

Nombre y Apellido: María Julia Rosas

Pertenencia Institucional: Becaria Doctoral Conicet con sede en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires

Correo electrónico: mariarosas1978@yahoo.com

Título: ¿El? abordaje de la problemática de la violencia contra la mujer: el caso de los equipos de violencia de los efectores de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Introducción

Pensar el abordaje de la violencia contra la mujer en el sector salud, implica pensar en un engranaje de una respuesta estatal a una problemática, respuesta que cobra el nombre de política pública. Evangelina Prince (2008) recorre diferentes definiciones de políticas públicas y encuentra elementos coincidentes en ellas, básicamente, que las políticas públicas son productos del sistema político y principalmente del Estado a quien corresponde brindarles la sanción de formalidad y como tales pueden expresarse en leyes, reglamentos, decretos magnos o presidenciales, declaraciones formales específicas de política, hasta instrumentos de carácter administrativo y técnico. Otro elemento coincidente es que las políticas públicas siempre son explícitas. Toda política tiene un curso de acción, que debe ser concretado en la ejecución de las políticas. Tienen como función orientar el comportamiento de un determinado sector del desarrollo y de la vida ciudadana: las políticas surgen para dar respuestas a problemas o situaciones que demandan atención y sus contenidos orientan y fijan el rumbo de la acción pública para lograr las respuestas y soluciones satisfactorias para la sociedad.

Como afirma esta definición, las políticas públicas surgen para dar respuesta ante determinadas problemáticas. Es así como, en la Argentina, y específicamente en la Ciudad de Buenos Aires se cuenta con un cuerpo legal relativo a la violencia familiar, por un lado, y a la violencia contra la mujer, por otro¹. Teniendo en cuenta la definición anterior, estas leyes le otorgan un lugar

¹ Convención sobre todas las formas de discriminación hacia la mujer, Convención sobre la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer, Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, Ley Nacional de Violencia familiar (24.417), Ley de Protección

explícito al sistema de salud en el abordaje de estas problemáticas. Pero, pensando al Estado y sus instituciones no como “una unidad homogénea sino como un conjunto heterogéneo de arenas erráticas y desconectadas, con pluralidad de formas discursivas” (Pringle y Watson, 1992 citado en Vargas, 2008), se podría pensar en una multiplicidad de formas de abordar un mismo problema. Esta investigación empírica intenta dar luz sobre los diferentes abordajes de la violencia en el sector salud.

La investigación y su metodología

La investigación es llevada a cabo en el marco de una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas y consta de dos etapas. En este momento estoy llevando a cabo la primera de ellas que tiene como objetivo “identificar, describir y analizar las políticas públicas en materia de violencia contra la mujer a nivel de las instituciones del sistema de salud público de la Ciudad de Buenos Aires”. La metodología propuesta en el proyecto es cualitativa y, en principio, contemplaba la realización de entrevistas semiestructuradas a personal de salud que trabaja la problemática de violencia en hospitales y centros de salud públicos de la Ciudad de Buenos Aires y el análisis de fuentes documentales, pero en el desarrollo del trabajo de campo, surgieron otros espacios para realizar observaciones como ser reuniones de equipos, cursos de capacitación, actividades en sala de espera. El trabajo de campo tuvo su inicio en enero de 2010 y hasta la fecha llevo realizadas 63 entrevistas a diferentes trabajadores de la salud que abordan la problemática de la violencia (psicólogos, trabajadoras sociales, médicos, sociólogos, enfermeras y promotoras de salud de 9 hospitales generales, 2 centros de salud mental, 4 hospitales especializados, 7 centros de salud), 16 observaciones realizadas en supervisiones de equipos, talleres en sala de espera y cursos de formación sobre violencia para personal y análisis de material facilitado por los entrevistados (programas, protocolos de atención, programas de cursos, folletería, material bibliográfico). Si bien en el objetivo de la investigación planteo la noción de violencia contra la mujer, el trabajo de campo me confrontó con una multiplicidad de formas de entender la violencia. En este punto tuve que hacer un movimiento, de pasar a trabajar teniendo como eje la violencia contra la mujer, como concepto, pasé a relevar en qué trabajan los

contra la violencia familiar de la Ciudad de Buenos Aires(1265) y la ley de Prevención en violencia familiar de la Ciudad de Buenos Aires (1688).

equipos de violencia. Esta forma de trabajo me permitió pensar los diferentes significados que se vinculan a la noción de violencia y en particular a la noción de violencia contra la mujer. La categoría de violencia contra la mujer era evidente para mí, independientemente de las discusiones teóricas que había leído sobre el tema previamente a la salida al campo. Pero, como he mencionado, el trabajo de campo me confrontó con la multiplicidad de formas de entender la violencia y al mismo tiempo con lo dinámico del proceso de investigación.

