



CLAUDIA ELISABET TEODORI

A LOS SALTOS BUSCANDO EL CIELO

Trayectorias de mujeres en situación
de violencia familiar

SEGUNDA EDICIÓN

Editorial Biblos
S O C I E D A D

A los saltos buscando el cielo

Trayectorias de mujeres en situación
de violencia familiar

Claudia Elisabet Teodori

A los saltos buscando el cielo

Trayectorias de mujeres en situación
de violencia familiar

Editorial Biblos

Investigaciones y ensayos

Teodori, Claudia Elisabet

A los saltos buscando el cielo: trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar / Claudia Elisabet Teodori; con prólogo de María Laura Recoder.- 2a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2016.

306 p.; 16x23 cm.- (Investigaciones y ensayos)

ISBN 978-987-691-373-7

1. Sociología. 2. Violencia de Género. I. Recoder, María Laura , prolog. II. Título CDD 305.42

La publicación de este libro fue posible gracias al apoyo financiero del proyecto UBACyT 20020130100386: "Antropología de la salud, la enfermedad y la atención. Un abordaje desde las políticas, las prácticas y los saberes", resolución CS 921/2014, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, y la colaboración de la Asociación Civil Decidir.

Tapa: *Luciano Tirabassi U.*

Imagen tapa: *Claudia Teodori y Omar Burgos*

Armado: *Sofía Vizza*

© Claudia E. Teodori, 2015, 2016

© Editorial Biblos, 2015, 2016

Pasaje José M. Giuffra 318, C1064ADD Buenos Aires

info@editorialbiblos.com / www.editorialbiblos.com

Hecho el depósito que dispone la Ley 11.723

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Esta segunda edición se terminó de imprimir en Imprenta Dorrego, Avenida Dorrego 1102, Buenos Aires, República Argentina, en mayo de 2016.

A Alba y a todas las que, como ella, buscan ser un poco más libres.

Agradecimientos

Agradezco a Laura Recoder, que, con su gran capacidad, dedicación y generosidad, me llenó de preguntas, se entusiasmó conmigo y me abrió caminos.

A Omar, que desde su lugar se ocupa de la violencia de género. Sin su acompañamiento incondicional, sus lecturas y sus correcciones, este trabajo no habría sido posible.

A toda mi familia, amigos y amigos por el aguante y el aliento.

A Valeria Fidalgo, Nora Romanelli, Marcelo Romano y todo el equipo de Decidir, por los aprendizajes y los proyectos compartidos.

A mis compañeras del Centro de Salud.

A la doctora Diana Galimberti y a las autoridades del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez por la confianza, la hospitalidad y las interesantes oportunidades de trabajo.

A los integrantes del Comité de Violencia, a la Dra. María Varas, a la Lic. Susana Pontiggia, a la Dra. Analía Messina y a quienes trabajan con ellas.

A Suely Deslandes, quien acompañó los primeros pasos de mi proyecto de tesis.

A Susana Margulies, quien, además de haber apoyado de diferentes modos la publicación de este trabajo, me distinguió al incorporarme al programa de Antropología y Salud de FFyL-UBA.

A los integrantes del equipo de Antropología y Salud de FFyL-UBA.

A Paulo César Alves y a todos quienes integran el ECSAS en la UFBA.

Al equipo docente y autoridades de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la UNLa.

A Silvia Severini, por tantos años de docencia compartida.

A Karina Bonifatti.

Y fundamentalmente a las mujeres que me confiaron sus historias de padecimiento y sus anhelos.

Índice

Prólogo

María Laura Recoder 15

Comentarios de Dora Barrancos, Emiliano Galende,

Susana Margulies y María Laura Recoder 19

Comentario de Dora Barrancos..... 19

Comentario de Emiliano Galende 21

Comentario de Susana Margulies..... 23

Comentario de María Laura Recoder 24

Presentación..... 29

Más acá de la escritura 29

Un juego, un lado B para tanto padecimiento 31

Ellas sabían saltar 32

Un recorrido, un desafío, una búsqueda. Un juego: la rayuela 33

Introducción 35

La violencia, el problema en cuestión 35

Cada una de las secciones 41

I. El marco normativo y el problema de las cifras..... 45

El marco normativo y las convenciones

internacionales sobre género, derechos y violencia 46

Limitaciones para enfrentar la violencia de género..... 60

(In)consistencia de los datos. Descripción de la

situación a nivel nacional. El problema de las cifras 62

II. Consideraciones teórico-metodológicas.....	67
Principales categorías de análisis.....	67
Estrategia metodológica	82
Encuentro de mujeres	90
Las protagonistas.....	92
III. Desde lejos no se ve...	99
Nuestro “mirador”: un dispositivo de atención en un hospital público.....	99
Las mujeres, los servicios de salud y el problema de la (in)visibilidad de las violencias	116
Claroscuros	122
IV. La reconstrucción de las trayectorias	129
Los espacios o “casilleros” que conforman el proceso de atención	132
El tiempo.....	136
“Tierra” o el comienzo del recorrido	141
Ariadna y su ovillo a las puertas del laberinto. Las redes sociales en las trayectorias de las mujeres.....	144
La última gota... Los desencadenantes del proceso.....	148
V. Casillero salud	157
¿De qué se quejan (o qué las aqueja)? Las mujeres y los servicios de salud	157
¿Pastillas para vivir, pastillas para ser feliz? Medicalización y psiquiatrización	160
Las mujeres y la salud mental	161
¿Nueva...? ¿Patología...?	162
La intervención “psi”, el dispositivo de atención y la experiencia de las mujeres.....	166
De cómo pega que te peguen Experiencia de enfermedad, cuerpo y violencia	174
La puerta del sistema de salud	177
Que sepa abrir la puerta para ir.. La figura del profesional en la detección	181
El apego al tratamiento	184
¿Y el género? Enfoques psicoterapéuticos	193
VI. Casillero la policía y el sistema judicial	199
El Estado y sus límites para brindar protección.....	199

Una buena víctima, se busca.....	205
La prueba: el cuerpo del delito	206
Seguir en carrera	209
Medidas de (des)protección	213
Una pena que no haya pena:	
el quebrantamiento de las medidas protectoras	217
Retrocede dos casilleros:	
distintas formas de discontinuar el proceso judicial.....	218
Las partes que no son parte:	
las mediaciones judiciales y la violencia de género	219
¿Qué deseaba su señoría...?	
¿Terapia por mandato o justicia psicoterapéutica?	221
Otro malentendido de la cura.....	222
Ortopedia moral de la Justicia	224
Lorena: “justicia psicoterapéutica” y la triple jornada laboral.....	225
De golpeadas a golpeadoras: las contradenuncias.....	227
Expertas de tanto andar... ..	228
Lobo, ¿está? Cuando el agresor	
ve que no hay sanción, la violencia recrudece	233
VII. Casillero alternativo: los grupos, el yoga y la iglesia	235
Dispositivos grupales	235
“Ayudan mejor que en un hospital”: el yoga	
y la religión frente a los padecimientos	239
VIII. Entre el cielo y la tierra	243
El <i>continuum</i> de la violencia y el riesgo	
de vida en las historias de Lorena y Rocío	243
Las historias.....	244
Padecimiento, psiquiatrización y suicidio	251
Los intentos de suicidio y la medicación psiquiátrica	252
IX. Convivir con la muerte:	
de la violencia extrema al femicidio	257
“Muerta no me quiere ver”: el riesgo	
de perder la vida en el camino.....	257
Femicidio, feminicidio y femi-genocidio	260
Las formas de registro y las cifras: la otra inseguridad	261
Femicidios y medios de comunicación:	
“Wanda va a ser un poroto...”	264

X. Reflexiones finales y posibles líneas de acción	271
Los relatos y las experiencias.....	271
Visibilidad y temporalidad	274
Casilleros y la piedra que a veces cae fuera del dibujo.....	280
Como cualquier problema social.....	285
Sugerencias	287
Referencias bibliográficas.....	291

Prólogo

María Laura Recoder

En esta cuidadosa y creativa investigación, producto de su tesis de maestría,¹ Claudia Teodori aborda el problema de la violencia familiar, centrandó su análisis en la oferta de atención, cuidados y apoyo destinados a mujeres en situación de violencia, a partir de, fundamentalmente, el despliegue de trayectorias de mujeres y sus experiencias de padecimiento.

Cuando nos adentramos en la lectura del texto, es posible escuchar las voces de las mujeres en situación de violencia que participaron del estudio. Acaso acercarnos a la comprensión de sus experiencias, su sufrimiento, sus miedos y la búsqueda incansable, “a los saltos”, de cambios, apoyo, respuestas, “del cielo”.

En largas entrevistas, teñidas de intimidad y confianza, estas mujeres le relatan a Claudia sus experiencias y sus itinerarios en busca de respuestas a su problema de violencia. Relatos cargados de emociones, reflexiones, dudas, estrategias. Historias de encuentros y desencuentros, de amor, desesperación y lucha. Relatos cargados de significados y de prácticas, que alejan a estas mujeres del papel de víctimas que comúnmente se les otorga y nos permiten visualizar y destacar la dimensión activa, creativa y transformadora de sus prácticas, respecto a su situación y sus posibilidades de cambio.

1. Este libro es una versión revisada de la tesis que con el título *A los saltos buscando el “cielo”. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar*, fue realizada bajo la dirección de la doctora María Laura Recoder y defendida en la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, provincia de Buenos Aires, el 4 de abril de 2014, ante el jurado integrado por la doctora Susana Margulies, la doctora Diana Galimberti y el doctor Leonardo Federico quienes la calificaron con 10 (diez), sobresaliente.

Estos relatos también posibilitan a la autora describir analíticamente el papel de actores e instituciones como los servicios de salud, el hospital, el sistema judicial, los tribunales, la policía, espacios comunitarios y redes sociales en la respuesta a la problemática.

El sólido análisis de los datos es desplegado en tres ejes analíticos: la temporalidad, la visibilidad del problema y los desencadenantes para iniciar el proceso de búsqueda de apoyo/atención.

Además del conjunto de entrevistas en profundidad a mujeres afectadas por la problemática, Claudia realizó una prolongada observación participante en un servicio de atención de violencias de referencia en la Ciudad de Buenos Aires, entrevistó a parte de su equipo de salud, relevó y sistematizó distintos registros producidos por el servicio y desplegó un exhaustivo trabajo con fuentes secundarias.

Con osadía y creatividad propone un abordaje metodológico heterodoxo, donde se triangulan metodologías cualitativas y cuantitativas, y obtiene excelentes resultados. La modalidad de sistematización de los registros y las devoluciones realizadas al equipo de salud, respecto a sus tareas y sus prácticas, posibilita que la investigación se configure también como un insumo para la gestión en salud. El despliegue de los datos y los argumentos dejan entrever el proceso de reflexividad sistemático involucrado. Momentos de profundo acercamiento al sufrimiento y momentos de necesario distanciamiento, momentos de intimidad, empatía y compromiso, y momentos de objetivación, reflexión, descripción y búsqueda de precisión. Entendemos que la propuesta en su conjunto le permite a Claudia, parafraseando al antropólogo Joao Biehl, “atribuir a las personas que estudiamos y describimos los mismos tipos de complejidades que reconocemos en nosotros mismos y traer esas complejidades al escenario de la salud colectiva”.

De este modo, en las páginas que siguen se despliega, entre otras cosas, el proceso de cronificación de la violencia de género. Las mujeres entrevistadas llevaban, en promedio, más de una década buscando atención y respuesta. Durante ese tiempo todas ellas efectuaron, y continúan haciéndolo, numerosas consultas y denuncias, y empleando diversas estrategias de afrontamiento. A partir del análisis de la organización y del funcionamiento del servicio de salud estudiado, se destaca la escasa capacidad para la detección y atención de violencias. Se describe la fuerte impronta medicalizadora: cuando se logra la detección se implementa la derivación de la persona al servicio de salud mental como única alternativa de atención. Se identifican con alarma las consecuencias de la prescripción de fármacos en algunas de las mujeres entrevistadas.

Se alerta sobre experiencias de padecimiento que revelan una vulnerabilidad extrema y la cercanía de la muerte. Se indaga el lugar de los medios de comunicación en la reproducción, e incluso en el incremento de la violencia de género. Se problematiza la producción de estadísticas y la invisibilización del problema. Se enmarcan las reflexiones en los cambios normativos y programáticos locales, a partir de un extenso análisis de las transformaciones del marco jurídico referido a la problemática.

A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar es un rico aporte al estudio de las violencias. Por un lado, describe las formas complejas que toman la violencia familiar y la violencia de género, sacudiéndonos con la crudeza de las experiencias vividas por las mujeres afectadas por ella. Por otro, analiza las respuestas institucionales a la problemática, los laberintos instalados por las distintas instituciones, su precariedad, su parcialidad y la persistente desigualdad de género presente en cada una de ellas.

Finalmente, la originalidad de la propuesta de trabajo aporta a una producción de conocimiento más significativo y más pertinente para la gestión institucional, especialmente para la gestión en salud. Para el diseño de programas que ofrezcan respuestas adecuadas y más efectivas a las mujeres afectadas por la violencia familiar y para la planificación de políticas tendientes a reducir los contextos de vulnerabilidad involucrados en el fenómeno.

Comentarios de Dora Barrancos, Emiliano Galende, Susana Margulies y María Laura Recoder*

Comentario de Dora Barrancos

[...] Todas las mujeres han sufrido alguna forma de violencia. Comencemos por la simbólica, la patriarcal, que es hegemónica desde el fondo de los tiempos. No es connatural a nuestra naturaleza. Hay una invención. En un momento hay una invención. Esa comunidad de sentidos violentos del que participan todas las mujeres efectivamente deviene, a causa de la agencia feminista, en una especie de gran sintagma acerca del reconocimiento de la base de ciertas violencias endogámicas en nuestras sociedades. Es decir, el descubrimiento del patriarcado como forma de la violencia es lo que está, como dice Rita Segato, en la base.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres es un reconocimiento tardío del propio movimiento feminista. Esto no quiere decir que haya completa ausencia en los códigos civiles, sobre todo donde se habla de la posibilidad de separación: sí se habla de sevicia, de malos tratos. Pero no es un concepto que hayan esgrimido nuestras antecesoras del siglo XIX e inicios del XX. Es una construcción notable de la segunda mitad de este siglo.

Creo que la concepción de la violencia comienza con un primer reconocimiento de la violencia sexual y luego hubo una especie de maridaje conceptual respecto de la atención de algunas mujeres en el siglo XIX, hartas del acoso sexual del marido, que en alguna oportunidad hasta propusieron una especie de huelga sexual. Entonces hay un conocimiento que todavía carece de conceptualización. Obviamente el patriarcado ha

* Estos comentarios son fragmentos de las respectivas disertaciones en la presentación de la primera edición de este libro el 19 de noviembre de 2015, en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

sido conceptualizado desde hace mucho tiempo [...] En este caso tenemos mucha construcción teórica gracias al movimiento feminista de la segunda mitad del siglo XX, que exhibe la violencia como uno de los términos principales de su agenda. Hay una inversión completa en el sentido que sí abre la agenda feminista de un poco más de medio siglo. No hay duda de que con la llamada *segunda ola feminista* la violencia tiene una incorporación fundamental.

De modo que tenemos teóricamente muchas aproximaciones a esta violencia, pero en la Argentina teníamos, tenemos, un repertorio relativamente escaso de indagaciones empíricas. Es cierto que en este caso hay etnografía, pero hay sobre todo una sociología del comportamiento institucional. Aquí lo que está en juego es el examen violento de las instituciones. En este libro encontré que la novedad es mostrar la violencia propedéutica: la violencia intermediaria para tratar la violencia contra las mujeres. Éste es el punto nodal del texto.

Es decir, tenemos servicios especializados cuya argumentación de fondo es violenta: la medicalización es violenta, la forma de conducir el encadenamiento es muy violenta. Desde luego, la falta de atención es violentísima, además del contexto familiar y personal de la víctima [...] La conducta de la familia a menudo está asociada a no reconocer sino la neurosis de la víctima. Suele decir: está loca, está alterada, y *alterada* es el término nosológico que usa la ciencia psicomédica. Entonces éste es el desquicio de la forma de encarar terapéuticamente la violencia.

Éste es el problema que está en el fondo de este texto, que creo que debería ser leído obviamente por todo el sistema de salud, en primer lugar. Es un reto al sistema de salud y, obviamente, a las formas institucionales... sean las respuestas institucionales del propio Estado, me refiero a las comisarias especializadas, etc., y a los términos de la propia acción judicial.

El asunto es bastante escabroso porque hoy en día obviamente estamos discutiendo ciertas fórmulas que tiene la judicialización, las fórmulas del tratamiento judicial de la violencia, y lo que está en una zona de debate es si las feministas venimos a hacer más tremendo el ímpetu punitivo [...] No siempre las feministas recomendamos la judicialización ya que no se puede recomendar inexorablemente. La primera medida es sacar a la víctima de la situación que padece. A veces no es recomendable ni siquiera la denuncia inmediata. Hay que ir resolviendo imperiosa pero reflexivamente la asistencia a la agredida.

En este texto se muestran circunstancias patéticas: el marido que la lleva a la guardia y la guardia que la retorna con el marido. En ese

caso, obviamente intervienen unas acciones que son institucionales, no son judicializables. Sí es fundamental intervenir institucionalmente [...] Entonces las instituciones, por la ley 26.485, pueden actuar frente a la violencia; los servicios de salud, los de educación, todos los ministerios están absolutamente interpelados por esa ley.

De modo que, si hay violencia, nunca puede ser de orden privado; es de orden público, como reclama el notable apotegma “lo personal es político”. Las instituciones deben actuar, y hasta pueden evitar la acción judicial que no es ni la primera ni la última medida. Para extinguir la violencia hay que extinguir el patriarcado pero mientras tanto es necesario prevenirla y esto es una obligación de todas las instituciones.

Comentario de Emiliano Galende

[...] Seguramente por la amplitud en que [en este libro] está trabajado el problema, se logra articular un análisis lúcido de los casos de mujeres afectadas con la situación social y cultural de la mujer. Es uno de los logros mayores del texto: que no haya salto entre los casos particulares en el relato de estas mujeres y la ampliación de la mirada hacia la cultura, en sentido amplio pero a la vez preciso; lo mismo sobre el análisis de las respuestas de la sociedad, de las familias y muy especialmente del tratamiento en los medios sobre este tema.

Lograr una lectura del problema de la violencia sobre las mujeres en el contexto social y cultural, y poder construir un relato riguroso que hace visible el problema del estudio en su contexto real, es un logro mayor, no habitual ni frecuente en los estudios conocidos, especialmente los que versan sobre la perspectiva de género que suelen limitarse a la observación de obstáculos y prejuicios.

El eje de la visibilidad e invisibilidad me parece también un logro, porque abre a la complejidad de las diferentes variables que intervienen: familia, medios de comunicación, sistema de salud, hasta la función misma de las disposiciones institucionales. Sin duda, hacer visible no es solamente informar o contar con legislación sobre derechos; las distorsiones son muchas y no siempre lo visibilizado es lo verdadero. Por esto mismo resulta muy pertinente el análisis sobre los sistemas de registro.

Da la impresión de que la autora apunta a un tema de mucho interés, más allá de la violencia, que es el devenir complejo de la identidad de la mujer en este proceso cultural de transición. Leo entre líneas

interrogantes sobre esta identidad, de la cual la violencia es uno de los riesgos mayores que es necesario visibilizar, pero también entender. Este libro seguramente será un aporte importante en esta dirección. [...]

