretará la evaluación médico forense a la Sra. J que nunca se llevó a cabo? ¿cómo se realizará una legítima pericia psicológica que sea capaz de valorar los síntomas de TEPT y el efecto Stroop inmediatamente después de concretada la conducta de legítima defensa?

La revictimización y la violencia institucional continúan a pesar de que la Sra. J fue absuelta hace 10 meses.

NOTAS

^[i] Datos no oficiales: En lo que va de 2025, en el período comprendido entre el 01 de enero y el 29 de abril de 2025, se relevaron 94 femicidios, es decir, 1 femicidio cada 30 hs. El 17% de las víctimas había realizado una denuncia, el 13% tenía medidas de protección y 85 niñas quedaron huérfanas (Observatorio de las violencias de género ahora que sí nos ven, 2025). En lo que va del 2025 hubo al menos 94 femicidios Argentina, lo que representa un aumento significativo en relación con los casos relevados para el mismo período del 2024 (que fueron 78). A estos casos se suman 143 intentos de femicidios, el número más alto desde 2021 (Observatorio de las violencias de género ahora que sí nos ven, 2025).

^[ii] Los suicidios feminizados se producen cuando se demuestra que la persona en situación de violencia se quitó la vida como consecuencia de la violencia y abusos sistemáticos perpetrados por hombres de su entorno.

^[iii] Así como en los últimos dos años se ha dificultado el acceso a datos oficiales de la Nación, el mismo fenómeno se viene replicando a nivel provincial. Los últimos datos oficiales publicados en la Provincia de Neuquén son del año 2022 y surgen de los registros de 14 instituciones públicas encargadas de asistir a personas en situación de violencia (según lo que establecen la Leyes Provinciales n° 2785 y 2786 respectivamente). De estos registros se desprende que 11508 mujeres solicitaron asistencia por situaciones de violencia, lo que generó 26240 intervenciones: unas 72 por día, de las cuales 27 fueron denuncias policiales y 27 denuncias judiciales. El 48,67% de las intervenciones fueron solicitadas por mujeres de entre 20 y 39 años (dato similar a los registros de la Defensoría del Pueblo de Nación) y en el 70% de los casos la violencia fue ejercida por la pareja o ex pareja. El 98,2% de los registros corresponden a la modalidad de violencia doméstica y la segunda modalidad fue la violencia laboral. El 98% de los registros hubo violencia psicológica, el 59% reportó violencia física, el 44% violencia económica y patrimonial, el 29% violencia sexual y el 28% de los registros informan los cuatro tipos de violencia en simultáneo (Observatorio de la violencia contra las mujeres, 2023). De las 26240 intervenciones que se llevaron a cabo en

2022, aproximadamente 3500 se dieron en las dos zonas geográficas en la que transcurrió el caso a presentar. Siendo estas dos circunscripciones las que requirieron mayor cantidad de intervenciones (dejando de lado la ciudad capital de la Provincia en donde se da un fenómeno similar al de la distribución de la incidencia en todo el territorio nacional).

[iv] La incidencia por provincia pone en primer lugar a Santiago del Estero con 0,00241 (13 femicidios sobre 539.363 habitantes de sexo femenino), en segundo lugar Chaco con 0,00223 (13 femicidios sobre 581.951 habitantes de sexo femenino), en tercer lugar Misiones con 0,00214 (14 femicidios sobre 652.797 habitantes de sexo femenino), en cuarto lugar Salta con 0,00176 (13 femicidios sobre 738.512 habitantes de sexo femenino) y en quinto lugar Neuquén con 0,00166 (6 femicidios sobre 361.726 habitantes de sexo femenino).