Resultados preliminares

La red de violencia

A nivel del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se presenta el Programa de Asistencia en red de la violencia, programa que agrupa a varios de los equipos en donde realicé las entrevistas. En su marco conceptual refiere que la violencia es un creciente problema de salud pública y que puede ser clasificada en formas variadas: por ejemplo según el ámbito donde se desarrolla (social, institucional o familiar), según la persona que la padece (niño, mujer, ancianos), de acuerdo con la motivación (robo, política), según el perpetrador (grupos juveniles, agentes del Estado, hombres), según el arma utilizada, etc. Desde su letra, el programa afirma: “Creemos oportuno poner el énfasis en la violencia familiar, ya que seguramente atendiendo a este fenómeno en forma prioritaria, contribuiremos en alguna medida a paliar el resto. Entendemos por Violencia Familiar a todas “las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia”. Considerando como relaciones de abuso, toda conducta que, por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otros miembros de la familia, debiendo ser la misma crónica, permanente o periódica. La Violencia Familiar se produce entre los miembros que componen el núcleo familiar sin importar la condición social, el vínculo que los une o la edad de los componentes del mismo. Las principales categorías que se observan en el espectro de la Violencia Familiar son: maltrato infantil (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abandono físico, abandono emocional, niños testigos y víctimas de violencia); violencia conyugal; maltrato hacia la mujer (abuso físico, abuso emocional); violencia recíproca o cruzada; maltrato a ancianos y a discapacitados (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, abandono físico, abandono emocional, abandono económico). Como objetivos generales este programa se propone: prevención y promoción de la salud en grupos de riesgo;

satisfacer la demanda de las personas afectadas, ofreciendo una respuesta integral (médica, psicológica, psiquiátrica y social) que no sólo incluya a la víctima, sino a toda la familia; se priorizará la interrupción del modelo interaccional violento, proponiendo cambios sustanciales y jerarquizando la palabra como vehículo comunicacional óptimo; se trabajará con la víctima y su familia en la creación de vínculos sociales a los efectos de cortar con el aislamiento, factor de riesgo negativo y de mal pronóstico.”

De esta forma, quedan establecidos los lineamientos de trabajo de esta red que, como se mencionó, pondrá el foco en la problemática de la violencia familiar. Ahora bien, esta red y su programa, que agrupa diferentes profesionales y que podría considerarse el marco de las acciones de salud, en la práctica representan un discurso más dentro de un marco de atención más amplio. Ya que no todos los profesionales que trabajan en violencia forman parte de esta red: existen equipos y personas que, por diferentes razones no pertenecen a ella. Como ex trabajadora de este sistema de salud, esta investigación me permite observar, una vez más, cómo un programa, en este caso el de violencia, no resulta un “marco rector”, sino un discurso más sobre la problemática que puede ser incorporado, recreado, negado y hasta desconocido por aquellos trabajadores que tienen algún vínculo con la problemática, independientemente de cómo sea definida.

El trabajo en violencia no siempre supone el trabajo en un equipo o, al menos las personas entrevistadas no se reconocen, como trabajando dentro de tal. Del mismo material de campo se pueden distinguir, al menos, las siguientes categorías en relación con el trabajo en violencia: “equipos”, y “gente trabajando”, “profesionales referentes”, “los comités”. Los equipos están conformados por personas que destinan su trabajo específicamente a una problemática, en este caso la de violencia y, en general, tienen un reconocimiento por parte de otros trabajadores. Como se mencionará más adelante, los equipos básicamente están formados por profesionales de la psicología y generalmente trabajan con otros profesionales, pero que no pertenecen al equipo de violencia.

La “gente trabajando” y “los profesionales referentes” son personas que realizan algún trabajo relativo a la problemática, pero que no forman parte de un equipo de violencia, sino que, por diversos motivos, sienten un interés particular y son reconocidos por otros profesionales.

¿En qué consisten los comités de violencia? Los comités sobre Prevención, Detección y Asistencia de Casos de Violencia y/o Abuso Intrafamiliar se crean en el año 2006 a través de la

resolución 726 del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Afirma su resolución “Que, la problemática de la salud vinculada a las patologías psicosociales, entre las que se encuentra la violencia en todas sus manifestaciones, resulta de tratamiento prioritario en la planificación de políticas de este Ministerio; Que, los Comités precedentemente citados brindarán asesoramiento integral a los profesionales del Sistema de Salud respecto de las estrategias a seguir en la prevención, detección y asistencia de situaciones vinculadas a la problemática de la violencia.” Los comités no tienen en sí una función asistencial, sino una función de asesoramiento y suponen una conformación entre varias disciplinas. La formación de los comités en cada hospital resulta uno de los puntos de diferencias entre los diferentes hospitales (comités que aún no se han formado, comités que se reúnen a demanda, comités que han realizado actividades de sensibilización y diferentes jornadas). Es preciso aclarar que los comités pueden estar formados por miembros de los equipos o por personas referentes, dándose el caso en que en algunos hospitales existe un comité pero no un equipo y en otros existe un equipo pero no un comité.

Los equipos de violencia

En primera instancia, es preciso pensar cuáles son las nominaciones de los equipos. Se pueden mencionar equipos de “pareja y familia”, “violencia”, “violencia familiar”, “violencia familiar y maltrato infantil”, “maltrato infantil intrafamiliar”.

Los criterios de atención o mejor dicho qué personas se atienden tienen que ver con varias cuestiones, entre ellas con cuestiones teóricas y de disponibilidad de recursos. En algunos efectores de salud existen equipos de “pareja y familia” y en simultáneo “equipos de violencia”. Pero en otros efectores solamente hay equipos de “pareja y familia”, en donde, entre otras problemáticas, se atienden familias con problemáticas de violencia. Particularmente aquí se presenta la discusión de pensar la violencia como un acontecimiento en sí mismo a ser abordado o como una manifestación de una problemática familiar, discusión que se hace presente aún en los equipos que se denominan como equipos de violencia. Es decir, que en estos equipos básicamente se atiende a las familias, saliéndose de la lógica de “víctima-victimario”. Este es un ejemplo de un criterio teórico que delimita la atención. Otro ejemplo de un criterio teórico lo representa un espacio de atención de una psicóloga (centro de salud) que afirma:

“Otro tema que hay que frenar muchas veces porque dicen “Violencia” y cualquier cosa la mandan acá. Hombres violentos, no, tuve que justificar. Si estoy tratando de hacer un lugar amigable para la mujer, no puedo atender a los dos. Hubo que poner un freno ahí.”. Aquí prima el criterio del “lugar amigable”, criterio que circunscribe la atención a mujeres. La noción de “lugar amigable” es un lugar común en los servicios de salud y, en cierta manera se plantea como una noción relacional ya que contrasta aquellas instituciones o servicios en donde se deberían atender determinadas problemáticas o poblaciones pero que muchas veces resultan “expulsivos” con aquellas que tienen una sensibilidad y una preparación especial para hacerlo. Silvana Weller (2004) ha trabajado sobre la atención en salud sexual y reproductiva a personas que viven con VIH y la necesidad de contar con servicios amigables para su atención.

La no atención a “hombres violentos” puede obedecer a un criterio como el expuesto o también a que los hombres violentos “es muy raro que consulten”.

Pensando en el criterio etario, una parte de los equipos atiende solamente adultos. En algunos casos, porque el equipo está propuesto de esa forma y en otros por una decisión relativa a la escasez de recurso humano que se percibe como insuficiente para tratar tanto adultos como niños y adolescentes.

Los marcos cognitivos

Pensar en los criterios de admisión está relacionado con el marco teórico desde el cual se hacen las intervenciones. Tarrow y Hobson (citado en Bonan 2003) hacen uso del concepto de “marco cognitivo” al que entienden como “estructuras de significados y sentidos compartidos por colectividades que componen su modo de interpretar el mundo”, concepto que me sirve para pensar en las diferentes formas de entender la violencia y abordarla. Los marcos cognitivos se relacionan con los marcos teóricos desde el cual se encaran los abordajes terapéuticos en donde los significados que circulan tienen que ver con el psicoanálisis, el modelo ecológico, la perspectiva de género, el psicoanálisis con perspectiva de género. Los siguientes pasajes citados dan cuenta de diferentes marcos de referencia que hacen a las intervenciones de los trabajadores entrevistados:

“Nosotros no somos un equipo de violencia. Estamos en contra de la “violencia familiar” o “violencia de género”. Somos un equipo de pareja y familia. La violencia es algo que le acontece a la familia, pero no es una estructura psicológica. Nosotros lo que atendemos es a una pareja o a un grupo. Nosotros consideramos, hablamos del ser y de su estructura psíquica,

neurótica, psicótica, perversa pero cuando se habla de violencia... la violencia es algo que sucede, acontece, transita. Especialmente no somos un equipo de violencia porque es darle el status a la violencia, tratar la violencia como una estructura.”(Psicóloga, hospital general, marzo, 2010)

“(...) Hablar de violencia familiar es una toma de posición, es tal vez un pensar a priori, en un sello que puede estar, a veces, al servicio de obstaculizar nuestra práctica.” “¿De qué violencia hablamos? ¿No es de nuestra clínica diaria escuchar discursos familiares donde el abuso de poder lo ejerce uno u otro de los integrantes de la familia? ¿No estamos hablando de un factor constitutivo del género humano? ¿Decir violencia familiar será una categorización? Las categorizaciones clínicas a las que el sujeto se adhiere para nominarse son ofertadas como objetos de consumo, en este juego donde se toma al rasgo por síntoma y al síntoma por estructura. Las afecciones dependen del imaginario que domina cada época y las patologías van cambiando su modo de presentación, ajustándose a una clasificación social. El hombre violento es... la mujer golpeada es....los hijos de los hombres golpeadores son.... Pareciera que es pensado más como una nueva forma de identidad que más dice del ser que del padecer. Entendemos que la violencia no es la causa sino la consecuencia de...” “Si de ser se trata nosotros hablamos de estructura neurótica, psicótica o perversa.” (Artículo publicado en libro del hospital general)

“Yo trabajo desde una línea psicoanalítica, desde Freud con aportes de Lacan, en lo que hace a familia. No hay una especialidad en violencia justamente por la línea psicoanalítica. Acá vienen las familias. Podemos hablar de situaciones sintomáticas. Entre ellas, la violencia. En realidad, para hablar de violencia. No es algo que sea una palabra de historia psicoanalítica. Se habla de agresión, agresión primordial, del medio externo, con el infans. Agresión del padre, que tiene el lugar de interdictor. No hablamos de violencia. Y también tenemos que ver la estructura. Hay diferencias entre un acto impulsivo de un neurótico, un papá neurótico, que siente culpa y que se ve la posibilidad de reflexión, de reparación. Distinto es el brote psicótico a la violencia producto del goce de un perverso. Hay que ver en la consulta familiar: ¿A qué se refiere la violencia? La apuesta es a que se pueda producir un diálogo familiar para dar otros sentidos a esos actos violentos. En síntesis, eso es el tratamiento familiar.” (Psicóloga, centro de salud, junio 2010)

Estos tres fragmentos citados presentan una discusión y es si la violencia requiere de un abordaje terapéutico “específico”, “focalizado”, discusión que se presenta en equipos que no se identifican con el rótulo de violencia, pero que también se presenta en equipos que si tienen una denominación relativa a violencia:

“El problema con los criterios de admisión se presenta en todos los equipos. Y también representa un problema para el abordaje psicoanalítico. Porque por un lado, muchas veces aparece en el relato del paciente el hecho de la violencia, pero en realidad viene por otra cosa y en las entrevistas no aparece. Se contraponen un abordaje más desde lo fenomenológico a un abordaje que se centra más en el sujeto.” (Psicólogo, hospital general, marzo, 2010)