Lo que nosotros vemos hoy es que hay una cantidad muy grande de personas, yo diría mayoritaria, en la que los incluyo y me incluyo, con fuertes anhelos de intimidad. Fuerte anhelo de intimidad supone fuerte necesidad de contar con el otro para la confianza, para la vida en común y para darle la seguridad de la continuidad al vínculo.

Pero todo lo íntimo está hoy todo el tiempo bombardeado [...] Por ello la intimidad se ha ido cada vez más diluyendo en lo público. Es como si de alguna manera se hubiera producido un pasaje de la intimidad al espectáculo. Cierta desnudez de la intimidad y de las personas. La desnudez de las mujeres en particular es utilizada, además, como elemento publicitario, como objeto para atraer cualquier tipo de consumo. [...]

Pero toda esta ruptura de la intimidad plantea también un problema, porque eso que ha sido el espacio más restringido, ahora está penetrado permanentemente por lo público. Algo público por vía de la publicidad y sobre todo por vía de la actitud de los medios, como Claudia lo expresa muy bien en el texto, invade la vida de pareja, la vida de las parejas, la vida familiar está permanentemente invadida y no olvidemos que éstas son políticas de mercado absolutamente estudiadas [...] Saben cómo llegar y tienen el instrumento maravilloso de colocarnos en nuestra habitación, en nuestra sala, en la sala de espera de cualquier lugar, en todos lados... hay una pantalla por la cual las veinticuatro horas del día estamos recibiendo esta invasión que tiende, en algunos casos, a agrandar la intimidad, y en otros casos a romperla porque provoca permanentemente un deseo de salir del espacio exclusivo de la intimidad con el otro.

Esto hace que de algún modo haya una especie de redefinición de la intimidad como espectáculo. Uno lo ve en muchos de los programas; hoy hasta los programas políticos terminan preguntando a las personas por aspectos íntimos de sus vidas: es como si dijeran: “Bueno, ahora desnúdense en público...”, y la desnudez es el último rasgo de pudor que todavía más o menos cuidamos...

Para terminar, también me parece importante esta cuestión del tramo, del itinerario de las mujeres que han sufrido violencia. Allí está el problema de los servicios. [...]

Hay un enorme movimiento empresario y económico detrás de eso. No sólo el sistema, la aparatología que se ha producido para los diagnósticos y también para los tratamientos, también está toda la industria

farmacéutica, el tercer producto bruto mundial, que es un bombardeo permanente para la medicalización de cualquier malestar.

Por lo tanto, el pasaje por la atención de estas mujeres tiene un riesgo.

En salud mental nosotros estamos luchando, por ahora con desventaja, desde que se planteó en los años 50 avanzar hacia una conversión de los sistemas manicomiales de atención hacia criterios de salud mental, de promoción y prevención de los padecimientos psíquicos.

Comentario de Susana Margulies¹

Este libro aborda el problema de la violencia familiar, una fuente principal de sufrimiento, padecimiento y muerte para las mujeres, y explora en detalle la oferta de atención, cuidados y apoyo tanto del sector salud, el sistema judicial y la policía como de distintos espacios comunitarios y redes sociales en la ciudad de Buenos Aires. El análisis desarrollado por Claudia Teodori articula profundidad y consistencia conceptual, coherencia metodológica, una escritura a la vez densa y clara, y una postura crítica comprometida con sus entrevistadas y con la posibilidad de transformar las actuales respuestas institucionales. En el aspecto teórico-metodológico, el texto muestra la potencialidad de la articulación de datos cualitativos y cuantitativos triangulando diferentes fuentes y estrategias técnicas como entrevistas en profundidad a mujeres en tratamiento, entrevistas semiestructuradas a profesionales, observación participante en un servicio de atención de la ciudad de Buenos Aires, análisis de registros de atención y otros documentos.

El estudio de trayectorias de demandas, consultas y denuncias de las mujeres y sus experiencias de padecimiento le ha permitido a la autora no sólo ampliar el alcance temporal de la exploración sino al mismo tiempo otorgar profundidad al análisis de los sentidos y significados implicados en las diversas estrategias de afrontamiento y el papel que cumplen las redes sociales y los espacios que conforman el proceso de atención. En particular, muestra la escasa capacidad del sistema de salud para la detección y el abordaje oportuno de violencias, la tendencia a la medicalización del padecimiento y las repercusiones de las

1. El comentario de Susana Margulies fue a partir de su dictamen como jurado de la tesis de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la Universidad Nacional de Lanús, base del presente libro.

intervenciones/no intervenciones en términos de la cronificación y en ocasiones revictimización de las mujeres afectadas.

Las descripciones y análisis de estas experiencias de padecimiento, que revelan una vulnerabilidad extrema y la cercanía de la muerte para numerosas mujeres y sus grupos de referencia, pueden ser un insumo significativo para la reflexión sobre estos complejos procesos en el contexto de los servicios de salud y para el debate y evaluación de los cambios normativos y programáticos en curso. A la vez, denuncian la trágica continuidad de las desigualdades y violencias de género así como las dificultades para dar respuestas políticas e institucionales eficaces y sensibles al problema.

Comentario de María Laura Recoder

[...] Me centraré en la dimensión de la producción de conocimiento en general y de la involucrada en el libro de Claudia Teodori en particular.

Cuando pienso en la “producción de conocimiento en el campo de la salud” estoy pensando en conocimiento pertinente y en conocimiento significativo. Pertinente en el sentido de que dé cuenta, aporte y colabore en la reducción de los problemas de morbi-mortalidad de los conjuntos sociales de los que formamos parte y o los que estudiamos. Y significativo en la comprensión de los padecimientos y sufrimientos que afectan y comprometen a grupos y personas.

[...] Además, y sobre todo, este conocimiento debe ser pertinente, apropiable y útil para la planificación y gestión de políticas en todos sus niveles. Un conocimiento que se constituya en insumo para la organización y gestión de respuestas adecuadas, inclusivas y eficaces de atención y cuidados. Producción de conocimiento como insumo para la transformación de las prácticas técnicas que ofrecemos cotidianamente desde los distintos servicios y dispositivos de salud en nuestro país.

Considero que tenemos que poner todas las fichas a la producción de este tipo de conocimiento y que el desafío es grande. Y considero también que este libro navega en esa dirección.

¿Cómo se construye conocimiento significativo para el abordaje de los problemas de salud, enfermedad, atención, cuidado? ¿Cómo se construye conocimiento significativo para la gestión en salud?

No lo sé a ciencia cierta, pero se me ocurren tres elementos que pueden contribuir a su producción: 1) conocer el campo de estudio; 2)

elaborar *estrategias teórico-metodológicas creativas*, heterodoxas, disruptivas respecto de los criterios y patrones académicos de producción de conocimiento, y 3) generar y gestionar viabilidad para este tipo de producción de conocimiento, que en términos generales ni la academia ni las instituciones de salud alientan y financian. Esto es, atender a generar las condiciones de producción y espacios de trabajo que permitan la emergencia de este tipo de reflexión y conocimiento.

Creo que Claudia Teodori en este libro combinó estos tres elementos. Por un lado, utilizó categorías que las ciencias sociales aportan a los estudios en salud, que considero valiosas y esclarecedoras y que no habían sido utilizadas con anterioridad para comprender el problema que abordan estas páginas.

En este sentido, el uso de la categoría de experiencias de padecimiento nos permite escuchar las voces de las mujeres en situación de violencia que participaron del estudio. Acercarnos a la comprensión de sus experiencias, su sufrimiento, sus miedos y la búsqueda incansable “a los saltos”, de cambios, de apoyo, de respuestas. [...]

Me impactó mucho en los relatos ese estado de miedo permanente y profundo, que incluso involucraba la muerte como posibilidad cotidiana. Una especie de “vivir en estado de guerra” pero en una guerra privada, no compartida, y en ese sentido más cruel... En todo caso, me parece paradójico que bucear en las profundidades del miedo nos muestre y demuestre la agencia de estas mujeres. Estas mujeres que sufren violencias y viven con miedo son valientes, corajudas, cuidan a sus hijos, los defienden, sobreviven. [...]

Otro recurso creativo es la utilización de la metáfora del juego a través de la rayuela en donde se conjuga experiencia y conocimiento con el azar, la suerte o la mala suerte. No es muy creativo el modelo del juego como parábola explicativa de procesos y de acción, donde los actores, en relaciones de poder, juegan en términos de tácticas y estratégicas. Las propuestas de planificación estratégicas de Matus y de planificación estratégica situacional de Testa son fuertes referentes de cómo la metáfora del juego nos puede ayudar a comprender el campo de la salud y su gestión. Sin embargo, y creo que esto no es explícito en *A los saltos buscando el cielo*, el azar, la suerte y la mala suerte, la contingencia juegan un papel importante en el análisis respecto de la posibilidad de resolución de los problemas de estas mujeres. Cito: “La rayuela es un juego y por ello tiene que ver con el azar, pero también con la *expertise*, con las elecciones que se van efectuando a medida que se va avanzando (y retrocediendo) por los casilleros. Y la piedra... muchas veces cae

fuera del dibujo de tiza, y ahí nuevamente el azar y las circunstancias pueden contribuir a que el recorrido se despliegue en nuevos espacios. Esos espacios que las mujeres transitarán en este texto serán llamados también «casilleros».

El diseño de la estrategia metodológica también es osada y creativa. Se triangulan metodologías cualitativas y cuantitativas, obteniendo excelentes resultados. Además del conjunto de entrevistas en profundidad a mujeres afectadas por la problemática, la autora realizó una prolongada observación participante en un servicio de atención de violencias de referencia en la ciudad de Buenos Aires, entrevistó a parte de su equipo de salud, relevó y sistematizó distintos registros producidos por el servicio y por otros servicios como la guardia, y desplegó un exhaustivo trabajo con fuentes secundarias.

La modalidad de sistematización de los registros y las devoluciones realizadas al equipo de salud respecto de sus tareas y sus prácticas posibilitó que la investigación se configure. [...]

Si se observa la forma en que construye el análisis del “casillero salud”, la manera en que produce, releva y entreteje los datos que permiten el análisis de la respuesta brindada por el servicio estudiado, se vislumbra el trabajo etnográfico. La identificación de los registros que se producen en la institución, su selección, incluso su intervención para mejorarlos y sistematizarlos, nos muestran el “haber estado allí” etnográfico. Identificar las formas, los modos de registros (dónde, cuándo, cómo, qué y por qué), comprender circuitos de atención y los flujos de información, evaluar la calidad de los datos, en instituciones fragmentadas e hiperespecializadas, solo es posible a partir de una permanencia prolongada y de un conocimiento exhaustivo del funcionamiento de la institución. [...]

Este lugar que Claudia construyó en el campo fue el producto de una estrategia de entrada al campo y de definición de roles, pero más aun de estrategias previas para generar las condiciones de trabajo que le permitieran desarrollar su investigación.

Más allá de las reflexiones metodológicas sobre la entrada al campo y el lugar del investigador, lo que quiero decir es que es muy difícil lograr las condiciones para el desarrollo de este tipo de investigaciones.

Finalmente, mencionaré algunos de lo que considero “hallazgos” relevantes de la investigación:

- El proceso de cronificación de la violencia de género (diez años en promedio buscando atención y respuesta).

- El proceso creciente de psiquiatrización de la violencia y su farmacologización, donde se identifica con alarma las consecuencias de la prescripción de fármacos en algunas de las mujeres entrevistadas (línea interesante para seguir explorando).
- La descripción de experiencias de padecimiento que revelan una vulnerabilidad extrema, la cercanía de la muerte y la falta de respuestas eficientes.
- El lugar de los medios de comunicación en la reproducción, e incluso en el incremento de la violencia de género.
- El déficit en la producción de estadísticas y la invisibilización del problema.
- Un extenso análisis de las transformaciones del marco jurídico referido a la problemática y cómo modela algunas características de la oferta.

En fin, *A los saltos buscando el cielo* es un rico aporte al estudio de las violencias en general y a la violencia familiar y de género en particular. Y aporta a una producción de conocimiento más significativo y más pertinente para la gestión institucional, especialmente la gestión en salud.

Presentación

Más acá de la escritura

El trabajo que aquí se presenta muestra un recorrido, un desafío, una búsqueda.

Se espera que el lector se tope con la sensación de que en estas páginas hay movimiento, ya que tanto a nivel del contenido como del proceso de elaboración de la investigación nos enfrentamos a una suerte de pasaje.

Empecemos por describir el proceso de trabajo. Al emprender el recorrido, intuía que sería largo, lo que no imaginaba es que iba a llegar tan lejos.

El diseño inicial preveía realizar el trabajo de campo en la localidad de Moreno,¹ donde desde hace más de doce años integramos una Organización de la Sociedad Civil (OSC)² que se dedica a temas de género, violencia y salud sexual y reproductiva.

Motivada por la necesidad de integrar la nueva experiencia de formación académica con la labor que ejercía en el sistema de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), emprendí una nueva búsqueda.

Hasta ese momento desempeñaba tareas de educación para la salud como personal de planta de un Centro de Salud (CESAC N° 1) y, antes de intentar concretar el trabajo de investigación, tomé contacto con integrantes del Equipo de Violencia del Hospital General de Agudos

1. Desarrollamos parcialmente algunos aspectos de ese proyecto en Moreno. Algunos de los resultados obtenidos cobran un nuevo valor en la comparación con los de la presente investigación.

2. Asociación Civil Decidir.

Dr. T. Álvarez, quienes se interesaron en contar con el aporte de una socióloga que estudiara el tema de violencia de género. Fue así como en reuniones del Comité de Violencia advertí que se abrían numerosas oportunidades para desarrollar actividades de investigación y capacitación en la temática.

En 2010 obtuve una beca Ramón Carrillo Oñativia³ con un proyecto para estudiar las rutas críticas de las mujeres en la CABA, algunos de cuyos resultados son retomados en el presente trabajo.

En paralelo, se iniciaron los trámites para gestionar mi pase en comisión del Centro de Salud en el que trabajaba al Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez para desarrollar diversas tareas en la institución.

De allí surgió la idea de realizar la presente investigación, centrada en los procesos de atención y búsqueda de atención/apoyo por parte mujeres en situación de violencia, usuarias del Equipo de Violencia de la institución hospitalaria.

La entrada al campo fue entonces progresiva y altamente motivadora.

Durante la preparación del trabajo de campo se presentó la necesidad de ampliar los alcances del diseño que teníamos previsto originalmente. Se orientó entonces a aprehender otras dimensiones del problema, al incluir diferentes miradas en torno a la cuestión de la violencia, y a los procesos de búsqueda y acceso a la atención; la preocupación se centró en captarlos ajustando la estrategia metodológica para lograr procesar lo que se presentaba por “estar ahí”.

En ese proceso fui invitada a participar de diversas actividades que contribuyeron a nutrir el marco teórico, y brindaron una perspectiva alentadora respecto al horizonte y a los posibles alcances de la investigación.

A medida que avanzaba en el trabajo, fui encontrando diferentes audiencias interesadas en recoger las lecturas y los resultados provisionales de la investigación.

En pocas palabras, los productos de este estudio no están aquí (en el escrito), al menos no reflejados en su justa dimensión. No viene al caso intentar una reseña de las varias limitaciones que se presentaron a la hora de plasmar en un texto la complejidad y riqueza del material producido.

3. Individual, categoría Perfeccionamiento en Salud Pública.

Los avances de este trabajo desde el inicio, entonces, se salieron del esquema de ese primer “tablero dibujado”. Circularon, se derramaron, produjeron diálogos, fueron interpelados...

Un juego, un lado B para tanto padecimiento

La rayuela se juega con una piedrita que hay que empujar con la punta del zapato. Ingredientes: una acera, una piedrita, un zapato y un bello dibujo con tiza preferentemente de colores. En lo alto está el Cielo, abajo está la Tierra, es muy difícil llegar con la piedrita al Cielo, siempre se calcula mal y la piedra sale del dibujo. Poco a poco, sin embargo, se va adquiriendo la habilidad necesaria para salvar las diferentes casillas (rayuela caracol, rayuela rectangular, rayuela de fantasía, poco usada) y un día se aprende a salir de la Tierra y remontar la piedrita hasta el Cielo, hasta entrar en el Cielo [...].

[...] de la Tierra al Cielo las casillas estarían abiertas, el laberinto se desplegaría como una cuerda de reloj rota haciendo saltar en mil pedazos el tiempo de los empleados, y por los mocos y el semen y el olor de Emmanuèle y la bosta del Oscuro se entraría al camino que llevaba al Kibutz del deseo, no ya subir al Cielo (subir, palabra hipócrita, cielo, *flatus vocis*), sino caminar con pasos de hombre por una tierra de hombres hacia el kibutz allá pero en el mismo plano, como el Cielo estaba en el mismo plano que la Tierra en la acera roñosa de los juegos, y un día quizás se entraría en el mundo donde decir Cielo no sería un repasador manchado de grasa, y alguien vería la verdadera figura del mundo, *patterns pretty as can be*, y tal vez, empujando la piedra, acabaría por entrar al kibutz. (Cortázar, 1994: 367-369)

Durante la redacción del texto, buscaba una imagen que fuera capaz de dar cuenta del proceso recorrido por las mujeres en pos de resolver su situación de violencia.

Inicialmente apareció la imagen religiosa de quien peregrina y/o recorre el camino del *viacrucis*, deteniéndose en estaciones que jalonan el recorrido. Los recorridos de las mujeres eran tortuosos, pero no lineales. Luego surgió la figura del laberinto, pero en ella no encontraban eco todos los recorridos.

Enseguida se presentó una imagen fuerte que escapaba a la linealidad que arrastraba la noción de *ruta crítica*, la cual se discute en este

trabajo y que a la vez podía funcionar como la contracara del padecimiento representado por las estaciones que se suceden camino al calvario.

Encontrar la imagen de la rayuela permitió conectar de otro modo con tantos testimonios angustiantes. No cualquier rayuela, sino la de la novela de Julio Cortázar, que había leído veinticinco años atrás y ahora cumplía cincuenta. Allí se despliega una metáfora potente para contar una búsqueda. Esa rayuela representa la búsqueda de un nuevo centro. En ella, los personajes persiguen una meta: el cielo. Juegan con el azar en un recorrido laberíntico e interminable.

Ellas sabían saltar

Al igual que Olivera, el protagonista de *Rayuela*, las mujeres de nuestro estudio no tienen una actitud pasiva, sino que transitan una búsqueda incansable. Ellas, como los personajes de Cortázar,⁴ persiguen anhelos, buscan encontrarse a sí mismas. Buscan verdades ocultas, y esa búsqueda es inacabable por incompleta, ideal y sin respuestas.

En *Rayuela*, igual que en la experiencia de las mujeres que protagonizan nuestra investigación, el espacio y el tiempo están alterados. Por momentos no comparten el mismo tiempo y espacio con los otros, con quienes las rodean (Schutz, 1979). El tiempo aparece como circular, no lineal, fragmentado o detenido...

La rayuela es un juego y por ello tiene que ver con el azar, pero también con la *expertise*, con las elecciones que se van efectuando a medida que se va avanzando (y retrocediendo) por los casilleros. Y la piedra... muchas veces cae fuera del dibujo de tiza, y ahí nuevamente el azar y las circunstancias pueden contribuir a que el recorrido se despliegue en nuevos espacios. Esos espacios que las mujeres transitarán en este texto serán llamados también “casilleros”.

4. Para Cortázar, la idea del traslado es clave: “No se trata de un trámite para llegar de un sitio a otro, sino un rito de paso. «La autopista del sur» y *Los aeronautas de la cosmopista* [...] tratan de la insólita intimidad que sólo encuentran las personas que, despojadas de sí mismas, se entregan a los azares del camino” (Cortázar, 2012: 11).

