

# **Representaciones sociales y violencia de género: un acercamiento a la problemática.**

Ana Inés Frere Affanni.

Cita:

Ana Inés Frere Affanni (2019). *Representaciones sociales y violencia de género: un acercamiento a la problemática. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/188>

**Título de la ponencia:** *Representaciones sociales y violencia de género: un acercamiento a la problemática*

**Autora:** FRERE AFFANNI, ANA INÉS

**Eje 3:** Estructura social, demografía, población.

**Mesa 43:** *Investigación social en salud*

**Pertenencia institucional:** Universidad de Buenos Aires- Universidad Autónoma Metropolitana (México)

anifre@gmail.com

### **Resumen de la ponencia**

La ponencia presentará los resultados de un trabajo enmarcado dentro del Proyecto UBACyT *Políticas públicas, violencia de género y estrategias de intervención en APS: un estudio de caso en CABA, 2014-2017*.

Se apuntó a rastrear representaciones sociales sobre la violencia de género existentes entre los profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria: cómo es entendida; cuál es el rol de la APS en relación a ésta, y cuáles consideran los profesionales que son las condiciones necesarias para el “diagnóstico” de la problemática.

Para responder a los interrogantes planteados, se abordaron cinco entrevistas realizadas durante el año 2014 a siete profesionales de un CeSAC ubicado en la comuna 8. Para elaborar las posibles categorías de representaciones sociales fue necesario abordar todas las dimensiones de análisis presentadas en el proyecto que dio origen a este trabajo: institucional, sociopolítica e ideológica, de representación social y la dimensión particular. Es por esto que las representaciones sociales que elaboremos se desprenden de estas dimensiones.

Siguiendo la Teoría Fundamentada, se arribó a conceptos y categorías que dan cuenta de las significaciones predominantes sobre la VG entre los profesionales entrevistados. Al tratarse de una muestra pequeña, no se pretendió extrapolar los resultados al universo.

**Palabras clave:** Violencia de género- Representaciones sociales- Atención Primaria de la Salud

### **Presentación**

Esta ponencia presentará un trabajo enmarcado dentro del Proyecto UBACyT *Políticas públicas, violencia de género y estrategias de intervención en APS: un estudio de caso en CABA, 2014-2017*.

Entre sus objetivos se propuso identificar la significación social de la problemática, los indicadores tenidos en cuenta entre profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención en la

zona sur de la CABA para la detección y/o tamizaje de situaciones de violencia hacia la mujer y los dispositivos a los que recurren para tratamiento y/o derivación.

Este artículo apuntó a rastrear representaciones sociales sobre la violencia de género (en adelante, VG) existentes entre los profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria, en la CABA. El objetivo fue elaborar una serie de afirmaciones preliminares que permitieran, en futuros trabajos, relacionar estas representaciones sociales con las modalidades de diagnóstico, atención y prevención que los profesionales de la salud llevan a cabo en los CeSAC. En este sentido, interesó explorar cómo es entendida la VG; cuál es el rol de la APS en relación a ésta y cuáles consideran los profesionales que son las condiciones necesarias para el “diagnóstico” de la problemática.

Para responder a los interrogantes planteados, se abordaron cinco entrevistas realizadas durante el año 2014 a siete profesionales de medicina general (1), trabajo social (2), enfermería (1), psicología(1) y obstetricia(2) que se desempeñaban en uno de los CeSACs ubicados en la comuna 8 de dicho distrito. Para elaborar las posibles categorías de representaciones sociales fue necesario abordar todas las dimensiones de análisis presentadas en el proyecto que dio origen a este trabajo: institucional, sociopolítica e ideológica, de representación social y la dimensión particular. Es por esto que las representaciones sociales que se elaboraron se desprenden de estas dimensiones. Por otra parte, al tratarse de una muestra pequeña, no representativa, no hubo intención de extrapolar los resultados al universo.

En primer término, cabe decir que Jodelet considera que las representaciones sociales como “(...) *la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano (...). este conocimiento es (...) socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, (...)*”.<sup>1</sup>

La VG es un problema social que se manifiesta en todas las edades, sectores sociales, etnias, capacidades, territorios, cuyo común denominador universal es que las víctimas son mayoritariamente mujeres.<sup>2</sup> Además, como bien plantean Sen y Östlin,<sup>3</sup> no puede considerarse al género como la única explicación de lo que les sucede a las mujeres, pues de esa forma se dejan en segundo plano las dimensiones económico-políticas y simbólicas que inciden en el comportamiento

1 Jodelet, Denise, “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”, en Moscovici, S. *Psicología Social*. Barcelona, Piados, 1986, p. 473.