En contraposición a un abordaje “no específico” se puede señalar que otros entrevistados sí consideran que puede y debe haber un enfoque “específico”, especificidad que, por otro lado, se nutriría de diferentes marcos teóricos, pero también de diferentes “orientaciones” e “ideologías”. Marco, aquí, esta diferencia ya que es así mencionado los entrevistados:

“Son tratamientos de orientación psicoanalítica focalizados en la problemática de la violencia, desde ya basado en la palabra, poder trabajar en la situación, en el reconocimiento, en las posibilidades, en el apoyo con el que cuenta, social, económico, familiar. Se hace una evaluación de la situación global. Y si manifiestan que quieren cambiar, porque muchas veces quieren que cambien ellos. Y si es así se sigue trabajando sobre esa motivación. Qué inconscientemente las llevó a estar con este hombre violento. Qué identificaciones inconscientes tienen para poco a poco que se hagan conscientes. A veces hay identificaciones con su propia madre. Sacarlas de la situación de riesgo, que no se vuelva a repetir.” (Psicóloga, hospital general, febrero, 2010)

“Yo me paro desde una concepción de género, en donde se tienen en cuenta las variables de poder, pensando desde la asimetría, desde el poder. Me paro desde un marco de los derechos humanos. Esa es mi posición ideológica. Por eso violencia de género o violencia contra la mujer. Pero también trabajo desde el psicoanálisis, lacaniano. Pero en el otro lugar que me tocó trabajar, tenés que interactuar y el trabajo interdisciplinar hace que rompas con los esquemas ortodoxos. Esta es una problemática que tiene una lectura social, pero hay recorridos singulares. Algo real que sucede. Pero la intervención en el caso singular no es tratar de ver si atraviesa el fantasma, o si el goce. Estoy no se mete en el consultorio, aunque trabajes desde ahí.

Yo trabajo desde ahí. No cualquiera es violento y no cualquiera soporta situaciones de violencia”. (Psicóloga, centro de salud, junio, 2010)

A la especificidad del abordaje en violencia, muchas veces se agregan objetivos relativos al tratamiento:

(Sobre atención a “hombres violentos”) “Básicamente el núcleo del trabajo es cognitivo, algunas intervenciones más cognitivo conductual, en el que se pueda trabajar el sistema de creencias que hace que el hombre se crea dueño de la vida de la mujer y se sienta habilitado para ejercer la violencia. En esto se distingue de cualquier otro tipo de terapia, que el abordaje va directamente a la problemática de género. En este sentido, la orientación es pro feminista, no feminista militante, sino desde el punto de vista de la defensa de los derechos de las mujeres. Trabajar con el sistema de creencias que trae el hombre, tratar de deconstruirlo.” (Psicólogo, hospital general, abril, 2010)

“Lo que se busca en definitiva es el cese de la violencia. Darles una mano a las víctimas, por decirlo de alguna manera. ¿Cuál es el trabajo? Proteger al más débil, mujeres, niños.” (Psicólogo, hospital general, Abril, 2010)

En el trabajo en violencia, se identifican al menos tres dimensiones de trabajo. En primer lugar, los tratamientos. En segundo lugar, los vínculos con otras instituciones y en tercer lugar las reuniones de equipos que muchas veces cobran la forma de supervisiones de casos.

Es preciso aclarar que el trabajo de los equipos de violencia, en algunas oportunidades, supone una instancia previa que tiene que ver con la detección de esa situación signada como violencia por un trabajador que puede pertenecer o no a esa institución (que puede ser desde una derivación judicial relativa a un expediente caratulado como “violencia familiar” o la recomendación de un profesional de concurrir a determinado equipo de violencia). ¿Por qué “en algunas oportunidades”? Porque hay casos que tienen que ver con una “demanda espontánea” al equipo de violencia, en donde es la propia persona la que en principio se “identificaría” con algo de la violencia. En el primero de los casos, el momento de la detección, sería el momento en donde se

significa una situación como “violencia”, significación que muchas veces entra en conflicto con los criterios de los equipos.

Preguntada por los obstáculos que percibía en la práctica cotidiana, una psicóloga de un equipo de violencia de un hospital general que realiza admisiones comenta los inconvenientes que surgen con otros profesionales que derivan al servicio de violencia: *“Para mí los obstáculos, tienen que ver con los criterios de admisión y con una nominación del equipo, que al ser equipo de violencia familiar ocurre que a veces el diagnóstico es forzado. Quizás tuvo una discusión con el marido y la mandan a violencia. ¿Hasta dónde? Porque también el tema de la violencia es muy subjetivo. Porque también todo se puede leer como violencia, porque en todas las historias humanas hay violencia.”*

La cuestión de qué se considera violencia es un tema que circula constantemente y en definitiva define a quién asistir y, al mismo tiempo, define intervenciones. Pero no solamente la definición de la violencia se pone en tensión entre los profesionales, sino en las supuestas ideas sobre violencia que traen las personas asistidas. De esta manera, algunos profesionales manifiestan la necesidad de poder darle nombre a ciertas acciones que no son vistas ni vividas como violencia.