Un recorrido, un desafío, una búsqueda. Un juego: la rayuela

Esta investigación inicia un proceso que invita a tender puentes que ayuden a que distintos actores comprometidos, gestores estudiosos y funcionarios distraídos se conecten con las voces de mujeres que relatan su padecimiento...

En el texto quedan tantas palabras por decir, tantas representaciones, tantas interpretaciones... Tanto o más de lo que aquí es dable incluir.

Espero que, como en *Rayuela*, las historias en construcción, de final incierto, que aquí se narran lleven al lector a perderse (y a encontrarse) en los pasajes, saltando de un casillero a otro... y logren incomodarlo.

Introducción

Los monstruos existen pero son demasiado poco numerosos para ser verdaderamente peligrosos; los que son realmente peligrosos son los hombres comunes.

Primo Levi (ápuđ Todorov, 2009: 131)

La violencia, el problema en cuestión

La violencia, considerada como problema sociohistórico, probablemente atraviere de diferentes modos y con variadas significaciones la experiencia humana de todos los tiempos y lugares.

Violencia política, violencia estructural, violencia simbólica y violencia cotidiana no pueden entenderse como categorías excluyentes y separadas, sino como piezas de un mismo entramado. En la violencia cotidiana, en la que se inscribe directamente la violencia interpersonal, está presente la violencia estructural y la simbólica (Ferrándiz Martín, 2004).

Las ciencias sociales han ido manifestando paulatinamente un interés creciente en el estudio de hechos violentos y sus secuelas. Desde la perspectiva de la antropología,¹ nuevas orientaciones llevan a pensar y a interpretar las complejas relaciones entre distintas expresiones de violencia y su relación con el campo cultural.

Considerada como problemática, la violencia no se presenta como una cuestión de salud pública, sino que se constituye en un problema para el sector, a partir del impacto que provoca en la salud de personas y conjuntos sociales, quienes demandan la formulación de políticas específicas, y la organización de prácticas y servicios particulares para su abordaje (Minayo, 2006).

Desde mediados de los años 90, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzaron a señalar el problema de la violencia (Minayo, 2006). Pero la estrecha vinculación de la violencia con el sector salud fue reconocida

1. Autores como Kleinman, Das y otros se encolumnan en la corriente denominada *antropología del sufrimiento social* (Das, 2002).

más tarde, en una definición acuñada por la OMS en la que la violencia es entendida como:

[...] el uso deliberado de la fuerza o el poder ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones. (WHO, 2003: 5)

Desde esta perspectiva, se incluyen como problema de salud tanto la violencia interpersonal como la autoinfligida y los enfrentamientos de tipo armado: una amplia gama de actos que abarca desde las amenazas y presiones hasta la muerte.

En América Latina, la incorporación de la problemática de las violencias² a las agendas de salud de los países a partir de los años 80 se inscribe en un conjunto de grandes transformaciones sociales. Entre ellas, la caída de los regímenes autoritarios en la región que, tal como lo plantea Minayo (2005a), dio lugar a un cambio en la concepción de ciudadanía de estos países.

La violencia interpersonal, un amplio abanico de actos y comportamientos que van desde la violencia física, sexual y psíquica hasta las privaciones y el abandono (WHO, 2003), adquiere un extraordinario protagonismo.

La aparición de nuevas formas de violencia y el aumento de la criminalidad se enmarcan en la denominada *nueva cuestión social* (García Raggio, 1998) que, con diferentes matices locales, desde fines de la década de 1970 y con el avance de reformas neoliberales, se pone de manifiesto en la progresiva destrucción de la sociedad salarial (precarización de las condiciones laborales, crecimiento del desempleo, etc.), la contracción del Estado (reformas neoliberales, *Estado mínimo*) y la instauración de la hegemonía del mercado. Una dinámica desregulada de las desigualdades, que profundiza la exclusión social y el crecimiento

2. Minayo (2006) plantea que la constitución de la violencia como problema de salud se produce en los años 60 y 70, ligada a la observación del maltrato infantil (*síndrome do bebê espançado*) por parte de la pediatría. Al respecto, interesa destacar que en la Argentina, en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires, tempranamente en 1982, se crea el Comité de Maltrato. Ese proceso estuvo a cargo de la corporación médica, a diferencia de la violencia contra la mujer, cuya introducción fue impulsada por el movimiento feminista, que buscaba generar conciencia en diversos ámbitos exigiendo a los servicios de salud un tratamiento integral más allá de la atención a las lesiones.

de diversas formas de marginalidad (Castel, 1991), arrastrando a vastos sectores sociales a una situación de vulnerabilidad (Teodori, 2000).

El conjunto complejo de los procesos que algunos autores denominan *globalización* (Ianni, 2006; Ferrer, 2007; Giddens, 2000) no se restringe solamente a los grandes sistemas, como el orden financiero mundial, sino que afecta también a diversas esferas de la vida individual y colectiva (Giddens, 2000).

Así, algunas de estas transformaciones impactan en los perfiles de morbimortalidad: a) las enfermedades transmisibles son desplazadas por otras no transmisibles; b) la reducción de las tasas de enfermedades infecciosas y el crecimiento de las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes, característicos de un modelo de transición epidemiológica que, en la región, adopta la forma de mosaico epidemiológico³ (Spinelli, 2007), y por último c) los procesos de salud-enfermedad, los cuales se distribuyen desigualmente entre las distintas poblaciones, según zonas geográficas, sector social, condición laboral, etc., coexistiendo diferentes perfiles de morbimortalidad en la población.

Aunque se conoce parcialmente la dimensión epidemiológica del impacto de las violencias en los procesos de salud-enfermedad-atención debido a problemas de calidad de las estadísticas y registro de datos (Spinelli, 2005; Deslandes, 2000), resulta evidente que las violencias representan una de las principales fuentes de morbilidad-mortalidad para los adultos jóvenes de América Latina. Es posible precisar que durante la década de 1990, en América Latina y el Caribe, los homicidios representaron el 63% de las muertes violentas (clasificadas como causas externas⁴, entre las que se incluyen accidentes y suicidios).

Cabe agregar aquí que su distribución es desigual. Los varones jóvenes son (en términos estadísticos) el grupo más afectado y presentan el mayor índice de Años Potenciales de Vida Perdidos (Spinelli, 2005). El homicidio es la primera causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años en Venezuela, Colombia, Brasil, El Salvador y México. Si bien en la Argentina para 2005 las tasas de homicidio eran relativamente bajas, en la década anterior sufrieron un notable incremento ya que pasaron de 2,1 a 4,57 homicidios cada 100 mil habitantes (Minayo, 2005a).

3. La noción de *mosaico* expresa la presencia de diferentes sectores dentro de una población que se encuentran en distintos momentos de la transición epidemiológica, y registran diferencias en los perfiles de morbimortalidad.

4. En el informe mundial de 2002, la OMS propone sustituir el término *causas externas* por la expresión *violencia y salud* (Minayo, 2006).

La violencia se distribuye también desigualmente según el género. En términos epidemiológicos parecería afectar a mayor cantidad de varones. Varios autores destacan que las tasas de homicidio y las muertes provocadas por suicidios y accidentes son significativamente más altas entre los varones (Minayo, 2005b; Spinelli, 2005; Menéndez, 2006; Alazraqui, 2009). No obstante estos datos, no es posible soslayar la magnitud del problema de la violencia hacia las mujeres. En América Latina, las tasas de homicidio de mujeres están entre las más altas del mundo (Spinelli, 2005); los homicidas, en su mayoría, son varones (en general, con algún tipo de vínculo personal, familiar o afectivo con las mujeres asesinadas). Según investigaciones que desarrolló la OPS en 2000, entre el 20 y el 80% de los hogares de América presentan hechos violentos que afectan a mujeres⁵ y niños (Spinelli, 2005).

Es preciso remarcar y definir la violencia intrafamiliar como fuente de sufrimiento y padecimiento, incluso como origen de problemas de salud. Por ejemplo, entre las mujeres en edad reproductiva, representa una causa de discapacidad y también es responsable de numerosos padecimientos: heridas, fracturas, infecciones de transmisión sexual, abortos, depresión, trastornos sexuales, dolores de cabeza, fobias y un estrés crónico que contribuye a incrementar factores de riesgo cardiovascular (Sagot, 1998). Entre quienes sufren violencia durante el embarazo, las complicaciones durante el parto aumentan hasta tres veces (Ortega, 1999), son mayores las tasas de parto prematuro y se cuadruplica el riesgo de dar a luz a bebés con bajo peso al nacer (Cuevas, 2006).

En este marco, se entiende que la problemática de la violencia de género atraviesa diferentes ámbitos de la vida cotidiana, tanto de mujeres como de varones. En cada escenario se expresa de manera particular.

Según Waldorf (ápu^d Suárez, 2004), serían predictores de altos niveles de violencia hacia las mujeres aspectos como: la resolución violenta de conflictos; la desigualdad económica entre mujeres y varones; y una masculinidad asociada a la dominancia, al honor, la resistencia y la autoridad de los varones en la toma de decisiones.

Siguiendo a estos autores, el poder femenino fuera de la casa, la activa intervención comunitaria en la problemática de la violencia, la disponibilidad de grupos de trabajo o de solidaridad entre mujeres y la presencia de actores de contención (a nivel familiar, de amistad o

5. Un estudio desarrollado en la Ciudad de México determinó que el ejercicio de la violencia por parte de la pareja, y otras formas de abuso contra las mujeres constituyeron la mayor causa de años saludables de vida perdidos para las mujeres, después de la diabetes y las afecciones perinatales (Buvinic, 2008).

institucionales) estarían asociados a bajos niveles de violencia. La presencia de estos elementos lleva a dimensionar el papel de las respuestas comunitarias, institucionales y vinculares, en el desarrollo y en la visibilización de la violencia en cada contexto.

A diferencia de la violencia y del maltrato infantiles, que fueron adoptados tempranamente por la pediatría, el abordaje de la violencia de género debió ser motorizado por los movimientos de mujeres, que inicialmente moldearon sus propias estrategias y progresivamente fueron reclamando respuestas al Estado, buscando generar en diversos ámbitos (entre ellos, los servicios de salud) un abordaje integral que superara la atención de las lesiones. Particularmente en la Argentina, el movimiento de mujeres, que se relanzó a partir de la llegada de la democracia en 1983, apostó a instalar el tema en el país y articuló las primeras respuestas en la atención de las mujeres en situación de violencia a través de organizaciones no gubernamentales.

En la región, la violencia hacia las mujeres quedó asociada entonces al impacto provocado en el campo jurídico por los movimientos sociales que organizaron sus demandas en términos de derechos. Por tal motivo, los espacios de la salud y el derecho, al abordar esta problemática, se intersectan y dialogan todo el tiempo, aunque de manera precaria (Sarti, 2009).

Aunque resulta incuestionable el impacto de las violencias en el proceso de salud-enfermedad-atención (muertes, lesiones, discapacidad, daños psicológicos, etc.), la racionalidad médico-científica, que atraviesa las prácticas tradicionales/hegemónicas del sector salud (Spinelli, 2008), obstaculiza el abordaje de aquellas cuestiones de la vida social que no pueden ser tipificadas como enfermedades (Minayo, 2006).

La invisibilización del fenómeno puede deberse a múltiples factores, entre ellos, al escaso conocimiento de la propia dinámica de la violencia, y a la consideración de que los actos de violencia intrafamiliar corresponden al ámbito privado y/o que constituyen actos naturales y legítimos. A su vez, incidiría también la propia percepción de las mujeres afectadas (y su entorno), que suelen autorresponsabilizarse por la violencia sufrida y tienden a considerar que no existen respuestas sociales para apoyarlas.⁶

6. En América Latina, la violencia intrafamiliar sólo se llega a denunciar en el 15 o el 20% de los casos (Sagot, 1998).

Minayo (2006) sostiene que la presencia de tales barreras en un campo tan marcado por la racionalidad biomédica puede ser atribuida también a la tardía incorporación de la problemática al sector.

Deslandes (2000) apunta que existen fallas en el proceso de registro por parte de los distintos servicios de salud, las cuales pueden deberse a la carencia de personal, a las rutinas de registro, a dinámicas de trabajo inadecuadas y a la ausencia de informatización, entre otras, pero también a una “banalización de la violencia” en los procesos de atención de la salud.

El importante subregistro lleva, por su parte, a establecer análisis débiles de situación, que reducen la capacidad de comprensión del fenómeno y derivan en el diseño y en la ejecución de políticas y prácticas institucionales inadecuadas y estériles.

Desde esta perspectiva, es de fundamental importancia estudiar las respuestas institucionales y comunitarias obtenidas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar a lo largo del recorrido que experimentan en su búsqueda de ayuda.

Estos recorridos comprenden tanto las acciones emprendidas por las mujeres como los obstáculos con los que se enfrentan y las respuestas que encuentran cuando se aprestan a buscar ayuda.

Entendiendo entonces que la violencia de género atraviesa de manera preocupante diferentes ámbitos de la vida cotidiana de mujeres y hombres, y que una de sus principales manifestaciones afecta fundamentalmente a mujeres y niños, este trabajo aborda algunos aspectos vinculados a la violencia intrafamiliar, haciendo hincapié en ciertas cuestiones relacionadas con:

- la descripción del proceso recorrido, detallando la presencia de diferentes actores, explorando las relación entre ellos (como es el caso del campo de la salud y la Justicia);
- la oferta de atención, cuidados y apoyo destinada a estas mujeres, y
- las experiencias de padecimiento de las mujeres a lo largo del proceso recorrido.

¿Qué proceso o recorrido hacen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar para obtener atención y resolución de su problema de violencia? ¿Cuáles son los factores que influyen en ese recorrido y cómo se vinculan entre sí? ¿Cómo son las experiencias de padecimiento de las mujeres a lo largo del proceso recorrido? ¿Qué características

presenta la respuesta que ofrece una institución de la salud en el ámbito público de la CABA?

Los objetivos generales de nuestra⁷ investigación apuntan a:

1. Describir y analizar parte de las respuestas al problema de la violencia de género desde la perspectiva de las mujeres que demandan atención, a través de las trayectorias que realizan en búsqueda de atención, apoyo y contención.
2. Describir y analizar la modalidad de respuesta ofrecida por un dispositivo especialmente creado para atender la problemática desde un hospital público de la CABA.

Para ello, utilizamos una estrategia metodológica que tomó datos tanto cualitativos como cuantitativos. Combinamos diferentes abordajes y técnicas, entre las cuales se destacan las entrevistas en profundidad a mujeres en situación de violencia, las entrevistas semiestructuradas a profesionales, la observación participante, el análisis de registros de atención y el análisis de diferentes documentos institucionales.

El trabajo de campo tuvo lugar en un hospital de referencia para el problema de la violencia de género de la CABA.

Cada una de las secciones

En la primera sección, describimos el marco normativo y programático local e internacional en el que se insertan los temas de género, derechos y violencia. A la vez presentamos el problema de la cuantificación de los casos de violencia de género y la consistencia de los datos.

En segundo lugar, intentamos resumir los principales presupuestos teóricos que guían esta investigación y detallamos la estrategia metodológica utilizada. En la sección llamada “Desde lejos no se ve...” presentamos el dispositivo de salud en el marco del cual desarrollamos el trabajo de campo y describimos exhaustivamente el contexto, la modalidad de atención y caracterizamos las prestaciones que desde allí se realizan.

En la cuarta, analizamos las trayectorias de las mujeres en situación de violencia intrafamiliar contactadas, a partir de tres ejes: la

7. Haciendo uso de una licencia en la escritura, para la redacción del texto, a partir de aquí, optamos por partir de un sujeto plural. Escribir desde un “nosotros” nos resulta más cómodo.

temporalidad, la visibilidad del problema y los desencadenantes para iniciar el proceso de búsqueda de apoyo/atención. Allí también desplegamos aspectos generales vinculados al papel de las redes sociales y los espacios que conforman el proceso de atención a la problemática de la violencia familiar. Entre estos últimos se destacan el sector salud, la institución policial, el sistema judicial y los dispositivos que consideramos como alternativos para el abordaje de la violencia.

A partir de la quinta sección iremos saltando de casillero en casillero para describir con las protagonistas su paso por los servicios de salud y problematizar qué es lo que allí buscan y cuáles son las respuestas que encuentran.

En “La policía y el sistema judicial” abordamos las múltiples experiencias que las entrevistadas tienen con estos poderes del Estado y cuál es su percepción respecto de los mecanismos de acceso a la Justicia y las garantías de protección. A su vez, reflexionamos sobre la relación que se establece entre los operadores del sistema judicial y el sector salud desde la perspectiva de diferentes actores. Hacia el final de la sección observamos que, durante el proceso recorrido en procura de atención y apoyo, las mujeres en situación de violencia adquieren cierta *expertise*.

En séptimo lugar describimos experiencias de las mujeres en dispositivos grupales de atención a la problemática de violencia, el “Casillero alternativo”. Más adelante, nos enfocamos con algunas de ellas en observar el rol que juegan en el abordaje del padecimiento ciertos dispositivos alternativos de atención, como el yoga y la Iglesia.

Antes de llegar a las reflexiones finales del trabajo, quisimos puntualizar aspectos de un tema que atravesó gran parte de las experiencias de las mujeres que participaron del estudio: la muerte. Así, en “Entre el cielo y la tierra” (movimiento que remite a la rayuela), dos mujeres narran de manera particular la relación entre el suicidio, el femicidio y la violencia familiar mostrando su percepción de la vulnerabilidad.⁸ Y en la siguiente sección, también reflejamos el impacto del tratamiento

8. Entendida como la oportunidad de exposición de las personas a la *enfermedad*, como resultante de un conjunto de aspectos individuales y también colectivos contextuales que acarrearán mayor susceptibilidad, y de modo inseparable mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse. Para Ayres (2006), la vulnerabilidad presenta tres componentes: individual (grado de información, capacidad de elaborarla, grado de interés y posibilidades afectivas de apropiársela), social (posibilidad colectiva de acceso a determinados medios de comunicación y educación, poder para enfrentar determinadas barreras y/o decisiones políticas) y programático (recursos sociales que se requiere poner

de los femicidios por parte de los medios de comunicación y su relación con la experiencia de padecimiento de las mujeres.

Finalmente, en el último apartado nos disponemos a exponer las principales ideas surgidas del trabajo a modo de reflexiones finales, acompañadas por un conjunto de posibles líneas de abordaje, recomendaciones y sugerencias.

en marcha, en compromiso con la calidad, evaluación y gerenciamiento de esos recursos para optimizar su alcance).

I. El marco normativo y el problema de las cifras

Durante el desarrollo de la presente investigación, se produjeron transformaciones significativas en el campo de los derechos humanos y las cuestiones de género. En particular, respecto al abordaje de las violencias, se ha observado una creciente sensibilidad social y política. Se han sancionado nuevas leyes, se gestaron algunos programas de intervención en diversos ámbitos y los medios de comunicación han otorgado un mayor espacio a la temática. Este proceso fue motorizado por el accionar permanente de organizaciones y movimientos sociales a los que el Estado ha comenzado a reconocer, al punto de tomar información producida por ellos, replicar sus modelos de intervención, hacer uso de sus desarrollos teóricos y sus producciones en campañas, etcétera.

Los indiscutibles avances en el campo de las llamadas “cuestiones de género”, que responden a cambios culturales, a su vez, contribuyen a modificar la percepción social, e impulsan la demanda de atención de las mujeres en situación de violencia y la exigencia para alcanzar mayor accesibilidad a la Justicia.