2 Gabarra, Mabel, *Violencia estructural, violencia contra las mujeres, violencia de género, Convención de Belén do Para, Ley Nacional 26.485*. CABA, Observatorio de equidad de género, 2011.

3 SEN, G., ÖSTLIN, P. y col., *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. OPS/OMS*, recuperado de [www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=2092&limit=10&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=2092&limit=10&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=270&lang=fr), 2007.

y en las relaciones de mujeres y varones. Es decir, el género se entrecruza con la desigualdad económica, la jerarquía racial o étnica, la dominación de castas, las diferencias basadas en la orientación sexual y otros marcadores sociales.

La violencia abarca a los sujetos en su totalidad, como ser biológico, psíquico y social y es parte del proceso histórico-social, donde *“las particularidades biológicas y de personalidad encuentran las condiciones socio-culturales para su manifestación”*.<sup>4</sup> No podemos estudiar la violencia fuera de su contexto socio-histórico, porque se nutre en hechos políticos, económicos y culturales que se traducen en las relaciones micro y macro sociales. Por lo tanto, al ser pluridimensional, no es un objeto exclusivo del sector salud. Sin embargo, se torna crucial tratar la violencia en este campo por el impacto que provoca en la calidad de vida de las personas y porque hace parte de las preocupaciones cuando se trabaja el concepto ampliado de salud.

Por su parte, Alemán<sup>5</sup> sostiene que los CeSAC de la CABA, de donde fue seleccionada la muestra para este trabajo, son un espacio privilegiado para la detección de situaciones de violencia basada en género puesto que se trata de la Atención Primaria de la Salud. Sin embargo, que existan estas ventajas en el sistema de salud no quiere decir que tal sector no presente algunos problemas u obstáculos para el tratamiento de la violencia hacia las mujeres.

## **Resultados**

Para este trabajo fue elaborado un grillado en base a la lectura de las entrevistas. Siguiendo la metodología de la Teoría Fundamentada, se avanzó en la codificación de las mismas, de modo de elaborar conceptos y categorías de análisis que puedan dar cuenta de la significaciones predominantes en los profesionales entrevistados, que veremos a continuación. Obviamente, por tratarse de un estudio breve, no podemos decir que se haya arribado a la construcción de categorías robustas, pero creo que sí pueden aportar una pequeña parte al estudio de la problemática.

## **La complejidad de la VG**

Al momento de clasificar la problemática de la VG, los informantes se hallaban ante la disyuntiva de qué opción seleccionar.

*“Es cultural, para mí es cultural, y ahí se juntan los derechos humanos, lo económico, entra todo. Eh... para mí lo primero es lo cultural... ¿Pero derechos humanos no tiene que ver con lo cultural? Sí, está todo interrelacionado ¿De qué me venís a hablar de derechos humanos si no tenés para comer, te pegan, cómo vas a hablar de derechos humanos en este lugar? A ver, tengo que manejar otras cosas, además de*

<sup>4</sup> SOUZA MINAYO, María Cecilia, “Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida”, *Salud colectiva*, 1 (1), recuperado de En [www.unla.edu.ar/saludcolectiva/](http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/), p. 73.

<sup>5</sup> ALEMÁN, M.aría y col., “Detección de violencia basada en género (VBG) en la consulta. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en CABA”, *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(5), recuperado de [www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPvolumen-I-V.pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPvolumen-I-V.pdf)

*los derechos humanos, sino queda en un discurso vacío. Vos tenés derecho, y ¿cómo consigo ese derecho? Dame las herramientas para que yo pueda manejar esos derechos.*” (Obstetra)

*“No, para mí cultural va primero... La VG no es una cuestión socioeconómica. Puede ser un factor”.* (Trabajadora social) *“Para mí, derechos humanos es como más general, más de lo que estamos hablando, igual es una cuestión más lógica... no es tan importante (leen la opción nivel socioeconómico). No tener donde vivir, no tener trabajo, pero...”* (Trabajadora social)

Entendían a la VG como compleja, como una cuestión que atraviesa y es atravesada por otras esferas, tal como describen Sen y Östlin.<sup>6</sup> En base a esta complejidad, y para robustecer el concepto, hallamos lo siguiente:

La VG no es sólo física. Entre los profesionales existía un acuerdo acerca de esta cuestión, aunque la violencia física pudiera ser la más visible.