[v] Otras instituciones y recursos de la localidad: Iglesia católica apostólica romana, Iglesias Evangelista, Registro civil, Juzgado de paz, Dependencia Municipal, 1 escuela primaria y un jardín de infantes anexo, 1 escuela media, Comisaría (en la localidad no hay comisaría de la mujer y del niño), Sala Velatoria Municipal, Delegación del instituto de seguridad social de la provincia, varios polirrubros (almacén, carnicería, ferretería, librería, panaderías), domicilios particulares donde se realizan oficios (gomerías, taller, herrería, costuras), vecinas que participan de la red Jarilla de plantas medicinales, 1 Peluquería, 2 Plazas con juegos para niñeces, 1 Plaza con maquinaria para realizar ejercicio físico al aire libre, 1 Cancha de fútbol de césped sintético, 1 Polideportivo cubierto, 1 Playón municipal al aire libre, 1 salón de usos múltiples a cargo de la secretaría de cultura, 1 albergue provincial, 1 Radio local, 1 cajero automático, 1 delegación del Banco de la Provincia cada 15 días, 1 Biblioteca comunitaria, 1 planta de bombeo de agua potable, 1 planta de tratamiento de residuos cloacales, 1 planta generadora de energía eléctrica a combustible, 1 planta de almacenamiento y distribución de gas licuado, 1 basural a cielo abierto en zona urbana inundable (a la vera del río), 1 pista de carreras de caballos, 1 Huerta municipal y 1 Cementerio Municipal.

[vi] Se enumeran los que presentan una relación directa con las intervenciones psicosociales en el ámbito de la salud pública. En el informe del que fueron extraídos los datos se mencionan caminos en mal estado, dificultades en el acceso a frutas y verduras, entre otros.

[vii] Es frecuente en la localidad que adolescentes a partir de los 14 años emigren a localidades cercanas a vivir con una pareja y su familia, amigos/as, etc.

[viii] Este es otro ejemplo de vulnerabilidad a la que estaba expuesta la señora, creía que tenía un trabajo en la municipalidad cuando en realidad tenía un subsidio que tenía como condición que ella prestara servicios para el municipio (tareas de limpieza urbanas).

[ix] Esa noche, la policía se la llevó detenida. La Sra. J no fue revisada por un médico forense, por lo que no hubo precisiones sobre las lesiones que tenía. Luego, sin ser juzgada, fue precoz y conjuntamente condenada al exilio (en su localidad de origen) y la detención bajo la modalidad de prisión domiciliaria. Su hija, de 5 años de edad, quedó de forma irregular bajo el cuidado de la familia del Sr. A, situación que se extiende al día de la fecha (a pesar de haber sido absuelta) en que la menor tiene 8 años.

[x] La Sra. J no podía explicar detalles de su situación judicial, no conocía a sus defensores, en qué fueros se dirimían las causas que tenía, dónde estaba su hija, quién la estaba cuidando. Se acercó al hospital a pedir ayuda para averiguar el paradero de su hija y solicitar asistencia psicológica para la niña. Luego de las primeras entrevistas, también solicitó evaluación para su hijo que en ese momento tenía 7 años. El niño y la niña tenían vínculo y se veían frecuentemente.

[xi] Se construye este caso a través del registro escrito de entrevistas interdisciplinarias de Salud Mental (Psicología y Trabajo Social) con la consultante y artículos periodísticos de medios locales[xi]. También se han empleado registros escritos de entrevistas con las diferentes instituciones que intervinieron en la situación (Desarrollo Social, Defensoría de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Juzgado de Familia).

[xii] Se conoce como proceso de re-victimización y victimización secundaria, a las consecuencias psicofísicas, sociales, laborales y económicas de una intervención errónea a partir de una situación de violencia primaria. Comprende, entre otros, la privación en el ejercicio de sus derechos, la reiteración innecesaria de los hechos, y una intervención operada desde la negación o desmerecimiento de la propia experiencia personal frente al hecho vivenciado.

[xiii] La violencia de género institucional es aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga por fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en la ley Nacional n°26485.

[xiv] No se incluye el informe en las referencias bibliográficas para preservar la confidencialidad de la consultante. El Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe y analiza la situación concreta de salud-enfermedad de una comunidad, se identifican sus problemas, estableciéndose las prioridades, todo ello como pasos previos para lograr el propósito fundamental del DSS que es el de permitir adoptar un plan de intervención que, acorde con medidas específicas y a plazos determinados permita mejorar el estado de salud de la comunidad en que se ejecuta.