Originalmente en este trabajo, los aspectos antes señalados fueron tomados como elementos formales secundarios que integraban parte del contexto de investigación¹ sin llegar a constituir ejes centrales de análisis. Sin embargo, al ocupar estas transformaciones sociales, políticas y legales recientemente operadas un lugar relevante en los relatos tanto de las mujeres con experiencias de violencia como en las prácticas

1. La exploración detallada del contexto en el nivel local busca dar cuenta del modo en que se hallan distribuidos los recursos materiales y simbólicos, atendiendo a las jerarquías por género, las representaciones sociales en torno a la violencia, la legislación vigente, las políticas públicas y las prácticas institucionales y comunitarias.

y discursos de otros actores intervinientes, se nos presentó la necesidad de profundizar la reflexión en torno de ellas y resumir información relevante.

Algunos de los siguientes interrogantes surgieron en ese contexto: ¿cómo llega la violencia a constituir un problema de salud en la Argentina?, ¿se halla completamente legitimada la violencia como problema de salud pública?, ¿ese lento proceso de legitimación está completo?, ¿cómo se traduce ese reconocimiento en acciones concretas?, ¿cómo se va conformando la agenda social, política y de salud regional y local en torno de la problemática de la violencia de género?, ¿cómo se van configurando las respuestas de los actores involucrados?, ¿con qué se contaba, qué hay de nuevo y cómo se fueron moldeando percepciones, discursos y prácticas de los diferentes actores?

El marco normativo y las convenciones internacionales sobre género, derechos y violencia

Sin pretender desarrollar un abordaje exhaustivo, se despliegan aquí algunos de los aspectos a considerar respecto de los marcos normativo, político y programático de salud. Éstos serán retomados a lo largo del trabajo, a la luz de las experiencias que buscamos reflejar.

Aunque la mera existencia de leyes no resulta suficiente para garantizar la protección de derechos, puede afirmarse que contribuye a la puesta en marcha de respuestas que resulten más acordes con las necesidades de sujetos y colectivos, y favorece la generación de procesos de sensibilización de la comunidad.

La preocupación internacional por la situación de las mujeres y su reflejo en los tratados internacionales,² que regulan aspectos de la vida social, no son nuevos; en algunos casos datan de finales del siglo XIX (Byrnes, 1999).

El principal antecedente para toda la legislación sobre violencia contra las mujeres, la Declaración Universal de Derechos Humanos

2. En el ámbito internacional, las principales fuentes de normas relativas a derechos humanos pertenecen a dos grandes sistemas; por un lado, el Sistema de Naciones Unidas, y por otro, los sistemas regionales que agrupan al Consejo Europeo, al Sistema Americano y al Sistema Africano. A partir de instrumentos que pueden obligar formalmente a los Estados que los ratifican (como son las convenciones) o que sólo constituyen declaraciones, se generan las normas internacionales de derechos humanos que inciden directa o indirectamente en la promoción de los derechos de las mujeres.

(DUDH), se remonta a 1948, año en que fue aprobada por las Naciones Unidas. Con ella, se inició un proceso progresivo de especificación de derechos humanos (DD.HH.) y de implementación de mecanismos para su protección. A pesar de contar con importantes tratados de DD.HH., su universalidad no fue suficiente para garantizar a las mujeres el acceso a derechos fundamentales y se requirieron convenciones específicas (Byrnes, 1999).

En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*, CEDAW por su sigla en inglés), que puede considerarse la ampliación efectiva de la declaración de 1948, ya que buscó orientar disposiciones para lograr la igualdad entre hombres y mujeres en distintos ámbitos.³

En principio, el texto original de la CEDAW no incluyó el tema de la violencia. Luego, en 1989, el comité formado para observar su cumplimiento determinó que la violencia contra las mujeres fuera también considerada una forma de discriminación violatoria de los derechos humanos. Tres años más tarde, en su recomendación⁴ general número 19, el mismo comité definió que la “discriminación contra las mujeres” (artículo 1º de la CEDAW) incluía la violencia basada en el sexo, es decir, violencia hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres.

Estos mecanismos previstos por los tratados internacionales habilitan la recepción de quejas, informes “sombra” e investigaciones, el pedido de informes y la elaboración de recomendaciones hacia los Estados parte.⁵

En la Argentina, la CEDAW se constituyó en ley (Nº 23.179) en 1985 gracias a la importante presión de movimientos de mujeres y organizaciones políticas y de la sociedad civil. Sin embargo, la firma del

3. Este documento incorporó muchas de las normas contenidas en tratados anteriores y fue adoptado por 123 países. Por el nombre de CEDAW, se reconocen tres componentes diferentes: la Convención (la CEDAW), el Protocolo Facultativo y el Comité de Expertas (el CEDAW).

4. Si bien las recomendaciones que emanan del Comité de Expertas no son vinculantes para los Estados parte, tienen un efecto altamente persuasivo.

5. Para el derecho internacional, dichos mecanismos se integran en el concepto de *accountability*, que indica la *responsabilidad/rendición de cuentas*, obligación de todos los funcionarios del Estado de explicar periódicamente ante la sociedad civil y a la comunidad internacional las acciones concretadas y por realizar, los recursos con los que se cuenta y su origen (Facio, 2011).

tratado accesorio que habilita a quejas, elabora informes, investigaciones, etc. (el Protocolo Facultativo de la CEDAW), por presiones del Episcopado Argentino, recién logró concretarse en 2006 (Lubertino, 2009).

En forma paralela, el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a partir de la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos realizada en 1993 en Viena, contribuyó a considerar la violencia hacia las mujeres como una violación a los derechos humanos. Asimismo, la Plataforma de Acción de Beijing –en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, desarrollada en 1995– se compromete a intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute de todos los derechos y las libertades a las mujeres y niñas en condiciones de igualdad.

Dentro de la esfera del Sistema Regional Americano (OEA), en Brasil, en 1994, se concreta la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Conocida como *Belem do Pará*,⁶ tendió expresamente a identificar los diferentes ámbitos en los que las mujeres despliegan sus relaciones interpersonales y resultan susceptibles de enfrentar situaciones de violencia. Dicha convención, en la Argentina, tomó forma de ley (N° 24.632) en 1996 y pasó a comprometer al Estado en tres niveles: respetar el derecho a una vida libre de violencia, proteger ese derecho y garantizarlo. El primer nivel exhorta al Estado a reconocerlo en la legislación y no violarlo en forma directa. El segundo exige la sanción de leyes y la creación de mecanismos para prevenir, investigar, sancionar y reparar las situaciones de violencia. Por último, para su cumplimiento o garantía, se requieren la adopción de una serie de medidas positivas y un monitoreo público y riguroso (Facio, 2011).

En 2010, la Asamblea General de las Naciones Unidas fundó ONU Mujeres, cuya estrategia apunta a la concreción de los objetivos de la organización en materia de igualdad de género.

6. Consagró el derecho a una vida libre de violencia de género que se compone, a su vez, de los derechos de respeto a su vida; a su integridad física, psíquica y moral; a la libertad y seguridad personales; a la dignidad; a no ser sometida a torturas; a que se proteja a su familia; a la igualdad ante la ley; al acceso a participar en los asuntos públicos, etc. (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer).

Principales instituciones y tipos de fuentes de normas de derechos humanos

Sistema de Naciones Unidas	Instrumentos que <i>no</i> derivan de tratados	Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948
	Instrumentos que derivan de tratados <i>obligan</i> a los Estados	<ul style="list-style-type: none"> - Convención Internacional para la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1965 - Pacto Internacional de derechos civiles y políticos, 1966 - Pacto Internacional de derechos económicos sociales y culturales, 1966 - Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), 1979 - Convención contra la tortura, 1984 - Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, 1989
Sistemas regionales	Consejo Europa	Convención Europea sobre Derechos Humanos Declaración Social Europea
	Sistema americano (OEA)	<ul style="list-style-type: none"> - Declaración Americana sobre los Deberes y Derechos del Hombre, 1948 - Convención Americana sobre Derechos Humanos, 1969 - Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Belem do Pará”), 1994
	Sistema africano	Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos.

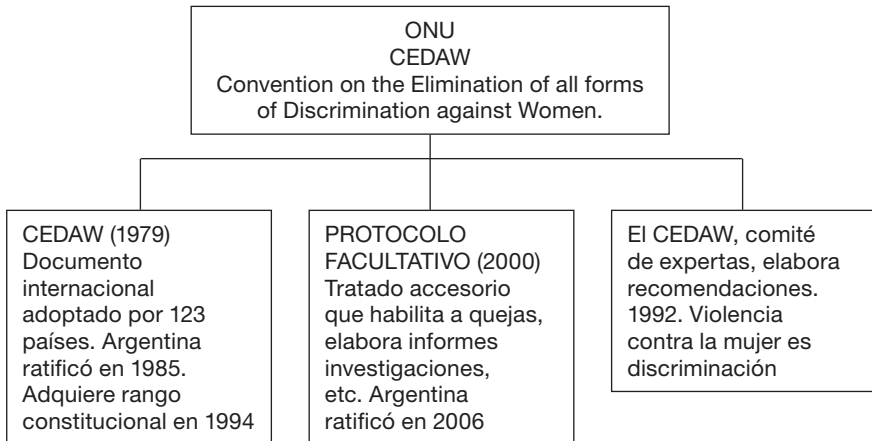
Fuente: Elaboración propia a partir de Byrnes (1999).

Instrumentos de derechos humanos que enfocaron cuestiones de género en los últimos cien años

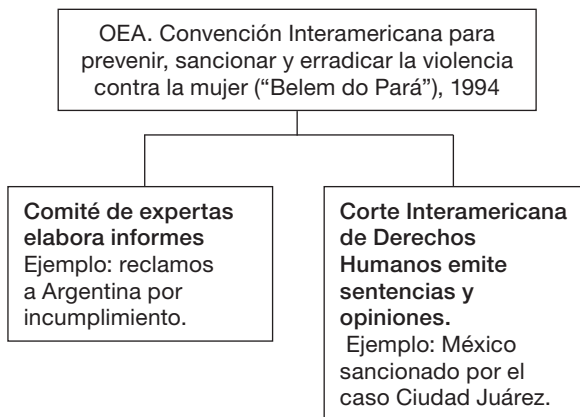
Instrumentos por área	Destinados a
Convenciones sobre tráfico de personas originalmente “tráfico de blancas”	Regular/prohibir la prostitución, explotación de las mujeres
Convenciones internacionales sobre trabajo	Regular condiciones laborales de las mujeres trabajadoras (OIT)
Convenciones que tratan sobre aspectos civiles y políticos	Regular cuestiones respecto a la nacionalidad de las mujeres casadas, edad mínima para el matrimonio, derechos políticos de las mujeres (ONU)
Instrumentos que tratan sobre la discriminación sexual	Principales ejemplos: Declaración para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, 1967; Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW), 1979 (ONU)
Instrumentos que tratan sobre la violencia contra las mujeres	Principales ejemplos: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), 1979; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Belem do Pará”), 1994

Fuente: Elaboración propia a partir de Byrnes (1999).

Componentes de CEDAW



Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer



El marco normativo nacional sobre violencia

El progresivo desarrollo de la institucionalidad democrática y la necesidad de cumplir con los tratados internacionales asumidos promovieron la creación de diversos mecanismos que, desde el Estado, buscaban dar respuesta a las problemáticas de las mujeres. En 1987, fue creada la Subsecretaría de la Mujer y luego, en 1991, el Consejo Coordinador de Políticas Públicas para la Mujer. Finalmente, en 1992, se creó el Consejo Nacional de la Mujer,⁷ dependiente de Presidencia de la Nación.

En 1994, a partir de la reforma constitucional, los diversos tratados internacionales de DD.HH. firmados por la Argentina adquirieron jerarquía constitucional. Se tornó imprescindible la adecuación de la legislación nacional. En ese mismo año, se sancionó la ley N° 24.417, de Protección contra la Violencia Familiar, reglamentada en 1996. Esta ley, pese a que pretendía responder a los compromisos internacionales, carece⁸ por completo de perspectiva de género: el único bien al que apunta a proteger es la familia. Pone de manifiesto la asignación del ámbito doméstico a la mujer. No llega a definir la violencia familiar ni se esbozan factores determinantes. Los limitados procedimientos que detalla traslucen un enfoque reduccionista de la problemática. Por ejemplo, en el artículo 6°: “La reglamentación de esta ley preverá las medidas conducentes a fin de brindar al imputado y su grupo familiar, asistencia médica y psicológica gratuita”.

En su decreto reglamentario, se limitaba a la creación de “centros de información y asesoramiento sobre violencia física y psíquica” en hospitales (dependientes de la CABA), en Centros de Atención Jurídica Comunitaria (dependientes de la Secretaría de Asuntos Legislativos del Ministerio de Justicia), en el Consejo Nacional del Menor y la Familia, en el Consejo Nacional de la Mujer, en la Dirección General de la Mujer de la CABA y en los Distritos Escolares (Secretaría de Educación de la CABA), integrados por personal idóneo y profesionales con formación especializada en violencia familiar. En su artículo 5° planteaba que el juez interviniente, “dentro de las 48 horas de adoptadas las medidas precautorias, convocará a las partes y al Ministerio Público a una audiencia de mediación instando a éstas y a su grupo familiar a

7. Actualmente denominado Consejo Nacional de *las Mujeres*, nominación que se ajusta a la tendencia actual de incorporar la pluralidad y la diversidad en el abordaje de las mujeres.

8. No ha sido derogada y es de aplicación en aquellos casos de violencia doméstica no previstos en la ley N° 26.485, sancionada en 2009.

asistir a programas educativos o terapéuticos”, poniendo de manifiesto su postura a favor de la revinculación y la falta de reconocimiento de la existencia de asimetrías entre las “partes” que conformaban ese grupo familiar, puesto que:

La utilización de la mediación en casos de violencia doméstica y en materias conexas constituye también una violación a una serie de derechos consagrados en diversos convenios internacionales [...] en la medida que desprotege a las víctimas de futuras agresiones y les niega su derecho a resolver judicialmente el asunto. (Ortega, 1999: 607)

Al promediar la primera década del siglo XXI, el espíritu de esta ley se multiplicaba en la región, ya que buena parte de la legislación vigente en América Latina sancionaba la violencia intrafamiliar recurriendo a figuras jurídicas como violencia doméstica y/o violencia familiar, sin atender directamente a la violencia contra las mujeres. Hacia 2004, sólo tres países en la región consideraban específicamente la violencia contra la mujer en la denominación de sus leyes: Venezuela, Ecuador y Honduras (Suárez, 2004). Este hecho pone de relieve la jerarquización de ciertos valores (como el de la familia) por encima de derechos humanos fundamentales de las mujeres, los cuales quedaban *sacrificados* en aras de un bien considerado superior.⁹ En algunos de los países estudiados, se implementaban diferentes mecanismos de presión sobre las mujeres: instancias obligatorias de conciliación, obstaculización para el acceso a la instancia penal y leyes que promovían algún tipo de *arreglo*. Se llegaba a situaciones tan extremas de violación de los derechos como en El Salvador o Nicaragua, donde las mujeres no podían denunciar por violación a sus esposos ya que el Código Civil hacía referencia al *débito conyugal* (Sagot, 2000). Otro de los aspectos para destacar es que los códigos penales y las leyes específicas sobre violencia intrafamiliar en los países de América Latina no sancionaban la agresión en sí, sino su resultado observable. Este hecho afecta la visibilización completa del fenómeno, el cual queda subsumido a las formas más extremas de violencia y acarrea graves consecuencias. El pretendido carácter neutral de la misma legislación y la apropiación de los espacios judiciales por parte de los varones agravan la situación (Sagot, 2000). Partiendo

9. Una de las principales manifestaciones de esta situación se observa en las respuestas institucionales/judiciales que tienden a promover instancias de “conciliación” o revinculación de los miembros de la pareja en situación de violencia, revictimizando a las mujeres afectadas y a sus hijos.

de este enfoque, gran parte de la legislación en la materia aún puede ser considerada implícitamente patriarcal ya que sostiene instituciones patriarcales (como la maternidad forzada, la heterosexualidad obligatoria, la familia, etc.), evita castigar la violencia de género y ofrece protecciones para las mujeres sólo en su función reproductora. El *sujeto* mujer se constituye así en torno de su vulnerabilidad (Guzmán, 2001) y queda relegado a la esfera de la familia, al plano emocional (en detrimento del racional) y al erotismo.

Avances en el marco normativo nacional sobre violencia contra las mujeres

En 1999 se realizó una importante modificación en el Código Penal. La ley N° 25.087 sustituyó el título “Delitos contra la honestidad” por el de “Delitos contra la integridad sexual”, y permitió la reconceptualización de las agresiones que lesionen la integridad y el ejercicio autónomo de la sexualidad de las personas, las cuales anteriormente eran consideradas como una afrenta a la honestidad de las mujeres, ya que el bien jurídico objeto de protección era la dignidad.

Entre 2003 y 2008 fue promulgado un conjunto de leyes relativas a derechos fundamentales de las mujeres.¹⁰

En marzo de 2009, el Parlamento argentino logró la sanción de la ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollaren sus relaciones interpersonales.¹¹ Ésta fue reglamentada en 2010 a partir del trabajo de un comité intersectorial. El actual Consejo Nacional de las Mujeres, autoridad de aplicación de la ley, asumió el compromiso de elaborar el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, poner en marcha un Observatorio de Violencia de Género y promover el desarrollo de

10. En 2003, la ley N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. En 2004, la ley N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento, “Parto Humanizado”. En 2005, se sancionó la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (N° 26.061), y en 2008, la ley N° 26.364 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas.

11. Recién a partir de la sanción y reglamentación de esta ley, la Argentina comenzó a responder, de manera formal, al compromiso asumido en 1996 en la Convención de Belem do Pará.

investigaciones en el área. Sin embargo, para 2010, los recursos necesarios para su funcionamiento no estaban incluidos en el presupuesto nacional.

En su extenso articulado (45 artículos), el texto de la ley recupera la complejidad del problema desde una perspectiva de género haciendo referencia expresa a las situaciones de asimetría de poder que afectan el ejercicio efectivo de los derechos por parte de las mujeres. En su artículo 4° define la violencia contra las mujeres como:

[...] toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. (Ley N° 26.485)

Apuntando a la protección de las mujeres en los diversos ámbitos donde desarrollen sus relaciones interpersonales, tanto públicos como privados, detalla los distintos tipos de violencia contra las mujeres: física, sexual, psicológica, patrimonial y simbólica. Especifica las modalidades en que la violencia hacia las mujeres se manifiesta: la violencia doméstica, la institucional, la laboral, contra la libertad reproductiva, la obstétrica y la violencia mediática. Involucra de manera pormenorizada seis ministerios nacionales: Salud; Educación; Desarrollo Social; Justicia, Seguridad y Derechos Humanos; Seguridad; Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Asimismo, le da responsabilidades a la Secretaría de Medios de Comunicación.

Respecto a los procedimientos por emplear, insta a la elaboración de protocolos de atención y detección de violencia. A diferencia de la ley N° 24.417, que en su artículo 5° plantea “convocar a las partes y al Ministerio Público a una audiencia de mediación”, la nueva legislación prohíbe expresamente modelos de intervención que contemplen la mediación o negociación (audiencias de conciliación o mediación).

En febrero de 2011, a instancias del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, se forma la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (Consavig) con el objetivo de formular sanciones a la violencia de género según lo establece la ley N° 26.485, y promover la defensa de los derechos de las mujeres en coordinación con organismos del Estado y de la sociedad civil.

En el primer semestre de 2012, el Parlamento argentino consiguió eliminar la figura del *avenimiento* del Código Penal que en el artículo N° 132 señalaba que “en los casos de violación, estupro, rapto o abuso deshonesto de una mujer soltera, quedará exento de pena el delincuente si se casare con la ofendida, prestando ella su consentimiento, después de restituida a casa de sus padres o a otro lugar seguro”. Esta reforma se vio impulsada por la gran repercusión que tuvo un femicidio¹² ocurrido en 2011 en la provincia de La Pampa. Un hombre violó a una mujer y contrajo matrimonio con su víctima para eludir la condena. A los días de recobrar la libertad, la asesinó. La figura del *avenimiento*, rémora de “los delitos contra la honestidad”, contrariaba acuerdos internacionales emergentes de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer y la propia Ley Nacional N° 26.485, que prohíbe cualquier forma de mediación, negociación o conciliación entre las partes.