(Sobre el trabajo en sala de espera en un servicio de adolescencia de hospital general): “El objetivo es sensibilizar acerca de esos temas. Y a ellas les genera sorpresa hablar de estas cosas. Los celos, por ejemplo, como violencia. La violencia está registrada con el golpe. En general tratamos de dar un mensaje, de conceptualizar ciertas cuestiones como violencia.” (Trabajadora social)

“En cuanto a la prevención, hacemos talleres de educación para la salud y hemos trabajado violencia desde la prevención, en la sensibilización de la temática porque nos dimos cuenta que la violencia está naturalizada. Y a partir de allí, salieron algunas demandas individuales.” (Trabajadora social, centro de salud, agosto, 2010)

Surge la creencia por parte de los profesionales de la “naturalización” de la violencia y especialmente en la población boliviana y peruana. Y básicamente el qué hacer en relación con esta percepción: si advertir o tomarla como parte de un entramado cultural “diferente”. Esto último muchas veces representa un punto de discusión a nivel de los profesionales:

“Si pensamos en la perspectiva de género, muchas veces muchas mujeres no viven cosas como violencia cuando sí lo son.” En relación con la población migrante: “Porque es una construcción cultural, algo que hemos discutido en el pase. Yo digo que hay que avispar a la mujer de que es víctima de violencia y hay otros profesionales que me dicen que “culturalmente” son así. Sí, pero en Bolivia se aprobó la CEDAW. Hay que trabajar para que vea que es una víctima de violencia, que no se lo merece.” (Médica, servicio de adolescencia, hospital general, mayo, 2010)

“Nos pasa mucho con las comunidades peruanas que hay un cosa cultural que traen los padres, que es violencia y no es violencia. Ahí empezás a pensar el maltrato en función de una cultura a la cual pertenecen. Trabajamos mucho esto con los papás en orientación, en la modificación de pautas culturales, dejar el cinto, recurrir más a la penitencia.”(Psicóloga, hospital especializado, mayo, 2010)

Más adelante la misma psicóloga afirma:

“Nosotros desde salud creo que tenemos que aprender que no todo es maltrato. Una cosa es un papá que le pegó una vez a su hijo un cachetazo o le dio un tirón de orejas porque no estudió para una prueba y otra es el que viene todo fracturado. En ese sentido, aprendimos mucho de los peruanos. Hubiéramos hecho denuncias al cohete. No hay que recurrir a la justicia por cualquier cosa.”

El trabajo interdisciplinario

El corazón de los equipos de violencia lo forman profesionales de la salud mental, en su mayoría psicólogos y psicólogas pero puede incluir derivaciones, con lo que aparece la idea del “trabajo interdisciplinario” y “trabajo interinstitucional” o “trabajo con otras instituciones”. Los equipos de violencia en general están formados por psicólogos y psicólogas que eventualmente pueden convocar profesionales de otras disciplinas como ser psiquiatras, trabajadores sociales o abogados.

La necesidad de un trabajo interdisciplinario en violencia ha sido ampliamente teorizada. De esta manera, la psicóloga Susana Velázquez (2003: 227-228) plantea que el trabajo en violencia debe

ser interdisciplinario ya que no se puede dar cuenta de esta problemática desde una mirada que obedezca a una sola disciplina: “Un equipo conformado para trabajar en violencia debe contar con construcciones teóricas y técnicas interdisciplinarias, pues si cada disciplina se aboca a su especialidad sin relacionarse ni modificarse con respecto a las otras, el resultado será una fragmentación de conocimientos que no dará cuenta de la pluralidad y la compleja realidad que plantean las demandas sociales.” (Alicia Stolkiner (1987))”

Velázquez trae los aportes de Nora Elichiry (2003: 228- 229): “La orientación interdisciplinaria favorecerá, necesariamente, integración y la producción de conocimientos, señala Nora Elichiry (1987). Pero esta interdiscipliniedad deberá ser realizada partiendo de la convergencia que plantea la problemática de la violencia y no partiendo de las disciplinas. Elichiry aclara que los problemas sociales no tienen fronteras disciplinarias y los límites de cada disciplina no son fijos ni determinados para siempre. Los operadores, por lo tanto, deberán estar alertas en cuanto al riesgo que implica quedar rigidizados en determinadas teorías o disciplina. Las violencias no siempre encuentran respuestas en los conocimientos previos. De esta forma, cuando cada disciplina se estanca o se encierra en sí misma, se parcializan los recursos para comprender a quien demanda asistencia. Si se consideran inmutables las categorizaciones que cada disciplina establece y se las privilegia y/o jerarquiza sobre las de otras, no se adecuarán las intervenciones a lo que cada situación plantea. Y esto puede aparejar por lo menos dos consecuencias: dentro del equipo, se privilegien ciertas profesiones y otras aparezcan subordinadas, generando situaciones conflictivas. Y, en relación con quien consulta, el riesgo consistirá en que se parcialicen las respuestas a su demanda y no se preste la asistencia integral que cada consulta requiere”.

Asimismo, la necesidad de pensar en un trabajo interdisciplinario está planteada en el Programa de violencia al que hice referencia anteriormente: “Vista la participación imprescindible de la interdisciplina, a la hora del abordaje de la violencia, se hace imperativo el funcionamiento de un equipo con integrantes provenientes de diferentes servicios: pediatría y/o clínica médica, psicopatología y salud mental, servicio social, asesoría letrada” y por otro lado afirma “las acciones que se contemplan desarrollar implican la necesaria articulación de sectores y subsectores involucrados en el tema.”

Ahora bien, no es mi intención definir si los equipos hacen interdisciplina o no de acuerdo a los postulados de Elichiry y Velázquez sino exponer, por un lado, cómo se está pensando este

concepto a nivel teórico y, por otro lado, qué significados aparecen en los dichos de los entrevistados.