*“Y por ahí no se toman como violencia, porque por ahí al mismo tiempo que está haciendo eso no le está pegando pero le está robando los documentos, o sea la está agrediendo. La está agrediendo y no la está dejando hacer una vida.”* (Médico)

*“O sea que también hay violencia en la institución, porque es no tener las camas suficientes para parir separadamente cada una, como corresponde... También hay violencia ahí. Entonces hay violencia en todos lados. Cómo se hace, no lo se. No tener para comer también es violencia. Estamos metidos en la violencia hasta las orejas.”* (Obstetra)

La naturalización de la VG. Existen una serie de mitos, creencias y patrones culturales que favorecen la invisibilización. Por el contrario, la mayoría de los entrevistados eran conscientes de esa naturalización y del propio desconocimiento o falta de capacitación del personal de salud.

*“Mucho embarazo no deseado, mucha adolescencia, violencia que está muy naturalizada. Y a veces uno se mete en la historia y también lo tenés muy naturalizado, tanto verlo todos los días, que si no sería terrible... Y ellas naturalizaban que los maridos, los novios o los chicos, las engañaran, que les metieran los cuernos... Se naturalizan esas cosas. Que no sería el engaño en sí, sino el manoseo al que se someten ellas, y al tipo, al tipo que manda.”* (Obstetra)

*“Muchas veces nosotras por decirlo de alguna forma clasificamos la violencia más leve y por ahí no es tan leve, está siendo leve en la forma en que lo expresa porque por ahí tiene un montón de cuestiones naturalizadas y cuando vos le preguntás como esa cuestión te dice sí, es capaz de matarme. Y antes no salió eso.”* (Trabajadora social)

Por otra parte, los entrevistados manifestaron detectar mandatos sociales hacia la mujer que constituyen también VG:

---

<sup>6</sup> SEN y ÖSTLIN, *Op. Cit.*

*“Esto sí es importante, explicar bien qué es lo que significa la violación intramarital. Que si ellas dicen que no, es no, y no estar porque se sienten obligadas, hay como un mandato muy fuerte también.”*  
(Médico)

*“Sí, por ahí más en la población que nosotras atendemos está como fuerte la creencia es en tanto madre, en tanto cuidadora, y como que no hay mucho margen que quedarse con el compañero que fue el primer compañero de vida, y como romper una relación, que por ahí los vínculos no están siendo saludables... como un mandato.” “Sí, como un mandato de qué es ser mujer: de estar al servicio del hombre...”*  
(Trabajadoras sociales)

La resistencia a la consulta propia. Varios entrevistados manifestaron observar que la consulta de las mujeres por VG aparecía como secundaria, puesto que generalmente acudían al CeSAC por sus hijos. Al respecto, para Alemán y sus colaboradores<sup>7</sup> esto constituye un dato a mirar críticamente: en su investigación, la mitad de sus informantes no creía que la mujer víctima de violencia basada en género utilizara con más frecuencia los servicios de salud que aquellas que no la sufrían. Sin embargo, *“es habitual que estas mujeres consulten por síntomas, tanto físicos como psicológicos, que aparentemente no se relacionan específicamente con su situación de victimización”*.<sup>8</sup> No obstante esta observación, que en todo caso será necesario investigar específicamente, los entrevistados sostenían que en la mayoría de los casos de VG la consulta no se había generado por la misma sino que había aparecido por otro síntoma, o bien porque habían acudido al CeSAC a hacer atender a sus hijos.

*“...el centro de salud de la mayoría de las personas que se encarga son mujeres en condición de madres cuidadoras de la salud de su familia, en su mayoría de sus hijos, porque vienen con sus hijos, pero muchas veces como cuidadoras de sus propias parejas o compañeros. Y que también se deja de lado la cuestión de salud de esa propia mujer; queda relegada. En eso también la fuerte impronta que tiene el centro el salud en lo infantil. Y que todas las problemáticas de salud que por ahí sufren las mujeres están asociadas a una trayectoria de VG.”* (Trabajadora Social)

### **Los agravantes de la VG**

En la base de la violencia estructural se ubica la VG, como forma de violencia cultural. (Gabarra, 2011) De la misma manera, para algunos de los profesionales entrevistados, la VG no es un problema que pueda acotarse a un factor determinante, pero sí puede tener ciertos catalizadores que potencien la problemática.

Las adicciones. Había una coincidencia entre los profesionales en pensar que las adicciones no eran el origen de la violencia, pero sí que una posibilidad de agravarla.