El antecedente de la sustitución de los “Delitos contra la honestidad” por los “Delitos contra la integridad sexual”, y el consecuente cambio en la percepción social de los delitos contra la integridad sexual, abrió también la puerta para visibilizar la violencia sexual sistemática ocurrida en los centros clandestinos de detención durante la dictadura cívico-militar que gobernó la Argentina entre 1976 y 1983. En 2011, finalmente, se logró la judicialización de esas violaciones y abusos sexuales que pasaron a configurar nuevos delitos de lesa humanidad (Oberlin, 2012).

En esa misma línea, también cabe mencionar la publicación del Protocolo de Atención a Víctimas de Violencia Sexual, por parte del Ministerio de Salud de la Nación, y el fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación sobre un caso de aborto no punible mediante el que se expresa a favor de una interpretación no restrictiva del alcance de la práctica de aborto no punible, seguro y garantizado por el Estado a *todas* las mujeres que hayan sido víctimas de violación y lo soliciten. Este fallo persigue la no judicialización de la práctica y sienta jurisprudencia a partir de 2012 en todo el territorio nacional.

En 2010, impulsados por organizaciones de mujeres, se presentaron proyectos parlamentarios de reforma del Código Penal para la incorporación de la figura del *femicidio*. Su objeto era acrecentar las

12. Asesinato de una mujer por razones de género, a fin de obtener poder, dominación o control.

penas por asesinato a una mujer mediante violencia de género, cuando ésta fuere ejercida por un hombre. Pero fue recién en 2011 cuando se activó el debate por la incorporación de la figura de femicidio y encontró repercusión en la opinión pública a raíz del cruento asesinato de dos turistas francesas en el Noroeste Argentino.¹³

En la legislación internacional, hacia 2012, siete países de América Latina habían incorporado la figura del femicidio en sus ordenamientos legales: Costa Rica, Guatemala, Chile, Perú, Nicaragua, México y El Salvador. A su vez, la definición del tipo penal variaba de un país a otro (Vílchez, 2012). En algunos países como Costa Rica y Chile, la categoría femicidio se limitaba al homicidio cometido en una relación de pareja. En cambio, en Guatemala y El Salvador, su alcance se ampliaba y abarcaba los asesinatos ejecutados tanto por conocidos como por desconocidos de la víctima.

Para algunos juristas¹⁴ y para juristas feministas,¹⁵ la definición del tipo penal específico dificulta su aplicación ya que traslada al derecho penal un concepto de las ciencias sociales: el femicidio. Uno de los problemas observados por las expertas es que la propia definición de femicidio resultaba demasiado amplia y un tanto vaga, situación que dificultaba su aplicación.

13. El padre de una de las víctimas emprendió una cruzada para hacer visible la violencia de género y pidió a las autoridades francesas una modificación penal para que “afirmen la necesidad absoluta de garantizar cada vez más los derechos de las mujeres y, particularmente, su derecho a la libertad y al respeto de su integridad física”.

14. Carlos Rozanski, juez de la Cámara Federal y presidente del Tribunal Oral en lo Criminal Federal N° 1 de La Plata, sostiene que es “fundamental que el femicidio sea una figura penal independiente, no un agravante, porque [...] el asesinato de una mujer por el hecho de serlo requiere que todo el proceso judicial esté atravesado por la visión de género”. Afirma que “cuando estos delitos permanecen impunes, [...] muchas veces genera nuevos crímenes. [...], a su vez, condiciona a los operadores, que influenciados por aquellos mitos, estereotipos y prejuicios de género que atraviesan el fenómeno realizan intervenciones que con frecuencia favorecen a los asesinos y contribuyen a la impunidad”. Boletín informativo Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de Violencia de Género (Consavig), julio, año 2, N° 11, 2012, p. 1.

15. Susana Chiarotti (OEA) argumentaba su desacuerdo con que todo fenómeno que deba ser visibilizado requiera una figura legal específica y planteaba su temor respecto a que resultasen excesivos los requisitos para que el femicidio se configure como delito, con el riesgo de dejarlos impunes.

En 2012, la reforma del artículo 80 en sus incisos 1 y 4, y la incorporación de los incisos 11 y 12, fue finalmente aprobada por la Cámara de Diputados.¹⁶

El marco normativo de violencia en la CABA

En 2001 la Legislatura de la CABA sancionó la ley N° 710 (ratificada por la ley N° 1.218), dirigida a los “agentes públicos que por su función estuvieren obligados a asistir, diagnosticar, peritar o efectuar denuncias por violencia intrafamiliar y/o abuso sexual infantil”, mediante la cual les garantizaba asesoramiento legal de la Procuración General de la Ciudad, “en virtud de lo requerido por la Ley Nacional N° 24.417”.

En diciembre de 2003 fue sancionada por la Legislatura de la CABA la ley N° 1.265 de Protección contra la Violencia Familiar, con objeto de establecer procedimientos para la protección y asistencia a las víctimas de violencia familiar y doméstica (incluye diversas formas de unión y la no convivencia), promover vínculos libres de violencia y realizar acciones de prevención. Esta legislación incorporaba a niñas, niños o adolescentes a la figura de los denunciantes, los que podían presentarse ante Tribunales de Vecindad (no constituidos aún). A pedido de la parte denunciante o de oficio, el Tribunal podía dictar medidas cautelares que considerase necesarias para preservar a la víctima. Entre las medidas cautelares, figuran: la exclusión del agresor, la prohibición de acercamiento al domicilio de la víctima o a su lugar de trabajo, la realización de un tratamiento psicológico y/o la ejecución de trabajos comunitarios, etc. Menciona la creación de equipos interdisciplinarios con múltiples funciones: evaluación, seguimiento, propuesta de algunas medidas punitivas, elaboración de un informe socioambiental y evaluación psicofísica para determinar los daños sufridos por la/s víctima/s, y la situación de riesgo del grupo familiar, medidas a ser requeridas por el tribunal a cargo. La ley, por otra parte, homologa los acuerdos de cese de violencia con las partes, acuerdos que producen la suspensión del trámite iniciado con la denuncia.

16. La nueva redacción del artículo agrava la pena. Impone prisión perpetua para los crímenes cometidos contra “ascendiente, descendiente, cónyuge, excónyuge, o a la persona con quien mantiene o ha mantenido una relación de pareja, mediare o no convivencia y/o cuando mediare odio o violencia de género”.

La resolución N° 983 de 2003 pone en vigencia el Protocolo de Acción ante una mujer víctima de violación. La resolución N° 2.127, de julio de 2004, determina como referente para la Asistencia a la Víctima de Violación de la CABA al Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez, entendiendo que es parte de su responsabilidad impulsar en el resto de los hospitales públicos de la Red de Violencia la creación de grupos interdisciplinarios para la Asistencia a Víctimas de Violencia.

Por su parte, la ley N° 1.688 de Prevención y Asistencia a las Víctimas de Violencia Familiar y Doméstica, sancionada en 2005, está destinada a la atención integral de mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con necesidades especiales. Promueve el desarrollo de acciones de prevención en diferentes ámbitos y regula la prestación de servicios de atención integral (centros de atención inmediata, de atención integral y refugios o casas de albergue). Apunta también a la creación de un sistema de registro de víctimas.

La resolución N° 791 de 2006 da lugar a la creación de dispositivos de atención:

[...] los Centros de Atención Inmediata funcionarán durante las 24 horas del día, y tendrán por objeto brindar desde una perspectiva interdisciplinaria atención médica, psicológica, jurídica y social a las víctimas de violencia; [...] en virtud de las políticas diseñadas por este Ministerio en materia de salud mental, y como etapa inicial, resulta necesario establecer que dichos centros funcionarán en los hospitales generales de agudos Teodoro Álvarez, Bernardino Rivadavia, Enrique Tornú, Parmenio Piñero, Donación Francisco Santojanni, y en los hospitales generales de niños Ricardo Gutiérrez y Pedro de Elizalde, dependientes de la Dirección General Atención Integral de la Salud, toda vez que la ubicación geográfica de los mismos permitirá una mejor accesibilidad [...] estarán integrados por médicos especialistas en clínica médica, ginecología, pediatría, psiquiatría, psicología, trabajo social, pertenecientes a las dotaciones de guardia de los hospitales mencionados, contando, asimismo, con asesoramiento legal.

Se insta al trabajo articulado con los comités de prevención, detección y asistencia de casos de violencia y/o abuso intrafamiliar creados formalmente en 2006 por resolución N° 726 y en cuyo articulado se mencionaba que “los comités aludidos acompañarán y asistirán a los profesionales alcanzados por la norma precedentemente mencionada [ley N°1.218], a efectos de obtener la representación legal referida”.

A instancias de estas resoluciones, se formaron inicialmente veinte comités dependientes de la estructura de la Dirección de cada hospital, y dentro de la Dirección General de Salud Mental de CABA, la Red Metropolitana de Servicios de Violencia que integraban 12 hospitales generales y otros cinco efectores de salud.

El documento de creación de esta red abordaba la problemática de la violencia “en todas sus formas”; sin embargo, sólo se proponía brindar asistencia integral en violencia familiar trasluciendo una notable ausencia de perspectiva de género y derechos¹⁷ en el contenido del documento.¹⁸

17. El *enfoque de derechos* destaca que los derechos reconocidos en tratados y pactos internacionales requieren medidas positivas de los Estados para que su vigencia sea efectiva. Estas medidas positivas se traducen en políticas públicas cuya definición corresponde ya sea al Poder Legislativo o al Ejecutivo, y cuya implementación se encuentra a cargo de este último (Pautassi, 2010).

18. Planteaba el interés de la Secretaría de Salud de la CABA por el desarrollo de un sistema organizado por diferentes niveles de complejidad, con necesaria articulación de sectores y subsectores, sistemas y recursos de salud a los que se sumase la participación activa de las organizaciones comunitarias. El programa de asistencia en red comprendía asesoramiento y orientación a la víctima y familiares, el tratamiento médico y psicoterapéutico integral, y el abordaje comunitario, priorizando en todas las prestaciones la evaluación de riesgo. Se preveía que la integraran hospitales, centros de salud del gobierno de la CABA, promoción social, organismos del Poder Judicial y Ministerio de Justicia, el Consejo del Menor y OSC. Sin embargo, en los documentos consultados no se registra participación efectiva de otros sectores (Salud Mental CABA, 2009). Entre sus objetivos figuraban la prevención y asistencia no tradicionales, la mejora de la calidad de vida, la disminución de la prevalencia e incidencia de la violencia en sus distintas formas, la satisfacción de la demanda de los afectados ofreciendo respuesta integral (médica, psicológica, psiquiátrica y social), la utilización de la información con fines estadísticos para conocer la realidad de la comunidad y el aumento del recurso humano. Entendía que, para conformar un equipo especializado en Violencia en un hospital, como recurso humano se requerían como mínimo siete profesionales: un clínico y/o pediatra, un psiquiatra, tres psicólogos, un trabajador social y un abogado. El texto del documento llama la atención por la ausencia de vocabulario técnico. Plantea que “se priorizará la comunicación” y considera la propuesta como el “*antídoto* a utilizar para no repetir modelos que a la postre resultaran violentos”. El documento hace un uso acríptico de categorías propias del discurso biomédico como “Prevención y promoción en grupos de riesgo” o “Trabajo con la víctima y familia en la creación de vínculos sociales a los efectos de cortar con aislamiento (factor de riesgo y de mal pronóstico)” o la atribución de un carácter *patológico* a la violencia. Pone de manifiesto su interés por “reordenar y reconvertir los recursos humanos por medio de la capacitación, con la finalidad de aumentar el número de profesionales y la especialización acorde con las exigencias de esta patología”. Sostiene que “se elaborarán normas y se

En junio de 2012, la Legislatura de la CABA sancionó la ley N° 4.203, mediante la cual la Ciudad adhiere a la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Limitaciones para enfrentar la violencia de género

Hasta aquí, se ha elaborado una descripción que permite ver cómo, al igual que en otros países de la región, en la Argentina se establecieron transformaciones significativas en los marcos jurídicos y programáticos que podrían contribuir a alcanzar la equidad de género. Sin embargo, estos cambios atendieron principalmente a aquellos aspectos que hacen a la vulnerabilidad de las mujeres. Quedan constituidas como sujetos de protección más que como sujetos de derecho. Pareciera haber sido relativamente más sencillo obtener la legitimación de los problemas de género al interior del discurso de la vulnerabilidad y de la reparación que articular discursos anclados en la afirmación de los derechos de las mujeres (Guzmán, 2001). Para la implementación de políticas promotoras de una real redistribución de poder entre hombres y mujeres, se requiere un compromiso mayor.

efectuarán auditorías y evaluaciones de proceso y de resultado con la finalidad de optimizar el recurso destinado a patologías psicosociales”. Cuando se hace referencia a la prevención, se menciona la necesidad de contemplar recursos a “efectos de controlar demanda que de no ser así saturaría toda posibilidad real de respuesta” y se propone, entre sus proyectos prioritarios, crear una comisión representante ante la Cámara de Senadores y Diputados para reforma de la ley N° 24.417 “a efectos de incorporar en su articulado la imposibilidad de demandar civil o penalmente a quienes asumen la responsabilidad de asistencia de casos de VF”. Se vislumbra aquí que uno de los objetivos de creación de la red responde a la inquietud por la seguridad de los profesionales intervinientes y su cobertura, como se observa en el siguiente párrafo: “Los equipos serán *cubiertos* por el gobierno de la CABA por un seguro, visto la vulnerabilidad de su función, en tanto están obligados por ley a denunciar la situación de un menor en riesgo de sufrir maltrato y abuso sexual y son pasibles de ser demandados por aquellos responsables de los niños afectados”. Finalmente, la evaluación y el monitoreo de las acciones aparecen escasamente contemplados en el documento: la palabra *evaluación* no se nombra y en el cronograma propuesto se espera que, recién a los 36 meses de la creación de la red, se analice “la producción y resultados” (Jornada “Violencia, logros, fortalezas y dificultades de la Red Metropolitana de Servicios de Violencia”, Salud Mental CABA, 2009).

A pesar del fuerte rechazo a la violencia contra las mujeres, el cual responde a los lineamientos conceptuales mencionados, en la práctica no se ha logrado garantizar el acceso de las mujeres a la Justicia y/o a mecanismos de protección eficientes. En la región, predomina un patrón de impunidad en el procesamiento judicial, ya que la mayoría de los casos de violencia hacia las mujeres no son formalmente investigados, juzgados y sancionados: entre el 70 y el 92% de ellos no llega a sentencia (CIDH-OEA, 2007).

El incumplimiento de las obligaciones del Estado para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres es observado en forma sistemática por los mecanismos de control y rendición de cuentas previstos por los tratados internacionales. Por ejemplo, en 2010, el Comité de CEDAW (2012) señaló a la Argentina su preocupación por el aumento de la violencia doméstica, la trata de personas, la precariedad de la situación de mujeres privadas de libertad y la desjerarquización del Consejo Nacional de las Mujeres como institución de aplicación de la ley N° 26.485, entre otros aspectos.¹⁹

La incongruencia entre la magnitud de las tareas asignadas a los organismos ejecutores y las atribuciones y recursos que se les confiere, además de la contradicción entre las concepciones y discursos de funcionarias/os y las prácticas institucionales, revela la distancia que existe entre los planteamientos internacionales y el funcionamiento concreto de los Estados.

Esta situación se refleja en forma sistemática en los informes alternativos o “sombra” elaborados por organizaciones no gubernamentales, con el objeto de aportar elementos valiosos –en general contrarios– a los informes oficiales elevados por los Estados parte a los mecanismos de los tratados internacionales para la elaboración de sus recomendaciones. Por ejemplo, en julio de 2010, ante el Comité de la CEDAW, en el 46° período de sesiones, fue presentado, entre otros organismos, por ELA (2010) y UNL el informe sombra de la Argentina.

Un proceso lento y contradictorio atraviesa los diferentes ámbitos de acción. En:

[...] los tribunales de justicia de la región, los actores que promueven estas acciones, los intereses que se representan, los procedimientos que se siguen, las decisiones que se adoptan,

19. La alta mortalidad materna, el aborto inseguro, la ausencia de perspectiva de género en la Asignación Universal por Hijo, la carencia de información de salud desagregada por sexo, la inequidad social de mujeres pobres, la situación de la comunidad LGBTI, etc., también fueron señalados en esa oportunidad.

revelan una evolución incipiente, pero promisorio, hacia la configuración de un Poder Judicial comprometido con el acceso a la Justicia de los grupos más desaventajados y como garantía de igualdad. (Abramovich *apud* Pautassi, 2010: 3)

En definitiva, nos enfrentamos a un problema de extrema complejidad. Si bien la institución policial y el Poder Judicial constituyen una primera línea de protección de derechos de las mujeres a nivel local, además de legislación y dispositivos de atención, se requiere el desarrollo de políticas de carácter integral que respondan a los diferentes determinantes de la desigualdad de género, y la profundización de los procesos institucionales que favorezcan la participación de las mujeres para contrarrestar los mecanismos generadores de desigualdad.

Las posibilidades de legitimar las desigualdades de género como problema público están, entonces, condicionadas económica, política, legal e institucionalmente. Por esta razón, el proceso que analizamos está muy imbricado con lo que sucede en los diferentes planos de la sociedad y de la institucionalidad pública, sobre todo con el grado de apertura cultural, de democratización e institucionalización y de integración social. (Guzmán, 2001: 5)

Respecto a la implementación y al alcance de las políticas en materia de género y de violencia en particular, dentro de los instrumentos de monitoreo resulta prioritario contar con sistemas de información.

En este sentido, la responsabilidad del Estado frente al derecho humano de las mujeres a vivir una vida libre de violencia requiere la implementación de diferentes mecanismos que garanticen tanto la prevención de la violación de ese derecho como, en el caso de que hubiera sido violado, su sanción, reparación y prevención de la repetición (Facio, 2011). Todas ellas son medidas que sólo pueden llegar a cumplimentarse en forma efectiva si se dispone de información veraz, completa y oportuna.

(In)consistencia de los datos. Descripción de la situación a nivel nacional. El problema de las cifras

El conocimiento acerca de la situación de la violencia de género en el ámbito nacional y en el de la Ciudad de Buenos Aires es aún parcial y fragmentario.

Diferentes organismos como la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (OVD), el Programa Las Víctimas contra las Violencias, el Consejo Nacional de las Mujeres (CNM), la Dirección de la Mujer de CABA, entre otros, sistematizan datos básicos provenientes de consultas y denuncias.

Aunque imprescindibles para la gestión, a la fecha no se cuenta con datos epidemiológicos que permitan estimar prevalencias, líneas de base, encuestas nacionales, etcétera.

Para dar cuenta de la magnitud del fenómeno de la violencia contra las mujeres a escala nacional, periodistas, investigadores y capacitadores suelen utilizar como cifras de asesinatos de mujeres por cuestiones de género los femicidios contabilizados por el Área de Investigación de la Asociación Civil La Casa del Encuentro. Desde 2008, distintas organizaciones de la sociedad civil (Amnistía Internacional, la Asociación Civil Artemisa y La Casa del Encuentro) llevan sus propios registros de las muertes por violencia de género a partir del relevamiento de los principales diarios nacionales y provinciales.