La interdisciplina está identificada de diferentes maneras: como la pertenencia a un equipo en donde hay varias disciplinas, como la elaboración de estrategias con otro profesional, o como la consulta o derivación con otro profesional.

“Vamos tratando cada caso interdisciplinariamente pero no es que haya un “equipo interdisciplinario.” (Psicóloga, hospital general, febrero de 2010)

“A esta paciente, que es histórica, la abordamos desde trabajo social, desde psicología. A su vez al marido lo ve el equipo de TBC. Por otro lado, también yo veo a los chicos. La obstétrica la conocía de los partos. Todo el mundo va tratando de contenerla. Se trabaja interdisciplinariamente. Por ahí nos juntamos o por ahí lo que hacemos es pensar una estrategia, vamos hablando donde podemos porque si no juntarnos, por los horarios, es un bardo.” (Psicóloga, centro de salud, mayo, 2010)

En este diálogo entre disciplinas se ponen a prueba las percepciones de qué es lo que debería realizar cada una de las disciplinas. En general los psicólogos y las psicólogas y entrevistados convocan a las trabajadoras sociales a la hora de gestionar un recurso o contactar con otra institución. El trabajo social está asociado a la búsqueda de recursos y al contacto con “el exterior”.

“Y ahí a veces pedimos auxilio al servicio social que ellas tienen todos los contactos de la todas las instituciones.” (Psicóloga, hospital general, Febrero de 2010)

“Las trabajadoras sociales sobre todo hacen lo que tiene que ver con la articulación con el afuera”. (Psicóloga, centro de salud, junio 2010)

“¿Cómo hacemos para que la mujer se vaya? Las trabajadoras sociales llaman acá, allá. Yo trato de no hacerlo porque no estoy tan canchera. Las chicas saben que si llamas a esta hora está fulana que no te va a atender, si llamas a esta hora, está mengana que hace más rápido. Y yo en ese caso, sostengo la exclusión.” (Psicóloga, centro de salud, mayo, 2010)”

“Trabajamos en forma interdisciplinaria si bien pertenecemos a diferentes servicios. Hacemos entrevistas conjuntas, de admisión, de seguimiento de los casos. No participo directamente del tratamiento. Estoy más en el diagnóstico, en la definición de las estrategias. Con los casos de los niños, yo soy la que se ocupa de hacer la comunicación al Consejo, al juzgado, con otras instituciones. Todo lo que tiene que ver con el trabajo interinstitucional. En los casos de niños participo en las entrevistas con los padres, entrevistas de diagnóstico y seguimiento para ver cómo van, pero no participo en el tratamiento. Si hay un caso de un niño, las psicólogas entrevistan al niño y yo a los padres. Se hace la historia social en donde se ven los vínculos familiares, los vínculos con la familia extensa, las redes sociales. Se ve la red institucional, las redes sociales y familiares. Incluso hago visitas a domicilio en el caso de niños y adolescentes. Puede haber derivaciones a hogares. Básicamente hago la comunicación con otras instituciones.” (Trabajadora social, hospital general, febrero, 2010)

Pero estas funciones, a veces, son puestas en cuestión por algunas trabajadoras sociales para quienes su función trasciende la búsqueda de recursos, lo que en cierta manera refleja una discusión sobre en qué consiste la “intervención” en trabajo social:

“Lo que decimos siempre es que servicio social no está sólo para gestionar un recurso. Porque eso lo puede hacer un administrativo o la persona misma lo puede hacer metiéndose en una página de internet. Porque el objetivo primordial no es la entrega del recurso. En todo caso el recurso es la consecuencia de una intervención. El objetivo es la intervención. Y la intervención tiene diferentes etapas. Nosotras no hacemos terapia. En primer lugar, ver cómo está posicionada, subjetivamente y materialmente. Esta primera etapa es más diagnóstica. Lo que intentamos es brindar información científica actualizada mostrándoles que este es un problema social no individual. Que la violencia es una expresión del abuso de poder. Y que violencia no es sólo el golpe nada más. Hablamos del ciclo de la violencia. Este el segundo momento, se brinda información, información teórico. Y en un tercer momento, se definen alternativas e intentás vincularla: se llama abriendo la red.” (Trabajadora social, hospital general, febrero, 2010)

En este punto, los entrevistados, relacionan el trabajo con otros profesionales, el trabajo interdisciplinario con la complejidad de la problemática, con los múltiples atravesamientos que tiene la misma. Aquí quisiera traer una hipótesis presentada en mi proyecto de investigación con

el que obtuve la beca: el abordaje de la problemática de la violencia por parte de los servicios de salud restringe la mirada a una patología individual impidiendo su abordaje como fenómeno social y cultural en una sociedad dada. Según esta hipótesis, aquí existiría una mirada sobre el problema que entiende a la violencia como fenómeno “psicológico”. Sin embargo, es mi intención modificar esta hipótesis y postular que si bien los trabajadores de la salud que abordan la problemática de la violencia pueden considerar a la violencia como un fenómeno social, las herramientas de abordaje hacen hincapié en la resolución individual. El modo de concebir la problemática implica más niveles que el nivel en el que se interviene con las personas. Y en este punto es preciso mencionar que a la hora de identificar cuáles eran los obstáculos para el trabajo con esta problemática, la mayoría de los entrevistados hacían referencia a la falta de recursos sociales que den sostén al trabajo desde lo asistencial (terapéutico o no terapéutico), mencionando desde la escasez de trabajo, la falta de políticas habitacionales hasta la poca cantidad de vacantes en guarderías. Me parece interesante destacar que, aún desde diferentes marcos teóricos de trabajo, se perciben los mismos obstáculos.