---

7 Alemán y col., *Op. Cit.*

8 Alemán y col., *Op. Cit.*, p. 27.

*“...algo que tiene en común la violencia hacia las mujeres, es la droga, eh... está repartido. Hay droga pero también es cultural. La sumisión y también donde hay droga en el medio también.”* (Obstetra)

*“Siempre hay adicciones de por medio, por cómo llegan digamos con los golpes, lo que los genera son hombres violentos, algunos adictos al alcohol o si son... se da más si son grandes, ojo esto es mi apreciación no quiero generalizar, (...) lo que yo recibí digamos, cuando son gente cuarenta años más o menos y gente inmigrante generalmente se da más por la problemática del alcohol, cuando son más jóvenes y por ahí residentes de acá o nacidos acá si se da mucho con drogas... paco, cocaína... son las drogas que más usan...”* (Médico)

La condición socioeconómica. Al igual que las adicciones, un nivel socioeconómico bajo puede agravar la violencia, aunque ésta no sea una cuestión exclusiva de las clases populares.

*“Claro, como que no quede que creemos que los pobres tienen este problema o determinado grupo cultural tiene este problema, sino que... tiene que ver con que se puede vivir como un problema la posibilidad de tomar una decisión; puede tener que ver la dificultad.”* (Trabajadora social)

*“...pero son cosas de mujer. No sólo porque sean pobres, sino que a todas nos pasan esas cosas. Acá se agudizan más porque encima el tipo las abandona... dame cómo mantenerme, a ver cómo hago para que yo me pueda rajar. Me tengo que ir, a dónde, al refugio. ¿Después del refugio qué hago? Me quedo en bolas en la calle. Entonces todas esas cosas las piensan las mujeres.”* (Obstetra)

La condición de migrante. Esto fue algo particularmente destacado por las trabajadoras sociales, para quienes la dificultad del migrante estaba en no poder acceder a ciertos programas por no ser nativo, así como la debilidad o inexistencia de redes interpersonales por parte de las víctimas.

*“Y por ahí, aclararte lo que decía antes con el tema de la migración, que de por sí no debería ser un problema, no me refería sólo en los vínculos al interior del barrio y de las personas, sino también que hay programas que no acceden...”* (Trabajadora social)

La repetición de modelos. También se destacó el hecho de que la violencia se basa en la repetición de un modelo conocido, lo cual se relaciona con la ya referida naturalización de la VG.

*“O sea, no pueden, le decía a otra residente, ella me decía: ‘pero qué cosa, que resistan esto’ y yo le decía ‘pero es lo que conocieron’. Si vos conocés algo distinto, podés hacer el clic, pero si vos viste a tu vieja, que le pegaban... seguramente vos lo vas a repetir.”* (Obstetra)

*“Es un laburo para orientarla en el trabajo en relación a que ella pueda ir, ver la situación, además de qué le pasa a ella, por qué repite este modelo.”* (Psicóloga)

### **El rol de la APS como educadora**

En principio, un rol fundamental dado a la APS es la de detección de situaciones de vulnerabilidad

por parte de los habitantes del área programática, entre ellas la violencia basada en género; su prevención primaria y el seguimiento de casos.

*“Lo de la Atención Primaria me parece que está bueno tener esa alarma, digamos desde cualquier punto, desde ginecología o medicina general, desde pediatría... creo que tener ese censor o esa alerta que digamos nos diga ‘esta mujer puede estar sufriendo este tipo de situación’.”* (Médico)

En las entrevistas realizadas pudo observarse que el rol fundamental que se le otorga a la APS es el de educadora:

Educadora en salud sexual y reproductiva. Se manifestó en las entrevistas cómo la APS puede ser la que comience a romper con el desconocimiento en salud sexual y reproductiva.

*“Porque en realidad tenés que meterte en este lugar para darte cuenta de cómo abordar el tema de la anticoncepción; no es tan sencillo. No es que yo les doy una pastilla y ya está. Esa es la fantasía de la gente de salud. Pero hay que trabajar desde más chicas género, empezar en las escuelas, a trabajar... hay mucho para hacer pero no es que yo vengo con la pastilla mágica y ya estamos. Porque hay pautas que hay que darles, modelos que se repiten... Y bueno, en principio a mí me parece que hay que trabajar salud en mujeres, salud en las chicas. Empezar a meter el tema, ver películas, charlar, ver qué piensan.”* (Obstetra)

*“Otras estrategias que hay en relación a violencia o salud sexual y reproductiva es la posibilidad de cuidarse, de conocer los métodos de cuidado, la importancia del preservativo, o sea no solamente de charlas, sino también espacios de, qué se yo, de cómo poner un preservativo. O sea actividades que se van generando como para que las mujeres puedan hablar de esto, de sus miedos, prejuicios, de sus fantasías... Y esos lugares dan mucho empoderamiento.”* (Psicóloga)

Además, este desconocimiento del propio cuerpo permite que sea liberado para ser utilizado por otros:

*“El cuerpo de la mujer le pertenece al varón. Si no es marido, al novio, al amante, y sino al médico, al partero, y están los que hacen ahora menopausia y demás. Siempre nosotras... nuestro cuerpo es utilizado económicamente para el bien del otro.”* (Obstetra)

Educadora en género. Aunque sin lugar a dudas la salud sexual y reproductiva es parte de la problemática de género, en los entrevistados se observa que se particulariza este asunto y se lo separa de la educación sexual.