También se cuantifican denuncias recibidas por los servicios de asistencia. Por ejemplo, la OVD publica datos sociodemográficos básicos de las personas que consultan, evolución mensual de las consultas, periodicidad de las denuncias, procedencia de los casos,²⁰ entre otras cuestiones.

Otros organismos sistematizan la información proporcionada por las consultas telefónicas de solicitud de ayuda, como el Observatorio de Equidad de Género de CABA creado en 2009, que informa sobre las llamadas recibidas por la línea telefónica 0-800 MUJER.²¹

El Consejo Nacional de las Mujeres compiló y analizó información producida por usuarios del Instrumento de Registro de Casos de Violencia Familiar (CNM, 2007). Evaluó accesibilidad a los servicios y antecedentes de consultas, cronicidad de la problemática y desencadenantes

20. Sobre los 6000 casos durante 2008-2009, se sabe que el 82% fueron mujeres; dentro de ese porcentaje, el 78% tenía entre 22 y 49 años; predominó la violencia psicológica (90%), seguida por la violencia física (70%), económica (30%) y sexual, en el 14% de los casos. De los datos presentados es destacable que sólo el 2,55% de los casos llegó a la OVD por derivación directa del sistema de salud.

21. Durante el año 2008 recibió 12.667 llamadas de mujeres por violencia de género, de las cuales el 60% residía en CABA. Se observa un incremento importante ya que, durante el primer trimestre de 2006, según Amnistía Internacional (2007), el servicio de violencia doméstica y sexual de la Ciudad de Buenos Aires había recibido 5.978 denuncias.

de la consulta en tres servicios de asistencia del Conurbano, uno de Chubut y otro de Santiago del Estero.²² En su carácter de organismo rector para el diseño de políticas garantes del cumplimiento de la ley N° 26.485, el CNM se propuso en 2011 realizar un reajuste del Instrumento de Registro Unificado de Casos de Mujeres Víctimas de Violencia (RUC) dadas las limitaciones presentadas en experiencias anteriores²³ y renovó la convocatoria a organismos tanto gubernamentales como de la sociedad civil de todo el país para integrarse a la Red de Usuarios del Instrumento (RED-RUC) con el objeto de relevar datos (antecedentes de violencia intrafamiliar, el nivel de riesgo al momento de la consulta, acceso a los servicios y su perfil socioeconómico, etc.) de quienes consultan por violencia a los servicios prestadores. Un año más tarde, se recurriría al Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec) para que implementase un sistema de registro único de casos de violencia que permitiera conocer a nivel nacional el tipo de violencia que predomina entre quienes denuncian, el perfil de las víctimas y datos básicos de quienes ejercen la violencia.

Los sistemas de información con los que cuentan los países presentan diferente grado de desarrollo. Sin embargo, a la hora de cuantificar las violencias, en todos los casos se plantean dificultades,²⁴ y el desafío es aún mayor si se busca producir y/o analizar información desde una

22. Sobre un total de 3.171 casos informados, se observó que la mayoría de los antecedentes de consultas por la problemática fue canalizada en el ámbito judicial, a través de la presentación de denuncias, seguidas de un alto índice de “exposiciones policiales”. Entre los factores desencadenantes de la consulta, no se registran “razones objetivas” o reconocibles por las propias consultantes. Sí fueron mencionados el conocimiento de otros casos que habían consultado a ese u otro servicio, los golpes a los hijos y la infidelidad del agresor. La mayoría de las consultantes reveló que llevaba entre 1 y 5 años, o entre 10 y 20 años padeciendo violencia. El tipo de violencia predominante fue psicológica, seguido de violencia física, en tercer lugar violencia económica y restricción de la libertad y, por último, violencia sexual.

23. A pesar de ello, la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer de OEA valoró en 2007 los esfuerzos de la Argentina para la creación de sistemas centralizados de información por parte del Consejo Nacional de las Mujeres, con la cooperación de Unicef, un Registro Unificado de Casos de Violencia contra la Mujer (Relatoría sobre los Derechos de la Mujer CIDH-OEA, 2007).

24. Frente a tales dificultades, las recomendaciones de la OMS en la materia plantean que la información proveniente de los registros de mortalidad (más extensa y accesible que otra) debería integrarse con datos sanitarios, información sobre criminalidad y parámetros culturales, y de exposición a la violencia (OMS, 2003).

perspectiva de género. En un esfuerzo por diferenciar las violencias sufridas por mujeres en general de aquellas encuadradas dentro de la violencia de género, en 2012 se publicó un trabajo en el que se utilizaron estadísticas nacionales de mortalidad, datos del Sistema de Vigilancia de Lesiones y datos arrojados por la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación (Fleitas y Otamendi, 2012).

En el ámbito de las organizaciones de la sociedad civil, una investigación desarrollada en el área metropolitana de Buenos Aires, que estudió el perfil y las prácticas de los servicios prestadores de asistencia y orientación en violencia pertenecientes a la sociedad civil, reveló la precariedad de los sistemas de registro de casos que llevaban los prestadores, poniendo de manifiesto que, como en otros países de la región, la información estadística producida era escasa y que, en su mayoría, los servicios no monitoreaban sus propias actividades a partir de datos sistemáticos y confiables (Ynoub, 1998).

Como veremos con mayor detalle, en el sistema de salud sólo se conoce parcialmente la dimensión epidemiológica del impacto de las violencias en el proceso de salud-enfermedad-atención, debido en parte a los reconocidos problemas de calidad de las estadísticas y subregistro de datos (Spinelli, 2005; Deslandes, 2000).

II. Consideraciones teórico-metodológicas

Principales categorías de análisis

Si bien a lo largo del texto el lector se encontrará con numerosas puntualizaciones teóricas, entendemos necesario aquí dar un orden a ciertos conceptos y categorías¹ centrales en la construcción de nuestro objeto de estudio.

Siguiendo a Almeida Filho (2006), entendemos que las fronteras disciplinarias “borrosas” o porosas abren camino a un trabajo interdisciplinario y transdisciplinario² que aporta otras perspectivas de análisis. En este sentido y conforme a la complejidad del objeto que tenemos por delante, nos proponemos abrir la comunicación, entablar diálogos entre distintos saberes para tender nuevos puentes, elaborar síntesis (siempre provisionarias y locales) y generar nuevas preguntas que interpeleen a las disciplinas en juego.

Violencias

Aunque el término *violencia* se utilice con asiduidad, por su complejidad y su carácter polisémico, su abordaje nos resulta siempre incómodo y nos ubica frente a múltiples intentos de demarcación y clasificación.

1. Las categorías analíticas pero, también, las empíricas surgidas del trabajo de campo.
2. Forma particular de trabajo científico que implica relaciones entre disciplinas cuando éstas son interpeladas por la naturaleza misma de los problemas que se resisten a un tratamiento monodisciplinario. El término *transdisciplina* contiene un desafío más comprometedor, ya que pareciera implicar el retorno a una mirada unificada (Samaja, 2004) y supone la integración de disciplinas a través de un marco conceptual común.

Pero en cualquier caso, al hablar de violencia, nos referimos a relaciones sociales. Y más precisamente, a relaciones de poder enmarcadas en un determinado campo social y cultural. El poder al que hacemos mención se despliega a nivel tanto macro como microsocioal.

Dado que la violencia no se limita al daño y/o efecto de su materialización, sino que constituye un proceso cuyas causas, formas y consecuencias son diversas y se entrecruzan (Franco, 1990), se trata entonces de estudiar la/s violencia/s como un *continuum*, más que como actos o eventos puntuales (Segato, 2003; Ferrándiz Martín, 2004).

En términos prácticos y para su mayor comprensión, se la puede dividir en cuatro tipos o dimensiones no excluyentes: violencia política, como aquella ejercida por los poderes oficiales en nombre de una ideología; violencia estructural, que se refiere al tipo de organización económico-política de la sociedad e impone una cuota de sufrimiento que puede ser variable; violencia simbólica, que remite a las humillaciones y desigualdades legitimadas e internalizadas; y violencia cotidiana, que se refiere a la violencia interpersonal (Ferrándiz Martín, 2004).

A la hora de abordar la relación entre las violencias y las mujeres, nos enfrentamos también al problema de sus múltiples clasificaciones.³ Categorías tales como violencia intrafamiliar, violencia doméstica, violencia hacia a la mujer, violencia basada en el género, violencia conyugal, etc. (Suárez, 2004) reflejan la multiplicidad de enfoques en el estudio de las violencias, plasmados en la elaboración de distintas tipologías (WHO, 2003). Entre las diversas formas que adoptan las agresiones sufridas por las mujeres es posible enumerar: violencia física, sexual, simbólica, invisible, psicológica, patrimonial, etcétera.

Suárez (2004) valora la estrategia discursiva que llevó a nombrar, aunque de manera desordenada, a las violencias porque entiende que contribuyó a su visibilización en diversos espacios sociales. Pero también alerta sobre el riesgo de perder precisión y que, bajo su rótulo, se agrupe a un amplio conjunto de situaciones indeseables que no afectan exclusivamente a las mujeres como, por ejemplo, la pobreza o la discriminación.

Partiendo de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer efectuada por la ONU en 1993, definimos la “violencia contra la mujer” como:

3. Para tornarlo más accesible, a lo largo del texto el lector observará que en ocasiones prescindiremos de aclarar tipos y modalidades de violencia utilizando *violencia* a secas, dando a entender que se trata de violencia de género, violencia intrafamiliar/familiar, en su mayoría violencia conyugal.

[...] todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (ONU, 1993: 2)

Esta definición da lugar a la distinción de tres tipos básicos de violencia: física, sexual y psicológica, que se expresan en distintos espacios públicos y privados (doméstico, laboral e institucional).

La violencia ejercida contra las mujeres es una de las más importantes manifestaciones de la violencia de género. Responde a una desigual distribución de poder entre los géneros. Las mujeres o sujetos feminizados (Segato, 2003) son las principales afectadas; lejos de constituir un fenómeno de carácter extraordinario que responde a comportamientos patológicos, es producto de una forma de organización social que ha legitimado históricamente ese y otros tipos de desigualdad.

A la vez, es posible establecer una distinción entre los crímenes o situaciones de violencia contra las mujeres que se dan en un espacio público y aquellos perpetrados en el espacio doméstico.

Si al abrigo del espacio doméstico el hombre abusa de las mujeres que se encuentran bajo su dependencia porque *puede* hacerlo, es decir, porque éstas ya forman parte del territorio que controla, el agresor que se apropia del cuerpo femenino en un espacio abierto, público lo hace porque *debe para mostrar que puede*. En uno, se trata de una constatación de un dominio ya existente; en el otro, de una exhibición de capacidad de dominio que debe ser reeditada con cierta regularidad y puede ser asociada a los gestos rituales de renovación de los votos de virilidad. (Segato, 2004: 10)

El interesante planteo de Segato (2003) remite al fenómeno de la violación, particularmente el que ella caracteriza como *cruenta*: el asalto sexual callejero, el cual pone de manifiesto el precario estatus masculino que debe ser adquirido y asegurado a diario. Alerta sobre una masculinidad fragilizada, que se consumiría en una violación para cumplir con un *mandato* planteado por la sociedad; una virilidad que requiere ser validada por los otros (Bourdieu, 2010).

Para Minayo (2005b), las agresiones a mujeres por celos, los homicidios por las llamadas *razones de honor*, se presentan también como un producto de la reactualización de una mentalidad patriarcal, que

implica el control sobre las mujeres (esposa, hijas, etc.) consideradas como objetos sexuales y sociales de una disputa entre hombres.

En este marco, situamos a la violencia familiar⁴ como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder asimétrica, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro de la familia.⁵ Este tipo de violencia es ejercido principalmente contra mujeres y niños por parte de hombres que comparten el hogar y con los que existen lazos de parentesco (Sagot, 1998).

La violencia física (la más fácil de reconocer) se produce cuando una persona, que se halla en una relación de poder respecto a otra, le inflige o le intenta infligir un daño no accidental por medio de la fuerza física, utilizando o no algún tipo de arma que puede ocasionar lesiones físicas (internas y/o externas) y/o en su autoestima (Sagot, 1998).

Violencia sexual incluye todas las acciones para utilizar de cualquier modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación entre ambas y del ámbito en que se desarrolle (hogar, lugar de trabajo, etc.). Puede tratarse de un acto sexual, la tentativa de consumarlo, las insinuaciones o comentarios sexuales no deseados (Contreras, 2010).

Una de las formas más comunes y menos tenidas en cuenta de violencia hacia las mujeres es la patrimonial o económica, que incluye acciones u omisiones por parte del agresor que afectan la sobrevivencia de ellas y de sus hijas/os, y/o implican el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal (Sagot, 1998).

Al distinguir tipos de violencia y establecer entre ellos una jerarquía, Segato (2003) destaca a la violencia moral como el mecanismo más eficiente de control social, que constituye la argamasa para la sustentación jerárquica del sistema. Ésta remite a aquella conducta que, aunque sea de manera no consciente o deliberada, envuelve agresión emocional y puede manifestarse como ridiculización, desvalorización como persona, de sus rasgos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral o, en forma de

4. Esta categoría permite aprehender en mayor medida la dimensión relacional del fenómeno. No se utiliza “violencia doméstica”, ya que remite expresamente al espacio físico/ámbito donde se produce el acto violento y no necesariamente al vínculo existente.

5. Se entiende por *familia* al grupo de dos o más personas con vínculos de afinidad, consanguinidad y/o convivencia.

coacción moral, de sospecha o intimidación (Segato, 2003). Algunos autores hablan de violencia psicológica para referir a toda acción u omisión que inflige o intente infligir daño a la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona (Sagot, 1998). Aunque por razones operativas habitualmente se defina por separado a las distintas formas de violencia, debe tenerse en cuenta que éstas se integran en un *continuum* y rara vez se presentan en forma aislada.

Creemos que no basta con inscribir la violencia familiar como una subcategoría de la violencia de género. Insistimos en que el abordaje del tema no se agota en la adopción de tal o cual definición de violencia. Para desarrollar un trabajo sobre violencia familiar desde una perspectiva de género, resultan claves el señalamiento y análisis críticos de otras dimensiones. Entre ellas, las formas en las que se despliegan los roles que desempeñan las mujeres y su vinculación con la experiencia de violencia⁶ (relación con la biomedicina y la atención en salud, con el derecho, con la actividad laboral y los requerimientos institucionales, etcétera).

Género

Con frecuencia se produce un reemplazo casi mecánico de la noción de sexo por la de género (Scott, 1999). Las diferencias a la hora de aplicar la categoría *género* han producido un conjunto heterogéneo de posiciones. En algunos estudios, cuando se habla de género, todavía se suele tratar de temas o problemas de *la* mujer.⁷ De este modo, se produce una sustitución del significado de *género* por el de género

6. Parte del discurso de la violencia proviene de la jurisprudencia, de allí los estudios de violencia han tomado la noción de *víctima*, considerada como la persona contra quien se comete el delito o la figura donde se consuma el ilícito sancionable. Pero la figura de la víctima responde a un estereotipo tradicional que toma a las mujeres como sujetos que sufren resignadamente su deshumanización, sin tener en consideración los cambios producidos tanto a nivel de la subjetividad como de las condiciones sociales. Algunas autoras señalan que al enfatizar sobre la “víctima” se corre el riesgo de obstaculizar los procesos de empoderamiento. En el texto evitaremos por tanto referirnos a la categoría y utilizaremos la expresión *mujeres en situación de violencia* o *mujeres con experiencia de violencia*.

7. Optamos por hacer referencia a *mujeres* y no a *la* mujer ya que su uso en singular, como término genérico, contribuye a diluir innumerables diferencias: de clase, de ocupación, de etnia, geográficas, religiosas, etc. Impide visualizar a las mujeres y cómo ellas difieren intragénero.

femenino. Si bien los primeros abordajes de género remiten a estudios de la mujer, distintos aportes disciplinares y posturas cada vez más críticas han ido enriqueciendo tanto el campo de los estudios de género como el de las ciencias sociales en general.⁸

El género en calidad de categoría social remite a los rasgos y a las funciones psicológicas y socioculturales que se atribuyen a cada uno de los sexos. A partir de su sexo biológico en cada momento histórico y en cada sociedad, se asignan a las personas determinados atributos. Por tanto, se entiende el género como una construcción social e histórica, como el conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino que se elaboran a partir de la diferencia sexual (Lamas, 2006). El género es:

El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas. (Rubin, 1986: 97)

Los rasgos, características y funciones que se atribuyen en determinado momento histórico a los sexos manan de sistemas sexo-género hegemónicos (Rubin, 1986). Los sistemas sexo-género son los conjuntos de valores sociales, normas, símbolos y prácticas que elaboran las sociedades a partir de la diferencia sexual y se constituyen en uno de los principales ordenadores sociales.

La perspectiva de género, entonces, reconoce como central la existencia de relaciones de poder asimétricas entre grupos de varones y mujeres, históricamente desfavorables para las mujeres o sujetos feminizados. Estas relaciones, constitutivas de las personas, atraviesan toda la sociedad en articulación con otras relaciones sociales, como la clase, la etnia, la edad, la religión, etc. Entendemos que contribuyen a la reproducción de todo tipo de desigualdades.

Desde la teoría de la performatividad, Butler (2007) busca desmontar la idea de que el género se constituye como lo cultural y variable sobre una dimensión biológica, concebida como dada e invariable: el

8. Las propias producciones de los movimientos de mujeres (que desde la década de 1990 se han regionalizado y trabajan en red) han profundizado el carácter crítico de los estudios de género aportando herramientas teóricas para comprender y combatir prácticas y discursos hegemónicos, producto de las relaciones de poder en general. Asimismo, la plasticidad de los estudios de género ha dado lugar a la producción de valiosos análisis acerca de la masculinidad, que permiten no sólo delinear la perspectiva relacional a través del abordaje intergénero, sino también de las relaciones intragénero.

sexo. Plantea que tanto el género como el sexo comportan marcos que regulan, controlan y construyen cuerpos. Que las diferencias sexuales vistas como estáticas, naturales y ahistóricas no se encuentran preformadas (en forma binaria), sino que están sujetas a acciones humanas capaces de modificarlas. El género entonces es también el medio cultural a través del cual el sexo (natural) se forma y establece; por tanto el sexo es una categoría dotada de género (Butler, 2005).

En síntesis, entender el sexo como construcción cultural e histórica lleva a plantear que las formas de hablar y entender las diferencias sexuales son locales y no universales. El carácter procesual de esta construcción sitúa al género como algo que *se hace*, en lugar de concebirlo como una posición estática e invariante.

Para analizar las nuevas formas de ejercicio de la violencia hacia las mujeres, resulta central la revisión de la noción de *patriarcado*, ya que la capacidad de agresión a las mujeres tiende a adaptarse a los tiempos y suele acentuarse en contextos de fuertes transformaciones económicas y reconfiguraciones político-sociales, a las que se les presta relativamente poca atención. En escenarios propios de la globalización (Giddens, 2000), en espacios que ya no están mediados por relaciones tradicionales, pueden observarse nuevas formas de violencia que tienen su correlato en el acceso de las mujeres a ciertas ocupaciones (legales o ilegales)⁹ o en el rol que ocupan en conflictos entre grupos delictivos o en conflictos armados.¹⁰

La noción de *patriarcado*¹¹ (Suárez, 2004) remite al marco que habilita la legitimación de las atribuciones de poder a partir de la división sexual del trabajo. Considerado como orden jerárquico que ha sido instaurado de modo violento, el patriarcado recurre a diversos mecanismos (algunos reconocibles y otros no) para naturalizar las diferencias

9. Sobre las mujeres condenadas en la Argentina, Severini (2005) sostiene que cerca de la mitad están penadas por tráfico de drogas ilegales con un perfil que las distingue de las condenadas por otros delitos. Para afrontar una fuerte carga familiar y cubrir sus responsabilidades, ejercen el tráfico como un modo de completar ingresos insuficientes.