El trabajo con otras instituciones

El trabajo con otras instituciones presenta diferentes vertientes y todas ellas suponen una complejidad particular. En primer lugar, instituciones a las que se las convoca para obtener algún recurso (desde un turno, hasta un subsidio). En segundo lugar, casos en donde la justicia ha dado intervención al sector salud, como un pedido de realización de una evaluación familiar o un pedido de tratamiento. En tercer lugar, instituciones a las que se deriva a las personas que consultan. En cuarto lugar, casos de niños en los que el sector salud da intervención al Consejo de los derechos del niño, que es el ente administrativo a quien los profesionales deben notificar cuando existe una vulneración de derechos, conforme a la nueva legislación sobre infancia. (Ley 26061 y Ley 114). Es este ente el que debe tomar las medidas de protección si existe un caso de maltrato infantil.

Los vínculos con otras instituciones suponen la puesta en juego diferentes lógicas de trabajo. Y aquí aparece un punto para seguir profundizando y es que en el trabajo al interior de la institución también aparecen lógicas de trabajo contrapuestas que suelen ser fuente de conflicto, pero en los

relatos de los entrevistados aparecen con más fuerza los obstáculos que muchas veces se presentan a la hora de vincularse con otras instituciones. Aparece así, la institución de “la justicia”, “la escuela”, “el Consejo de los derechos de los niños”, en contraposición a la institución de “salud”, de la cual son parte estos entrevistados.

“Un obstáculo que se está allanando un poco tienen que ver con que antes hacíamos la historia clínica (en un caso de abuso) y después la tenía que ver el médico forense. Se está tratando, que se tome como prueba la historia clínica y que no la revisen cinco veces. Se trata de trabajar el nexo justicia-salud. Nosotros tenemos un vocabulario y ellos otros. Y a parte pasa que te llega una citación judicial y tenés al mismo tiempo 15 pacientes citados. Te dicen: “Tiene que venir a declarar mañana mismo, porque lo ordena el juez”. No te llaman para combinar una cita, porque los dos somos profesionales que estamos trabajando. Te mandan un policía con la citación judicial. Y yo no soy una delincuente, voy como testigo. ¡Pero la justicia esta por encima de todos!” (Médica, servicio adolescencia, hospital general, abril, 2010)

Ahora bien, los vínculos institucionales presentan un carácter bifronte, ya que por un lado se menciona la institución con la que se realiza el vínculo y por otro lado, las personas que pertenecen a estas instituciones creándose, al menos, dos circuitos de contacto: “el formal” y “el informal”. Este último se establece por un conocimiento que los trabajadores entrevistados van realizando en su trayectoria profesional desde la institución pero también por fuera de ella. El circuito informal, está asociado con la necesidad de evitar la “revictimización” y, a su vez, con la idea de “derivación protegida”. Aquí, me gustaría centrarme en un aspecto específico de los vínculos institucionales y es la forma en que se realizan las derivaciones. Coexisten diferentes formas de efectuar las derivaciones a otras instituciones: recomendación de concurrir a determinada institución, recomendación de concurrir a determinada institución a ver a determinado profesional. En este último caso, los profesionales, se pueden contactar previamente con este profesional para ponerlo al tanto de la situación. Esto supone un beneficio: dar con un profesional, que resulta “de la confianza” del profesional que deriva. Pero, por otro lado, puede significar que en el primer encuentro con la nueva institución no se presenten los trámites burocráticos que se requieren al ingreso, trámites que en todo caso se postergarán pero que nunca podrán ser evitados. Los siguientes pasajes dan cuenta de diferentes nociones en torno a la idea de “derivación”:

“Hemos tenido por ejemplo un caso se una chica que viene diciendo que era violenta, que en la calle quería embocar a todo el mundo. Tuvimos entrevistas durante 6 meses hasta lograr articular con un profesional que de con el target, un profesional que pueda asistir a una chica que le pasa esto. Porque técnicamente todos están entrenados para hacerlo pero la práctica no es así. Yo puedo derivar al centro de atención más cercano, pero eso cae. Porque si no se pierden en ese recorrido institucional. Yo cuando coordino con una institución o con dos instituciones, no coordino con “la institución” coordino con la doctora tal, con la licenciada tal.” (Trabajadora social, centro de salud, marzo, 2010)

“Las derivaciones se hacían de manera más bien informal. Y fue lo que más resultado me dio. Levantaba el teléfono. También iba teniendo un banco de datos actualizado. Y te digo actualizado y honesto. Porque a veces te dicen “nosotros hacemos esto” y después vas y te encontrás con otra cosa. Porque es muy importante cómo hacés la derivación.” (Psicóloga, hospital especializado, marzo, 2010)

“Son redes informales que se van estableciendo. Yo acá conozco a fulano. Acá sé que la van a atender bien, acá no. Son todas redes personales, en el sentido que nos vamos conociendo entre nosotros, los que trabajamos. Nosotros atendemos casos de acá, pero si viene una mujer de acá en frente, tengo que hacer derivaciones. Por ejemplo, las derivaciones, yo las estoy haciendo a X o al Y. No la derivo al Z, porque sé que no está funcionando muy bien. Como somos parte de la red, sabemos con qué bueyes aramos.” (Psicóloga, hospital especializado, abril, 2010)