*“Desde APS... podés generar espacios de encuentros de mujeres, encuentros semanales, quincenales... Pero digo, la intención o la idea era repensarse como mujeres y como un espacio de posibilidad de confiar en ellas y de oportunidades, y de que las condiciones económicas no sean las óptimas o las necesarias, no quiere decir que nunca ninguna una posibilidad. O sea, un poco como moverlas de ese*



*lugar de parálisis y de negación, de anulación.” (Psicóloga)*

*“Yo creo que hay que trabajar con grupos humanos la perspectiva de género. Yo creo que hay que deconstruir muchísimas creencias y estereotipos. Eso creo que sería el camino más preventivo... como algo que se de más en los otros espacios”. (Trabajadora social)*

Educadora del personal de salud. Casi todos los entrevistados hicieron alusión a la necesidad de que los trabajadores del CeSAC recibieran capacitaciones sobre la VG, para concientizar sobre el problema. Sin embargo, el hecho de que todos lo remarcaran habla de cómo el contacto diario con la VG en la APS implica un primer acercamiento a la problemática.

*“Pero sí tenemos que laburar mucho. Entre nosotras también. Nosotras hicimos talleres, y en la formación, nosotras también teníamos cosas que teníamos que rever. Por eso hay que trabajar mucho la sexualidad, género. Y ver, nos vamos a meter en un montón de cosas del discurso. Y sí, porque esto es cultural, porque si no trabajamos primero nosotras, es medio complicado trabajar con los otros. Ver dónde estamos paradas, qué nos parece, poder escuchar, estar atentas a lo que viene.” (Obstetra)*

*“...creo que hay una intencionalidad de ver qué hay afuera, que tiene que ver con la función de la APS de no quedarse instalado en el ámbito de lo ya conocido, sino estar permanentemente con una mirada... y capacitar a los equipos también...” (Trabajadora social)*

*“...no hay capacitación en el sistema de salud sobre perspectiva de género que abarque... depende de cada uno de su formación de grado.” (Trabajadora social)*

Además, si bien no eran espacios formales, entre los profesionales del CeSAC leían y comentaban textos infantiles y los analizaban juntos, interdisciplinariamente, lo cual es otro indicador del rol educador que cumple la APS también para el personal de salud.

*“Hoy estábamos escuchando un cuento que nos contaron... las psicopedagogas, y por ejemplo los cuentos están cargados de contenidos en género. Les decía a ellos los mandatos ¿te diste cuenta cómo el cuento baja mandato...? Y no nos damos cuenta y eso se lo contamos a las nenas.” (Obstetra)*

### **Saber leer las señales**

Esta cuestión guarda gran relación con la complejidad de la VG, y es que la dificultad de la víctima para pedir ayuda constituye un obstáculo para el tratamiento de la problemática en el sistema de salud. A esto se agrega que, cuando estos pedidos se realizan, en su mayoría fracasan por la falta de mecanismos institucionales que den respuesta a la temática.<sup>9</sup> Los entrevistados de este CeSAC afirmaron que ellos, como profesionales, debían estar atentos para detectar los casos de violencia hacia la mujer o hacia los niños.

---

<sup>9</sup> Tájer, D., “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”, en Tájer (comp.), *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.

*“...las personas damos señales; hay que leerlas, nada más. Sí, acá tenés que estar muy atenta.”*  
(Obstetra)

Una de las condiciones para la detección de la VG era saber “leer” esas señales, para lo cual era necesario tener en cuenta dos aspectos de esta cuestión.