10. Un caso paradigmático puede encontrarse en la serie de crímenes perpetrados a mujeres durante los últimos quince años en Ciudad Juárez, México. En esta ciudad fronteriza, se conjuga una descontrolada acumulación económica con la falta de regulación estatal (Segato, 2004).

11. En textos de orientación feminista, se suele utilizar *patriarcalismo* u *orden patriarcal* como un sinónimo de la desigualdad de género.

en la sociedad: estatus relativos al género, a la etnia, a la clase, a la región, a la religión, etcétera.

En calidad de dispositivo de poder,¹² el orden patriarcal, formado en un determinado momento histórico para responder a una determinada urgencia o necesidad en la sociedad –imperativo estratégico– (Foucault, 1984), requiere por su propia dinámica reajustes permanentes entre los elementos que lo componen y aquellos que van surgiendo a lo largo del tiempo.

Pateman (1993) rescata el concepto de patriarcado reintroducido por la corriente feminista de los años 60 y 70; sin embargo, critica la visión estática y el carácter arcaico (y abstracto) que se le ha asignado. Plantea de manera indiscutible que el *contrato social*, contrato entre iguales en el que la mujer y los hijos dejarían de ser una extensión del derecho del hombre, lejos de clausurar las relaciones patriarcales, inaugura un nuevo tipo de dominación sexual: el patriarcado moderno (Pateman, 1993). Ese nuevo orden patriarcal se asienta en la contradicción de postular individuos naturalmente libres, pero que a la vez responden a una división sexual del trabajo (tanto en la esfera pública como privada) que deriva en una subordinación al poder masculino.

Si bien las teorías de género plantean claramente que un género no se constituye de manera autónoma, sino que se define y se moldea a la luz del otro, en la práctica se observa un vacío en la producción de investigaciones que logren incorporar la perspectiva relacional (Suárez, 2004; Menéndez, 2006). Cuestión que, en definitiva, refleja uno de los tantos desfases entre modelos teóricos y metodología que caracterizan al campo de las ciencias sociales y de la salud colectiva.

12. El concepto de dispositivo de poder en Foucault (1984) supera al de institución, incluyéndolo. El dispositivo comporta un conjunto de elementos heterogéneos formado por: discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, etcétera. A su vez, expresa la naturaleza del vínculo, red dinámica que forman esos elementos. En un mismo movimiento se crea la institución, o sea, todo lo social no discursivo (conjunto de normas, reglas que organizan y constriñen prácticas y relaciones) y por otro lado los sujetos, generando matrices subjetivas, efectuando categorizaciones, delimitando las posibilidades de enunciabilidad (discursivas) en un determinado período histórico.

Género y salud

Al modelar las experiencias de enfermar, sanar y atenderse de mujeres y varones, el género opera como uno de los principales determinantes de la salud. Tanto la percepción de los síntomas como el modo de acceso y de respuesta que encuentran las personas en los servicios de atención se hallan condicionados por las construcciones de género (Martínez Benlloch, 2003; Tajer, 2006; Pombo, 2012).

El predominio de la dimensión orgánica en la *construcción* de los sujetos como pacientes, la presencia de un tipo de pensamiento dicotómico (mente/cuerpo; hombre/mujer; razón/emoción), la pretensión de neutralidad y el carácter universal¹³ atribuido a las enfermedades son algunos de los principios de la racionalidad biomédica. El positivismo de la biomedicina también se evidencia en que el modelo de atención se basa en un sujeto activo/observador (el médico), que describe a un objeto (el paciente y su enfermedad) dejando de lado el significado del padecimiento para el paciente. Todos estos aspectos refuerzan los estereotipos tradicionales, entre ellos los de género, que operan en el campo de la salud, simplificando y fragmentando los procesos de salud-enfermedad-atención.

La dimensión biológica se utilizará para explicar, por ejemplo, problemas de salud-enfermedad de las mujeres sin relacionarlos con variables socioculturales. Esta mirada androcéntrica se traduce también en la desvalorización de la queja de las mujeres, en la creencia de que la demanda de las mujeres se asienta en su dependencia afectiva, en la invisibilidad de las mujeres como trabajadoras y en la naturalización de su función reproductora. De manera que todas las prácticas que no responden a los estereotipos tradicionales de feminidad, como puede ser el consumo de sustancias, el estrés, la sobrecarga laboral, etc., quedan oscurecidas (Velazco Arias, 2006).

A la vez, la naturalización del cuidado como responsabilidad generizada¹⁴ contribuye a que se disponga de las mujeres como mano de obra no reconocida y desvalorizada. Un *ser para otros* (personas

13. El universalismo disfraza el carácter etnocéntrico y clasista de la biomedicina.

14. La atención sociosanitaria de terceros que por razones de edad o enfermedad no pueden valerse por sí mismos responde también a transformaciones socioeconómicas, retiro o debilitamiento de las funciones del Estado y multiplica las exigencias al sistema doméstico: el cuidado se vuelve privado/doméstico y esencialmente femenino.

dependientes) que cede su cuidado a costa del impacto sobre su salud (Lagarde, 2003).

Podemos finalmente señalar que el género no opera como determinante en forma autónoma, sino que lo hace en conjunto con otros determinantes sociales, como la edad, la clase social y la etnia (Esteban, 2006; Pombo, 2012).

Género y derecho

En el campo del derecho, la perspectiva de género se propone hacer visibles las formas en las que el derecho contribuye y ha contribuido históricamente a la enajenación de lo femenino. Un derecho que puede ser caracterizado como no neutral y androcéntrico, que se erige sobre una noción de ciudadanía restringida y que postula una concepción de sujeto que no llega a alcanzar a todos los pertenecientes a la especie humana, pero pretende convalidar las necesidades históricas de los varones como universales. Entre ellas, las necesidades vinculadas a proporcionar a los varones *certezas* respecto a la paternidad biológica, justificando el control sobre el cuerpo de las mujeres. Este disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres a manos de la medicina, la religión y el derecho denota relaciones de poder y se corresponde, según Pateman (1993), con el *pacto de exclusión* convalidado por la ley del Estado moderno. En suma, el derecho, desde los albores de la modernidad hasta el día de hoy, conserva una perspectiva parcial: la masculina, que se impone como totalizadora de la experiencia humana y deja de lado las experiencias de las mujeres y sus puntos de vista (Pateman, 1993; Facio, 1999).

En definitiva, la perspectiva de género no pretende sustituir la centralidad del hombre por la de la mujer, sino que busca poner en el centro del análisis la existencia de relaciones de poder y señala todas las formas en las que la mirada de los varones se ha asumido y naturalizado como universal, como *la* humana.

Experiencia de padecimiento y las formas de comprender el fenómeno de la salud y la enfermedad

En el abordaje de cuestiones relativas al proceso de salud-enfermedad-atención (PSEA), las ciencias sociales han efectuado valiosos aportes. Conceptos acuñados por diferentes corrientes nutren los estudios que

toman a la enfermedad como experiencia. En una breve revisión, observamos que la noción del rol del enfermo (Parsons, 1970) constituye una contribución central para la comprensión de los determinantes socioculturales de la enfermedad, a la que entiende como *realidad social objetiva*.

Retomando nociones como el comportamiento del enfermo (*illness behavior*), Friedson (1978) examina el papel de la medicina en la creación de la enfermedad y discute el rol de la profesión médica. En ese proceso analiza cómo en la interacción entre instituciones profesionales y sistemas de referencia profanos se organiza el proceso de “estar enfermo”. De este modo, la carrera del enfermo describirá cómo un individuo llega a ser designado como enfermo y de qué modo la conducta social es moldeada por el proceso del diagnóstico y tratamiento (Alves, 2006).

Llegamos así a la noción de *experiencia de enfermedad*, que remite a los medios y a los modos con que individuos y grupos sociales responden a un determinado episodio de enfermedad (Alves, 2006). Al abordarla, los estudios antropológicos apuestan a la recuperación de la subjetividad y a una comprensión integral de los padecimientos. Los enfoques biográficos posibilitan allí una verdadera articulación entre el sujeto y la cultura (Cortés, 1997). Uno de los principales exponentes de esta corriente, Kleinman (1980), plantea un axioma central para la antropología médica. Distingue dos aspectos implicados en la enfermedad: uno entendido como un mal funcionamiento de procesos biológicos y/o psicológicos (*disease*) y el otro como la experiencia psicosocial del padecimiento que involucra respuestas personales y sociales (*illness*). Así, las creencias en torno a la enfermedad, estrechamente vinculadas a las intervenciones terapéuticas, pasan a conformar sistemas de conocimiento y acción.

La relación entre médico y paciente,¹⁵ siguiendo a Menéndez (1990, 1994), comporta un conflicto de perspectivas, ya que supone procesos de hegemonía/subalternidad entre instituciones específicas (como la medicina científica) y los conjuntos sociales; lejos de operar como excluyentes y anular otros saberes (aspectos normativos, valorativos y afectivos), garantizan su subordinación. Menéndez (1990) también reconoce la existencia de una transacción en los procesos de reapropiación, rearticulación y resignificación, generados por los propios conjuntos sociales en su calidad de actores que luchan por lograr un consenso en torno a las formas legítimas de actuar, significar e intervenir en relación con la salud y la enfermedad.

15. Sin desconocer la connotación que tiene el término, a lo largo del texto utilizaremos la palabra *paciente* por hallarla de uso habitual (categoría nativa) tanto en el equipo de salud como entre los usuarios.

En todas las culturas, cuando una persona se enferma, se accidenta o sufre un padecimiento, a la par que busca la curación, procura una interpretación de ese padecimiento. De allí, la importancia que adquiere el curador y en particular la mirada médica con su función de estructuración (subjéctiva y cultural) del paciente y de restitución de la integridad perdida. La figura del paciente se delinea entonces a partir de la imposición y el reconocimiento de definiciones, categorías y conocimientos específicos que sedimentan y se transforman en hábitos. En consecuencia, se consolida la experiencia de padecimiento como enfermedad y las de la atención y los cuidados (Recoder, 2011).

La familia y las redes sociales también ocupan un rol clave en la construcción de esta experiencia de enfermedad, en particular en la designación o “etiquetamiento” de un padecimiento, el cual puede entenderse como el punto de partida para la búsqueda o no de cuidados y tratamiento (Kleinman, 1980).

Estas nociones, acuñadas con el objeto de abordar enfermedades crónicas, pueden ser sumamente valiosas para la comprensión de diversos padecimientos, como las experiencias de violencia.

El mundo de la vida y la irrupción del padecimiento

La realidad de la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo (Schutz, 1979), a partir del cual las personas experimentan la dimensión espacial y temporal del mundo en relación con una comunidad con otros. Las personas habitan el mismo mundo que los que las rodean, y esto es, en términos de Schutz, expresión de la “actitud natural” del mundo de la vida cotidiana. A la vez, en el mundo cotidiano, el yo es experimentado como autor de sus propias acciones, un yo total e indivisible que actúa en el mundo a través del cuerpo, y ese cuerpo (salvo en ocasiones de padecimiento) funciona como algo obvio, como un implícito. Pero cuando la violencia aparece en la vida de las personas, como ocurre con otros padecimientos relacionados con el proceso de salud-enfermedad-atención, el mundo cotidiano se trastoca (Schutz, 1979; Good, 2003). En particular, las personas con enfermedades crónicas experimentan que el mundo en el que viven se encuentra separado de los otros, a la par que perciben que el tiempo no puede compartirse con el entorno social (Good, 2003).

Por otra parte, la aceptación del mundo tal como aparece hace que las personas permanezcan en una suerte de conciencia suspendida de

su finitud y que la ansiedad relativa a la muerte se ubique lejos. “Vivimos como si el presente se prolongase indefinidamente” (Good, 2003: 234), salvo quienes experimentan un padecimiento y tienen otra conciencia de su vulnerabilidad.

Por último, la realidad del sentido común se presenta en forma de conciencia alerta, despierta y plena, pero ésta también puede ser minada por un padecimiento. El dolor, como algunas respuestas terapéuticas, produce cansancio, distrae la atención y hace que los proyectos personales se desmantelen. El mundo del sufrimiento y sus respuestas pasa a ocupar todos los espacios y se convierte en la realidad principal para quienes padecen (Good, 2003; Recoder, 2011).

Siguiendo a Alves (2006), el mundo de la vida es “el horizonte de referencia paradigmático” a partir del cual los sujetos individuales y los grupos interactúan. Las experiencias que de allí manan constituyen la base de todas las otras realidades humanas (por ejemplo, los sueños, el conocimiento científico, el arte). La experiencia, entendida como la forma particular por la cual los sujetos concretos vivencian su mundo (Alves, 2006), remite a la esfera de la práctica y tiene un papel prioritario por sobre la reflexión y el pensamiento.

Recorrido/ruta/trayectoria

Desde la óptica de los estudios de experiencia de enfermedad/padecimiento, nos proponemos enfocar la cuestión del recorrido o tránsito de los “sujetos que padecen” en pos de enfrentar y resolver su problemática. Entendido como una experiencia vivida real, un itinerario terapéutico es el resultado de un determinado curso de acciones, de actos distintos que se suceden y se sobreponen, dirigidos al tratamiento de un padecimiento (Alves, 2006). El itinerario terapéutico incluye simultáneamente las acciones de los sujetos y el discurso sobre esas acciones.

Sin reconocerse como parte de esta corriente teórica, algunas investigaciones actuales se abocaron a reconstruir caminos o rutas críticas¹⁶ en los procesos de atención de la violencia familiar (Sagot, 2000;

16. El Método de Ruta Crítica (*Critical Path Method*), tributario del campo de la administración y gestión normativa, es un proceso que incluye la planeación, organización, dirección y control de todas y cada una de las actividades componentes de un proyecto. La premisa central es que el proyecto se desarrolle durante un tiempo crítico y a un costo óptimo. La aplicación potencial del Método de la Ruta Crítica abarca desde los estudios iniciales, hasta la planeación y

Menenghel, 2007) y de la salud (Ramos y col., 2004; Tajer, 2006). Describieron tanto la dinámica de los componentes familiares, personales y comunitarios, en el marco de los cuales ocurren los eventos de salud-enfermedad, como las formas de acceso a los servicios y las características de las prestaciones brindadas por el sistema de salud.

En el ámbito de la salud pública, la categoría *ruta crítica*, proveniente del campo de la violencia intrafamiliar¹⁷ (Sagot, 1998; Tajer, 2006), remite a la reconstrucción del recorrido que emprenden las mujeres afectadas por una situación de violencia, donde se describen no sólo las acciones de la mujer, sino también los obstáculos con los que se enfrenta y las respuestas que encuentra en la búsqueda de ayuda. Permite relacionar a los facilitadores con las mujeres afectadas, los pasos que ellas dan y las respuestas de los prestatarios de servicios, que a su vez pueden o no resultar impulsores de ese recorrido (Sagot, 1998). Se entiende por ruta crítica a la:

[...] secuencia temporal de pasos seguidos por una mujer afectada en la búsqueda de atención a su problema de violencia intrafamiliar. El itinerario describe las instituciones y los prestatarios donde recurre la mujer afectada, y puede incluir un análisis esquemático de los costos de oportunidad y reales asociados con su realización. El itinerario es un proceso lineal e intenta detallar los factores inhibidores o desestimulantes relacionados con la búsqueda de servicios o atención. (Sagot, 1998: 13)

Como objeto de investigación, los recorridos/itinerarios o rutas permiten dar cuenta del conocimiento de los propios derechos por parte de los sujetos y la información disponible sobre la existencia de instituciones que puedan atender adecuadamente sus necesidades. Posibilitan a la vez la descripción de los modos en que sujetos y colectivos diseñan sus propios recorridos, a los fines de encontrar respuestas a sus necesidades. Estos caminos espontáneos, siguiendo los modelos de Menéndez (1990; 1994), pueden incluir aspectos de la autoatención e implicar la constitución de redes sociales por parte de personas y/o comunidades para satisfacer sus necesidades en salud (Tajer, 2006).

operación de sus instalaciones. <http://www.cenidet.edu.mx/misc/cursoadmon/rutacritica> (fecha de consulta: marzo de 2012).

17. El concepto “es empleado en el campo de la violencia conyugal para hacer referencia al camino que arman las personas y/o colectivos sociales que transitan el sistema de salud al enfrentarse a una respuesta inadecuada o inexistente” (Tajer, 2006: 255).

El camino espontáneo, concepto que tomamos como bisagra en este proyecto entre el de ruta crítica y el de camino de integralidad [...] horizonte hacia el cual dirigirse en búsqueda de mayores grados de calidad de atención y que implica un mayor nivel de complejidad constituida mediante la transformación de la relación entre efectores de salud y usuarios/as, en una relación que los/as involucra en vínculos de necesaria reciprocidad. (Tajer, 2006: 255)

La noción de ruta crítica, popularizada en el campo de las violencias¹⁸ en los últimos años, es utilizada tanto por investigadores como por organizaciones sociales militantes, para denunciar falencias en las respuestas institucionales y ejercer reclamos en pos de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.¹⁹

Por su parte, la noción de *trayectorias de atención*, que refiere a los circuitos e itinerarios variados, y los modos en que las personas y los grupos buscan resolver sus problemas de salud-enfermedad, nos permite en este trabajo alcanzar una mirada más abarcativa del proceso recorrido por las mujeres. Partiendo de un determinado contexto, da cuenta de cómo, frente a un padecimiento, los actores:

[...] articulan, interpretan, otorgan sentidos y procuran resolver los problemas de enfermedad, a partir no sólo de los servicios médicos de salud, sino también de otras modalidades de atención, en el marco del conjunto de sus interacciones y actividades cotidianas. (Margulies y col., 2006)

Otra de las claves para comprender la construcción de esos caminos la encontramos en la noción de *accesibilidad*, entendida como la capacidad de producir servicios que respondan a las necesidades de salud de una determinada población, considerando que las características de

18. En Chile se analizó la ruta crítica de mujeres afectadas por la violencia en la relación de pareja a partir de seis entrevistas en profundidad a mujeres, veinticinco entrevistas semiestructuradas a funcionarios y dos *focus group* en organizaciones sociales (Servicio Nacional de la Mujer, 2009). En Brasil se realizaron estudios en Sao Leopoldo (Menenghel, 2007) y también en Cuba (Orozco González y col., 2003). En la Argentina en 2012, María Bazzola presentó un estudio que desarrolló en La Matanza: *La ruta crítica seguida por las mujeres que sufren violencia*, sobre la base de veintidós entrevistas individuales y dos entrevistas grupales a mujeres como tesis de Maestría Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLa).

19. Se utiliza para la convocatoria en talleres regionales de sensibilización: talleres para una vida libre de violencia en Venezuela y Perú, entre otros.

la oferta de servicios facilitan o limitan su uso potencial por parte de los usuarios. La accesibilidad, así concebida, tiene tanto una dimensión geográfica como socioorganizacional, ambas interrelacionadas. Una de sus aristas, la utilización de los servicios, presenta como determinantes factores relacionados con la necesidad de salud (gravedad, urgencia, tipo de padecimiento), las características de los usuarios y las de los prestadores, y la organización entre otros (Travassos y Martins, 2004). Las nociones de accesibilidad o acceso²⁰ son conceptos que cobran significado y precisión según el contexto; más allá de ciertas divergencias conceptuales, es posible sostener que la accesibilidad es una característica de ajuste entre servicios y población.

Estas últimas categorías provienen de diferentes corrientes y buscan integrarse en un marco teórico que responda a la complejidad de las experiencias de las mujeres en situación de violencia.