Las “derivaciones” parecieran ser una parte sustancial en el abordaje de la violencia, más allá de cómo se la piense, ya sea porque se la mencionan o porque se remarca la importancia de la manera en que se realizan. La derivación es presentada en función a la complejidad del problema, en el sentido de que muchos entrevistados manifiestan límites a su intervención desde el sector salud y la necesidad de convocar otros sectores. Pero, la derivación muchas veces es presentada como sinónimo de incapacidad de respuesta de los equipos. En otras palabras, se deriva porque en la institución debiera existir determinado recurso o atención profesional que por diversos motivos no está presente. En este punto, una cuestión que se menciona con frecuencia es la falta de abogados dedicados a violencia que trabajen en los hospitales, ante lo cual, se deriva a otras instituciones para asesoría legal. Aquí, me gustaría dejar al menos planteado un punto para seguir trabajando y se relaciona con el pensar “la derivación” (teniendo en cuenta la diversidad de

significados en torno a ella), desde un punto de vista de medios y fines. Cómo algo que podría pensarse como un medio, se termina convirtiendo en un fin en sí mismo que es crucial para el “éxito” de la intervención.

Conclusiones

Esta ponencia expone los resultados preliminares de una investigación en curso. Lo primero que resalto es el dinamismo del propio proceso de investigación. De pensar el abordaje de la problemática de “la violencia contra la mujer” fue preciso pensar en qué significados transitan por los equipos y las personas que trabajan ya no en “violencia contra la mujer” sino en “violencia”. Y me hizo, una vez más, repensar mi propia perspectiva sobre la violencia. Violencia pensada desde las relaciones desiguales de poder y, en este punto, la pienso desde una perspectiva de género. Pero también pensada desde las singularidades, desde cómo estas relaciones desiguales no encarnan de la misma manera en todas las mujeres y varones. En este sentido, pienso en términos de un propio proceso de reflexividad, entendida como el hecho de que en el proceso de modernización, de manera creciente, individuos, colectivos e instituciones son inducidos a la reflexión continuamente (en el doble sentido de reflejar /reflexionar) sobre sus condiciones concretas de existencia, rever los fundamentos de sus prácticas a la luz de nuevos conocimientos y discursos producidos sobre esas propias prácticas, y enfrentarse con las consecuencias, efectos no previstos y riesgos que las formas modernas de vida y de producción material y cognitiva producen. (Giddens, 1995)

El abordaje de la violencia está contemplado en nuestro marco legal y específicamente la participación del sector salud, en donde existe un programa de violencia, que debe pensarse como parte de una política pública y que funciona como un discurso posible, pero no el único. En este sentido, esta ponencia muestra la diversidad de enfoques relativos a una problemática, la cual, incluso es formulada en diferentes términos por los entrevistados. Esta diversidad de enfoques expresa también la diversidad de enfoques en relación con la posición de quien recibe violencia y de quien la ejerce, llegándose el caso de no considerar estas “posiciones”. Sin duda, este punto, es materia de análisis futuro. Tenemos aquí un nivel de significados en torno a la “violencia”. Y en función a esto, en parte, un nivel de organización institucional que se manifiesta en las nominaciones y en las acciones de los trabajadores entrevistados. Pero, a pesar de las diferencias,

circulan categorías comunes. En primer lugar, la interdisciplina, una interdisciplina que también es pensada de diferentes maneras, tanto en lo que se considera un trabajo con estas características como en relación con las expectativas de otras disciplinas. Sin embargo, lo que se plantea como interdisciplina tiene un núcleo duro en la psicología. En segundo lugar, otra categoría común es la del trabajo interinstitucional. Tanto la referencia a una y otra categoría, más allá de cómo se enfoque la problemática, remiten a la imposibilidad de pensar la violencia en función a una disciplina y a una institución y, desde este punto de vista, cobra sentido pensar al sistema de salud como un engranaje dentro de una política pública. Pero dicho engranaje supone una “articulación” con otras instituciones, que muchas veces, lejos de ser explícita, se realiza de manera informal, lo que paradójicamente es percibido como más beneficioso. Estos circuitos institucionales serán materia de análisis en una etapa más avanzada de esta investigación.

Bibliografía

- Bonan, C (2003): Derechos sexuales y reproductivos, reflexividad y transformaciones de la -modernidad contemporánea, paper especialmente preparado para Prigepp. Prigepp-FLACSO

- Carballeda, Alfredo, *La intervención en lo social*, Paidós, Buenos Aires, 2002.

- Elichiry, N. “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias” en *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1987.

- Giddens, Anthony 1995. “La vida en la sociedad post tradicional” en *Modernización reflexiva*. Ulrich Beck, Anthony Giddens e Scott Lash. Editora Unesp. São Paulo.

-Prince, E (2008): Políticas de Igualdad, Equidad y Gender Mainstreaming: ¿De qué estamos hablando?: Marco Conceptual. San Salvador. PNUD

-Velázquez, S (2003): *Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires. Paidós

-Velzeboer M; Ellsberg, M; Clavel-Arcas, C; García-Moreno; C (2003): *Violencia contra la mujer: responde el sector salud*. Washington. Organización Panamericana de la Salud

-Vargas, V (2008): Participación política de las mujeres en el siglo que comienza. Lima. Centro Flora Tristán

-Weller, S (2004): “Sexualidad y Servicios de Salud: Un Desafío para la Gestión en VIH-SIDA” en Seminario I-Mayo 2004. Buenos Aires. Centro de Estudios de Estado y Sociedad.