El miedo a admitirlo. Los profesionales destacaban que generalmente la víctima tenía miedo de admitir que sufría violencia. Aquí es necesario matizar la cuestión. Con frecuencia, como hemos señalado, la violencia está naturalizada, por lo que la negación de la VG no se da por temor, sino porque se halla negada e invisibilizada por parte de las propias mujeres. Así, la psicóloga afirmaba:

*“Mmm... en realidad te lo cuentan. No es que hay que descubrirlo, o sea, lo dicen, en general. Lo que pasa es que no es lo que la motivó a venir. A veces por ahí está muy naturalizado, por ahí no me dicen ‘no porque en mi casa hay golpes’. Me dicen... distintas frases como esas que hablan de una naturalización de la situación, que ni siquiera pasa a ser una queja o un reclamo, sino un dato.”* (Psicóloga)

Sin embargo, otras veces sí se da un ocultamiento explícito de la situación:

*“No es que hay un ocultamiento. A veces sí: ‘No, me caí, me tropecé, estaba bajando la escalera y me tropecé’ ¿Cómo hiciste para darte semejante golpe bajándote de la escalera? Entonces depende de la confianza que tiene con la paciente... Yo suelo hacer caras... Como dándole espacio. En otros casos, preguntarle ‘¿Estás segura? ¿No querés contarme nada? Mirá que acá tenés la posibilidad, no vamos a salir corriendo a denunciarlo, pero sería bueno que lo pensemos...’* (Psicóloga)

*“Yo creo que por vergüenza no te dice... Si se encierran porque no salen aparte que les da vergüenza, o porque tienen hematomas.”* (Enfermera)

*“Y después a veces miedo como que se frenan, no quieren hablar y después cuando vos le decís mirá yo no soy ni policía ni nada, yo acá estoy como médico, nadie va a denunciar nada, pero acá la que toma las decisiones sos vos, te lo digo por tu salud, ahí te lo terminan diciendo...”* (Médico)

No estructurar el protocolo. La mayoría de los entrevistados coincidieron en que, si bien era fundamental contar con una guía de tamizaje para el profesional que sirviera para intervenir ante un caso de VG, era importante que las preguntas no se hicieran de manera estructurada o formal. Es decir, era necesario hacer las preguntas que marcaban los protocolos, pero de forma dialogada y libre. En este sentido, sugerían que una de las guías con preguntas que les presentamos a fin de que evaluaran su pertinencia fuera realizada de manera más espontánea.

*“Insisto en que no lo haría tipo entrevista así. Sino que como incorporándolo dentro de la charla. Porque esto así es muy difícil que te lo contesten, porque es muy expulsivo, en términos de sentirte interrogado. De la otra forma es como que te estoy dando la posibilidad de que puedas contármelo. Así como que te estoy más juzgando... A mí me parece que puede ser un orientador para uno, pero las entrevistas tendrían*

*que ser más abiertas. Porque si vos usás un protocolo acotás muchísimo el relato y, además, la persona que está amenazada o se siente observada, se puede ir... En general un papel, un protocolo, que quede escrito, da la idea de la planilla... que está más ligado a la denuncia...” (Psicóloga)*

*“Nosotras no tenemos una guía, una cosa estipulada. Lo trabajamos nosotras. Porque a veces los protocolos también te limitan.” (Obstetra)*

### **La necesidad de espacio y tiempo para detectar VG**

Por último, es destacable que varios profesionales hicieron alusión al hecho de que se les dificulta detectar o dedicarse a un caso de VG por la falta de tiempo y espacio en el centro.

*“Sí hay VG, la verdad que desde mi posición hoy en día no se puede avanzar demasiado en el tema, trato de derivarlo o hablarlo con las chicas de trabajo social, como para que me den una mano, dedicarle más tiempo y seguimiento, cosa que se complica.” (Médico)*

*“Sí, llegan, en enfermería antes se podía detectar más la VG pero hoy no, en estos días no porque nos falta espacio físico, dado que están atendiendo dos pediatras más y nosotras estamos en un rincón, compartimos el lugar; entonces no hay tanto tiempo de escucharlas a las pacientes, antes era más privado, entonces te contaba, se ponían a llorar, lo derivabas a la psicóloga, con la asistente social, le preguntabas si quería hacer la denuncia, (...).” (Enfermera)*

*“Muchas veces cuando te vienen, nosotras tenemos guía de demanda y es como si fuera una guardia de trabajo social. Que la gente se anota a la mañana y es una persona detrás de otra, resolviendo. Y por ahí muchas veces en el espacio ese no lo vas a ir a hacer; no está como para detectar este tipo de señales porque es la primera vez que ves a esa persona.” (Trabajadora social)*

Por otra parte, las obstetras afirmaron tener una mayor posibilidad de espacio para detectar VG por estar en contacto con la mujer durante los nueve meses de embarazo.

*“Algo que aprendí acá es que no hace falta que tenga un bajo peso o que algo obstétricamente no esté bien. Si vos ves que algo no te cierra por la violencia o algo, la citás en 15 días. Porque es como te dijo S., va a explotar en cualquier momento, y te aseguro que explota. ¿No te cierra? No la veas en un mes, mirala en 15 días.”*

También la psicóloga comentó que tenía mayores oportunidades de abordar a una víctima porque en el espacio de terapia podía esperarse a la siguiente consulta para que saliera el tema, lo cual no sucede con las consultas de enfermería o de clínica.