La medicina es una ciencia social y humana. Por lo tanto, es menester conocer a la población con la que se trabaja. Los determinantes históricos, geográficos, sociales y culturales son saberes técnico-científicos tan o más importantes que los biológicos. En este sentido, el análisis de situación de salud nos permite introducirnos en el día a día de una comunidad. Conocerla, entender sus relaciones y preocupaciones, su modo particular de vivir, de enfermar y de morir (Martínez Calvo, 2001).

[xv] Para consultar los criterios diagnósticos de cada trastorno mental se recomienda la lectura del Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales DSM 5.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2015). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Asensi Pérez, L., Flores Fernández, E., & Nevado Duarte, K. (2024). Evaluación pericial psicológico forense del trastorno de estrés posttraumático complejo en víctimas de violencia de género. *Revista Española de Medicina Legal*, 76-81.

- Barrio del Castillo, I., González, J., Padín, L., Peral, P., & Sánchez, I. T. (s.f.). El estudio de casos. En Irene, J. González, L. Padín, P. Peral, & I. T. Sánchez, *Métodos de investigación educativa Universidad Autónoma de Madrid*. Madrid.
- Cobo Bedia, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de Trabajo Social*, 249-258.
- Colectivo editorial Tinta Revuelta-Yo no fui. (2022). *En Poblado y en banda. Revancha a la Justicia. Relatos de experiencias singulares y colectivas, estrategias de segundeo frente a los punitivismos*. CABA: Yo no fui.
- De Alencar-Rodrigues, R., & Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica. *PSICO*, 116-126.
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., & Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 111-128.
- Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 503-526.
- Garay, C. (2016). *Terapia Cognitivo Conductual y Psicofarmacología. Una guía para combinar tratamientos en salud mental*. Buenos Aires: Akadia.
- Gobierno de la Provincia del Neuquén. Ley contra la violencia familiar. Protocolo Único de Intervención. (2015). Obtenido de <http://200.70.33.130/images2/Biblioteca/PROTOCOLOUNICODEINTERVENCION.pdf>
- Ley Nacional 26485 Violencia contra la mujer. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009). Obtenido de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf
- Ley Provincial 2785. Régimen de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia familiar. (24 de Noviembre de 2011). Obtenido <https://cavd.neuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2016/09/ley-2785.pdf>
- Mata Gil, S., Sánchez Cabaco, A., Fernández Mateos, L., González Diez, S., & Pérez Lancho, M. (2014). Protocolo de Screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *International Journey of Developmental and Educational Psychology*, 187-204.
- Migliaro, A., Mazariegos, D., Rodríguez, L., & Díaz, J. (2020). Interseccionalidades en el cuerpo-territorio. En D. Cruz Hernández, & M. Bayón, *Cuerpos, Territorios y Feminismos. Compilación latinoamericana de teorías, metodologías y prácticas políticas* (págs. 63-82). Quito-Ecuador/México: Abya Yala.
- Monreal, C., Povedano, A., & Martínez, B. (2014). Modelo ecológico de los factores asociados a la violencia de género en parejas adolescentes. *Journal of Educators, Teachers and Trainers*, 105-114.
- Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación. (2024). *Informe Anual del Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación 01/01/24 al 31/12/24*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Observatorio de la violencia contra las mujeres. (2023). *Las cifras de la violencia contra las mujeres de la provincia del Neuquén 2022*. Neuquén: Ministerio de las Mujeres y de la Diversidad.
- Observatorio de las violencias de género ahora que sí nos ven. (20 de junio de 2025 de Abril de 2025). *Observatorio de las violencias de género ahora que sí nos ven*. Obtenido de Observatorio de las violencias de género ahora que sí nos ven: <https://ahoraquesinosven.com.ar/reports?category=registro-femicidios>
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual clínico: atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género. Herramientas para equipos de salud*. Buenos Aires.
- Santandreu, M. &. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Psicología Conductual*, 239-256.
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, F., & Rosales Márquez, C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 23-31.