*“A ver, yo soy psicóloga, por lo cual escucho cualquier tipo de problema... Yo suelo hacer caras de ‘sabés que podés confiar en mí o no me versee’. O por ahí ‘bueno, si vos decís que es eso...’ Como dándole espacio. En otros casos, preguntarle ‘¿Estás segura? ¿No querés contarme nada?’ Y a veces se quedan con el no y a veces a la segunda o la tercera te lo cuentan. Depende. Lo importante es el seguimiento y que la persona se sienta respetada. Entonces, vos no lo querés contar, por más que yo pueda poner 45*

*firmas diciendo me juego a que sí, no lo querés contar, no lo querés contar” (Psicóloga)*

Resulta interesante comparar los dichos entre los diferentes profesionales en relación a cómo se intenta resolver un caso de VG. Mientras la enfermera, el médico, las obstetras y la psicóloga consideran que realizan trabajo interdisciplinario, las trabajadoras sociales consideran que no existe en la práctica cotidiana tal forma de abordar la temática. Lo que sucede es que para los primeros pareciera que la interdisciplina fundamentalmente implica la derivación directa del caso hacia el sector de trabajo social o psicología.

*“...pero acá es atención primaria, es trabajo interdisciplinario. Algo que tenés a tu favor es que tenés la psicóloga y la trabajadora social acá. Porque a todos tenés a tu alcance, tenés todos.” (Obstetra)*

*“Sí, por ejemplo si se largan a llorar o nos cuentan, las derivo a la asistente social o con la psicóloga. Son ellos quienes trabajan más con las personas, las tratan en ese momento porque después ya se les pasa, como que no hacen la denuncia, o vienen una vez y después no vienen más. No se puede hacer un seguimiento, o lo harán ellos de ahí no más.” (Enfermera)*

Por el contrario, las trabajadoras sociales entienden que la derivación no es suficiente para considerar que exista trabajo interdisciplinario:

*“No se trabaja como en equipo, no hay una delegación de interconsulta. Se trabajan desde acá. Algunas situaciones se trabajan desde salud mental, salud mental con trabajo social.”*

*“Sí, no, desde el centro de salud no hay abordaje en equipo. Cuando ya requiere otro tipo de abordaje se lo deriva al CIM... O buscar otra forma de denuncia. El acompañamiento de acá sigue siendo individual, al margen de que haya algún tema parental... pero no se aborda... de hecho, tampoco salud sexual y reproductiva, que no es exacta una cuestión de género, tampoco funciona como equipo.”*

## **Discusión**

Por el carácter acotado de la muestra, las observaciones realizadas sólo pretenden ser una “micro mirada”, una exploración de la temática, con el deseo de que pueda aportar y/o incluirse en futuros trabajos.

En primer lugar, indicamos que los entrevistados percibían la complejidad de la VG, cuyas aristas iban desde los varios tipos de violencia (no sólo física) a la naturalización de la misma por parte de las víctimas y de los propios profesionales así como la propia resistencia de las mujeres a la consulta. Estos sentidos e interpretaciones guardan bastante relación con cómo entendemos a la VG: a grandes rasgos, como una problemática que excede al campo de la salud, que se relaciona con hechos políticos, económicos y culturales y que es por lo tanto, pluridimensional. Es atravesada así por otras cuestiones, como la desigualdad económica, la jerarquía racial, las diferencias basadas en

la orientación sexual, etc. Esto contribuye a la naturalización de la VG, que se inscribe en un marco patriarcalista. Por otra parte, también la definimos en base a la Ley 26.485, en sus diferentes tipos: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica.

En segundo lugar, vimos que los trabajadores de la salud consideraban que, sin bien la VG no era exclusiva de un grupo social, sí podía tener “agravantes”, como las adicciones, la condición socioeconómica, el ser migrante o provenir de una familia donde hubiera existido VG. Esta cuestión podría ser abordada en un futuro trabajo que investigue en qué medida estas condiciones señaladas por los entrevistados conforman agravantes o condicionantes de la VG. En este sentido, Menéndez y Di Pardo,<sup>10</sup> consideran que el consumo de alcohol en relación a la violencia es normalizada en las relaciones cotidianas; pero el alcohol no es el causal de la violencia, sino un instrumento. Es decir, es cómo se usa de alcohol en las relaciones sociales lo que permite la violencia y no la sustancia en sí.

En tercer lugar, fue destacable el rol que los profesionales dieron a la APS como educadora. Esto probablemente tenga relación con las ventajas teóricas que la atención primaria tiene en la prevención, detección precoz y concientización de los procesos de salud-enfermedad. Los entrevistados incluso reconocían que la APS también los educaba a ellos mismos como personal de salud, lo cual es fundamental en un marco de desconocimiento y falta de capacitación en la temática de muchos profesionales.

En cuarto lugar, describimos que los entrevistados señalaron que para la detección de VG era necesario “saber leer las señales”, puesto que muchas víctimas negaban su situación ya sea por miedo o por naturalizar el tema; subrayando la importancia de darle un espacio a la mujer para que pudiera hablar, por lo que era necesario no estructurar los protocolos. Este resultado fue interesante puesto que la mayoría compartía esta posición, a pesar de haber partido en nuestro encuadre conceptual y en función del estado del arte sobre el tema de la idea de que un protocolo puede dar una base común de calidad en las intervenciones; y de que con ellos la acción del sistema de salud no queda librada a la decisión o criterio de los profesionales. Probablemente, ambas posiciones sean correctas: los protocolos son necesarios, pero el profesional los debe llevar a cabo de manera estratégica de modo de no presionar a la mujer de la cual se sospecha o ha reconocido ser víctima de VG.

Por último, hemos hallado que, para detectar VG, los profesionales percibían como condición el disponer de tiempo y espacio adecuado. Esto se relaciona con la segmentación del sistema de salud, donde la coexistencia de diferentes subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, cobertura y afiliación hace que cada uno se especialice en un segmento de la población, lo cual

---

<sup>10</sup>Menéndez, E. y Di Pardo, R., “Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones”, en *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, N° 79, 2001, pp. 5-25.

consolida la inequidad en el acceso a la atención.<sup>11</sup> El CeSAC al cual hemos acudido, lindante a un asentamiento, atiende a una gran cantidad de personas que no tienen acceso a otro tipo de atención médica, lo cual contribuye al desborde de consultas que los entrevistados describían y que dificulta la detección de VG.

Por otra parte, este estudio de caso podría aportar a futuros trabajos que intenten relacionar las interpretaciones señaladas con las modalidades de diagnóstico de VG predominantes entre los profesionales de otros CeSAC, cuestión que se incluye en el proyecto de UBACyT que originó al presente trabajo. Como las representaciones refieren a la manera en que los sujetos incorporan y entienden sus acontecimientos diarios y todo su entorno, es probable que los profesionales, según los sentidos que posean sobre la VG, diagnostiquen y actúen frente a la problemática de una u otra forma vinculada con sus campos disciplinarios, pero también con la cultura institucional de estos centros de salud y con las condiciones de trabajo que los caracteriza. Por lo tanto, remarcamos el interés de esta investigación exploratoria que ha permitido un acercamiento a la temática y que necesariamente precisa analizar qué es lo que tienen para decir aquellos que trabajan diariamente con sectores que pueden estar siendo víctimas de VG.

## **Bibliografía**

- ALEMÁN, M. y col., (2010), *Detección de violencia basada en género (VBG) en la consulta. Análisis de situación del sistema de atención primaria de salud en CABA*. Revista Argentina de Salud Pública, 1(5):22-27. En [www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-I-V.pdf](http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/edicion-completa/RASPVolumen-I-V.pdf)
- FLEURY, S., (1999), *Políticas sociales y ciudadanía*. Washington: BID, INDES.
- GABARRA M., (2011), *Violencia estructural, violencia contra las mujeres, violencia de género, Convención de Belén do Para, Ley Nacional 26.485*. Observatorio de equidad de género. GCABA.
- JODELET, D. (1986): “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”, en MOSCOVICI, S. *Psicología Social*. Barcelona: Piados, Cap. 13
- MENÉNDEZ, E. y DI PARDO, R., (2001), “Violencias alcoholizadas y relaciones de género. Estereotipos y negaciones”. En *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, N° 79, pp. 5-25.
- SEN, G., ÖSTLIN, P. y col. (2007), *La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. OPS/OMS*. En [www.paho.org/hq./index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=2092&limit=10&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=270&lang=fr](http://www.paho.org/hq./index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=2092&limit=10&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=270&lang=fr)

---

<sup>11</sup> Fleury, S., *Políticas sociales y ciudadanía*. Washington, BID, INDES, 1999

SOUZA MINAYO C., (2005), *Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida*. Salud colectiva, 1 (1), 1-4. En [www.unla.edu.ar/saludcolectiva/](http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/)

TÁJER, D. (2012), “Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud”, en TÁJER (comp.) *Género y Salud. Las Políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

- Ley 26.485, de *Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*.