Estrategia metodológica

La sociología, en su estado actual, es una ciencia de gran ambición, y las maneras de practicarla son extremadamente diversas. Se puede hacer coexistir bajo el nombre de sociólogo a personas que hacen análisis estadísticos, otras que elaboran modelos matemáticos, otras que describen situaciones concretas, etc. (Bourdieu, 1993)

Los objetivos generales de nuestra investigación apuntan a:

1. Describir y analizar parte de las respuestas al problema de la violencia de género desde la perspectiva de las mujeres que demandan atención, a través de las trayectorias que realizan en búsqueda de atención, apoyo y contención, y
2. Describir y analizar la modalidad de respuesta ofrecida por un dispositivo especialmente creado para atender la

20. Incluye tanto la entrada como la continuidad en el tratamiento. Se toma también el acceso como uno de los elementos del sistema de salud ligado a la organización de los servicios y se señala la presencia de factores individuales predisponentes que se encuentran previamente (por ejemplo el género: las mujeres muestran mayor predisposición al uso de servicios), de factores capacitantes que implican los medios disponibles para obtener cuidados y las necesidades de salud, o sea las condiciones de salud percibidas (por usuarios y/o diagnosticadas por profesionales).

problemática desde un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Son sus objetivos específicos:

- 1.1. Describir el proceso recorrido por las mujeres con experiencia de violencia familiar para obtener atención, enfrentar y resolver su problema de violencia.
- 1.2. Examinar las características, la disponibilidad y la accesibilidad de recursos institucionales y comunitarios, y servicios de salud según la percepción de las mujeres afectadas por la violencia familiar.
- 1.3. Analizar las respuestas familiares, comunitarias e institucionales (en los sectores de salud, seguridad y Justicia) que las mujeres encontraron en el proceso recorrido y su impacto desde la perspectiva de las mujeres.
- 1.4. Analizar las experiencias de padecimiento de las mujeres a lo largo del proceso recorrido.
- 2.1. Caracterizar y contextualizar el dispositivo de abordaje de la violencia de género de un hospital público de la CABA.
- 2.2. Analizar sus modalidades de respuesta en términos técnicos y organizacionales.

Partiendo de la naturaleza de los objetivos del estudio, optamos entonces por una estrategia metodológica heterodoxa que se valió de varias operaciones de triangulación. La triangulación remite a la combinación y al cruzamiento de puntos de vista a partir del empleo de una variedad de técnicas de recolección de la información (Minayo, 2004). Su valor reside principalmente en la capacidad de iluminar la realidad bajo diferentes ángulos al reconocer las limitaciones de cada contribución metodológica particular. Así, en nuestro trabajo se utilizan diferentes abordajes y técnicas, complementando el material obtenido a partir de entrevistas en profundidad a mujeres en situación de violencia, entrevistas semiestructuradas a profesionales, observación participante, análisis de registros y análisis de documentos. El resultado es una combinación del abordaje cualitativo de los datos con el cuantitativo.

El diseño de investigación pretendió establecer un diálogo entre dos operaciones, la descripción densa (Geertz, 1989) y la cuantificación, que nos habilitó a establecer ciertas regularidades y nos permitió

examinar en profundidad distintos aspectos generales a la vez que rescatar la particularidad de los casos, captando la significación de los datos obtenidos en relación con la posición respecto al campo situacional total. Siguiendo a Harding (1989), hicimos una apuesta a no limitarnos al uso de métodos cualitativos, a fin de no perder fenómenos sociales que podrían pasar inadvertidos.²¹

Nuestro universo de estudio lo conformaron las mujeres con experiencias de violencia intrafamiliar –que participaron de la investigación y transitaron por el hospital seleccionado– en su relación con otros actores vinculados a la búsqueda de atención/resolución de su problemática de violencia.

Los recorridos de las mujeres en su experiencia de búsqueda de solución al padecimiento y los procesos de atención (hospitalarios) de la violencia fueron seleccionados como unidades de análisis del estudio.

Las unidades de estudio fueron mujeres de 21 años de edad en adelante, con experiencias de violencia intrafamiliar, que habían iniciado el proceso de búsqueda de atención a su problemática de violencia, y el dispositivo hospitalario seleccionado y sus registros.

- Sistematizamos 229 registros de historias clínicas de admisión al Equipo de Violencia y analizamos 132 historias clínicas correspondientes a mujeres.
- Realizamos 8 entrevistas en profundidad a mujeres en situación de violencia.
- Efectuamos 7 observaciones participantes en la instancia de admisión al Equipo de Violencia.
- Realizamos y documentamos 5 observaciones participantes en reuniones de trabajo.
- Obtuvimos 40 notas de campo durante aproximadamente 18 meses.
- Entrevistamos a 6 profesionales de diversas disciplinas y con diferentes funciones en la institución.
- Relevamos la oferta institucional para el abordaje de la violencia y analizamos documentos varios.

El trabajo de campo se inició en forma gradual y fue desarrollado a lo largo de 2011 y parte de 2012 en el ámbito de un hospital general

21. Un riesgo que la autora entiende suelen correr algunos estudios feministas (Harding, 1989).

de agudos, institución que por su trayectoria se ha constituido en un referente para la temática de la violencia en la Ciudad de Buenos Aires.

Llegamos al hospital por invitación de su Comité para el estudio, prevención, detección y tratamiento de la violencia familiar, laboral, infantil y de género. Comenzamos a participar en forma sistemática de sus reuniones y, a partir de allí, se nos abrió la puerta a los diferentes equipos de trabajo. Esta situación permitió conocer el grado de interés y apoyo con el que podía contar el proyecto y favoreció la adecuación de nuestro protocolo de investigación a las particularidades de la institución, sus dispositivos de atención y las usuarias.

Transitamos por diferentes espacios de la institución y por sus características definimos trabajar con el Equipo de Violencia dependiente de la División Salud Mental. Una vez obtenida la aprobación del Comité de Ética en investigación de la institución, nos dispusimos a reunirnos con el equipo responsable de ese dispositivo de atención. Compartimos los lineamientos del protocolo con los profesionales y los invitamos a considerar la posibilidad de convocar a sus pacientes para que pudiéramos entrevistarlas.

En paralelo, nos integramos a reuniones de trabajo (organizativas, supervisiones de casos, de capacitación) que nos permitieron un valioso acercamiento a los integrantes del equipo. Desde el primer momento dejamos clara nuestra disposición e interés por conocer en profundidad diversas aristas del fenómeno de la violencia y su abordaje desde ese dispositivo en particular. Así surgió por parte del equipo la propuesta de que sistematizáramos información allí producida. Reunimos registros de pacientes que habían sido confeccionados dos años antes por miembros del equipo, trabajamos con ellos y obtuvimos un perfil aproximado de los pacientes ingresados en ese período. Luego de recurrir a diversas fuentes, logramos cuantificar los ingresos por sexo y por año del último lustro. Finalmente, con el objeto de elaborar un registro sistemático para 2011 y mejorar la calidad de la información, nos dispusimos a colaborar en la optimización del registro de los pacientes que ingresaban a tratamiento al Equipo de Violencia.

Las historias clínicas de admisión

Para llegar a analizar las historias clínicas de admisión, se requirió llevar adelante un trabajo sistemático con el equipo admisor para que unificara los criterios de llenado de la historia clínica de admisión

y aplicara con precisión indicadores que se utilizaban por rutina (pero de forma asistemática). Una vez establecidos esos criterios, semana a semana, a medida que el equipo de admisión completaba las historias clínicas de nuevos pacientes, reuníamos esos documentos y volcábamos los datos a una planilla Excel.

Al finalizar el año, cuando se completó la carga de todos los pacientes con entrevista de admisión, procesamos el material obtenido y analizamos aspectos como el perfil de los consultantes y el tipo de violencia sufrida. El trayecto del recorrido de búsqueda de tratamiento y/o respuestas institucionales fue observado principalmente a través de la fuente o canal de derivación que constaba en la historia clínica de admisión. Observamos también la existencia de tratamiento anterior en salud mental y el grado de adherencia/evolución del tratamiento iniciado en el dispositivo estudiado, tomando como indicador el número de consultas realizado al momento del alta o abandono.

Informatizamos y sistematizamos 229 registros de historias clínicas de admisión y analizamos 132 correspondientes a mujeres. Se realizó un análisis cuantitativo de los datos y se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables seleccionadas (edad, escolaridad, residencia, nacionalidad, estado civil, motivo de consulta, tratamiento anterior en salud mental, canal de acceso al equipo, etc.). Todo esto se plasmó en informes que fueron difundidos y discutidos en el ámbito de la institución. El material producido se despliega en los primeros capítulos de este trabajo.

El relevamiento de la oferta institucional y el análisis de documentos

Antes del desarrollo de las entrevistas con las mujeres, se efectuó un relevamiento de la oferta institucional para enfrentar la problemática de la violencia de género a nivel gubernamental y de la sociedad civil. En la propia institución, accedimos a los algoritmos y circuitos de atención y derivación de los diferentes dispositivos hospitalarios (emergencia, obstetricia, pediatría). A partir de fuentes secundarias (manuales, cartillas e información extraída de internet), se obtuvo información actualizada de servicios especializados, servicios de salud y organismos del Poder Judicial y del sistema de seguridad.

A medida que avanzábamos en el trabajo de campo y el proceso de análisis y de escritura del texto lo fue requiriendo, fuimos reuniendo

diferentes documentos (el *newsletter* informativo del Equipo de Violencia, el documento fundacional de la Red de Violencia de la CABA, el documento que contiene misiones y funciones del Comité de Violencia, el programa PIVESAM de la CABA, etc.). Para procesar y discutir el material nos valimos del análisis de contenido.

En ese período también entrevistamos a profesionales.

Entrevistas semiestructuradas con profesionales

Aunque privilegiamos el habla de las mujeres afectadas por violencia familiar, en este trabajo buscamos mantener la perspectiva relacional, por lo que tomamos también el punto de vista de los prestadores de atención profesional.

Desarrollamos, entonces, entrevistas de contexto de carácter semiestructurado con diferentes profesionales que intervenían en el proceso recorrido por las mujeres, con el objetivo de caracterizar la oferta institucional y comunitaria. Identificamos: tipos de prestaciones que se brindan, modalidad de acceso, perfil de las usuarias, modelos de abordaje y su fundamentación, etc. El material resultante también fue transcripto según convenciones y se efectuó un análisis de contenido relacionando ciertos tópicos con el resto del material (especialmente las entrevistas en profundidad y las observaciones participantes).

Observación participante

El enfoque etnográfico permite captar la esfera de las experiencias, el mundo vital de diferentes actores y se constituye en un camino metodológico para rescatar la alteridad. Rescatar el encuentro con el otro es constitutivo del enfoque etnográfico y, en este sentido, tiene que ver con el fenómeno que abordamos. La violencia, en su expresión más radical, no reconoce o directamente niega a ese “otro” que puede ser maltratado o incluso exterminado (Deslandes, 2002).

La etnografía, por otra parte, proporciona un conocimiento centrado en el sujeto, y en su capacidad de verse afectado por diferentes vivencias y otorgarles significado. Entre esas vivencias, las experiencias de padecimiento²² que en este estudio abordamos encuentran en

22. Didier Fassin (2003) realiza un planteo en torno a *la política de escucha de proximidad* rescatando que “la historia de vida es, desde este punto de

esta metodología el canal ideal para su expresión (Fassin, 2003; Das, 2002). Desde este enfoque, como describimos anteriormente, se contempla también la posibilidad de redimensionar el trabajo de campo. Repensar el campo como algo más que un espacio de “recolección de datos” implica poner énfasis no sólo en el texto o documento escrito, sino también en el proceso de co-construcción, co-conceptualización (Rappaport, 2007), que tiene su *locus* en las interacciones producidas, en nuestro caso, en la institución.

Nutriéndonos de los aportes de la etnografía, sumamos a nuestro estudio la observación participante, para dar cuenta de una serie de fenómenos de gran importancia que no pueden ser captados a través de elementos cuantitativos o preguntas directas (Minayo, 2004).

El observador está en relación cara a cara con los observados y al participar de la vida de ellos, en su escenario natural, recoge datos. Así el observador es parte del contexto de observación, al mismo tiempo modificando y siendo modificado por ese contexto. (Schwartz y Schwartz *á* *pud* Minayo, 2004: 115)

Las observaciones participantes tuvieron lugar en diferentes espacios de la misma institución: reuniones de trabajo, supervisiones del equipo, etc. La instancia de admisión y reuniones del Equipo de Violencia fueron los espacios que aportaron el material más valioso para nuestras observaciones.

Junto con el desarrollo de las entrevistas en profundidad, la realización sistemática de las observaciones contribuyó a dar voz a diferentes actores a la vez que a describir densamente la situación general de la institución y su organización: determinadas prácticas pautadas por el equipo de salud,²³ los tipos de recursos, las normativas, los acuerdos y desacuerdos, los circuitos que realizan los usuarios, etcétera.

Con el material obtenido se realizó un análisis de contenidos.

vista, la forma paradigmática de la postura de escucha desde donde se recogen narraciones de sufrimientos” (Fassin, 2003: 38). Por su parte, Das (2002), exponente de las teorías del sufrimiento social, presenta el texto antropológico como un cuerpo de escritura que permite que el dolor del otro se exprese en él.

23. Utilizamos la expresión *equipo de salud* para referirnos a los funcionarios que intervienen en los procesos de atención en salud, sean estos profesionales (teniendo en cuenta todas las especialidades) o no profesionales. Cuando resulte necesario, se hará referencia precisa a especialidades.

Las entrevistas en profundidad a mujeres en tratamiento por violencia

A los fines de rescatar la propia voz de las mujeres afectadas sobre los procesos vividos, aprehender particularidades y significados dentro de las experiencias, se utilizó como herramienta principal de la investigación la entrevista en profundidad centrada en los tópicos de interés, relevando información respecto a hechos, ideas, creencias, prácticas, maneras de pensar, sentir y hacer.

La entrevista, comunicación con finalidad según Minayo (2004), permitió captar la perspectiva del actor, entendida como una *versión* a interpretar, como un texto a ser construido mediante un proceso de negociación.

Se tiende a considerar que el intercambio entre entrevistado e investigador es desigual porque los entrevistados no toman la iniciativa (de realizar la entrevista) y porque la relación institucional no puede borrarse (Minayo, 2004).

En nuestro caso, sin desconocer que la entrevista, como toda interacción social, está sujeta a la dinámica de las relaciones sociales vigentes, consideramos que se logró superar el modelo tradicional jerárquico de relación asimétrica entre entrevistado e investigador. La interacción producida se caracterizó por el clima afectivo y de compromiso con la realidad de la entrevistada, situación que, lejos de poner en riesgo la “objetividad” de la investigación, es pensada como condición de ésta (Minayo, 2004).

La selección de las entrevistadas tenía como requisitos, desde nuestro protocolo, que fueran mayores de edad y que contaran con apoyo psicológico al momento de la entrevista, dada la movilización emocional que suponíamos podía traer esa instancia. Para los terapeutas, se presentaba otra condición: que la paciente tuviera cierta estabilidad en el tratamiento y no estuviera en una situación aguda de angustia.

El proceso fue largo ya que debimos esperar algunos meses hasta que se concretara la convocatoria de las pacientes para ser entrevistadas por nosotros.

A medida que los terapeutas²⁴ nos informaban que habían invitado a las pacientes y ellas habían aceptado, nos disponíamos a contactarlas telefónicamente. En esas llamadas explicábamos el objetivo de la

24. Una de las psicólogas del Departamento Materno-Infanto-Juvenil nos contactó con una de sus pacientes para entrevistarla.

investigación y las invitábamos a participar. Llamamos a ocho mujeres en alrededor de cinco meses y todas aceptaron concurrir a la entrevista que pautamos fuera del espacio del hospital.

En síntesis, realizamos ocho entrevistas en profundidad. Seleccionamos (de acuerdo con los terapeutas a cargo) a las entrevistadas entre las usuarias del Equipo de Violencia Familiar del hospital.

Las entrevistas en profundidad demandaron entre una y tres horas y media. Se desarrollaron en espacios no institucionales y todas fueron grabadas –excepto una–, con el previo consentimiento informado de las entrevistadas.

El material resultante, la grabación de 18 horas de conversación, fue procesado mediante desgrabación y transcripción, según convenciones.

Para el tratamiento de los datos se trabajó con análisis de contenido. Partimos de una primera lectura del material hacia un nivel más profundo para superar los significados manifiestos. La interpretación se realizó en dos niveles: articulando categorías generales y operacionales. El material obtenido de las entrevistas se interpretó con relación al contexto mayor, social y cultural, así como respecto a los núcleos de sentido atribuido por las mujeres entrevistadas.

Se clasificó y codificó el material en 25 tópicos que involucraban rasgos sobresalientes respecto del punto de partida del recorrido relatado, prácticas sociales, presencia o ausencia de actores significativos, relación con los diferentes actores institucionales, entre otros.

El texto producto de las entrevistas fue tratado teniendo presente que las opiniones y representaciones de las entrevistadas estaban construidas (al igual que las nuestras) en diferentes experiencias, relaciones e interacciones sociales. En su caso estaban modeladas por pares, familia, vecinos, agresores, profesionales, medios de comunicación y muchos otros en un plano intersubjetivo vinculado con la situación social, la condición de género, la edad, etcétera (Deslandes, 2000).

Encuentro de mujeres

Pese a que a las mujeres se las invitó a centrarse en narrar (del modo que eligieran) el proceso de búsqueda de ayuda, en la mayoría de los casos el relato fue más abarcador. Se extendió en la descripción de la experiencia de padecimiento y aportó valiosos detalles de la

situación de violencia sufrida, tipos de vínculos, estructura familiar, opiniones, etc. En general, las narraciones se desplegaron de manera fluida, prácticamente sin necesidad de que formuláramos preguntas directas.

Siguiendo la perspectiva feminista de Oakley (ápod Castro y Bronfman, 1993), entendemos que se pudieron contemplar las angustias y necesidades de las mujeres de un modo empático, en un contexto escasamente artificial y plagado de emociones. Solicitudes, consultas, *confesiones*, apelaciones a la opinión de la investigadora, fueron motores del intercambio que, lejos de quitar validez al material, lo enriquecieron y renovaron la necesaria reflexión sobre nuestra propia posición en el campo.

Apelamos a Menéndez, quien alerta sobre el esfuerzo que implica tratar de obtener la perspectiva del actor “[...] a partir de la propia situacionalidad del investigador incluyendo los presupuestos profesionales, culturales e ideológicos que intervienen en su trabajo” (Menéndez, 2002: 371).

Este diálogo en el que la entrevistadora es “entrevistada” por Rocío (una de las mujeres que iremos conociendo a través de este texto) refleja, entre otras cosas, la *propia situacionalidad*...

R: ¿Y vos qué opinión tenés de todo? ¿Cuál es tu opinión?
O sea, ¿qué es lo que te lleva a hacer el trabajo este?

Investigadora: Uy..., eso es muy difícil de... de responder. Hay algo de lo personal. La gente que se mete a estudiar, o hacer prevención en... en esta temática...

R: ¿A vos te pegaron alguna vez?

Investigadora: ---

R: Porque a mí me parece como si sintieras un dolor ahí...

Investigadora: Y hay algo de eso, hay algo de eso. Uno no se inclina... inocentemente por... por estas cosas...

R: Claro.

Investigadora: Uno se mete a... a estudiar un tema, por alguna motivación personal, ¿sí?...

R: Por ejemplo, voy a la iglesia, los días esos que van las chicas para contar... para contar como a mí me pasó, y para ver si puedo ayudar a alguien, porque realmente no deseo que le pase esto a nadie.

En estos encuentros se produjo una importante movilización emocional que preveíamos en las mujeres. Respecto al impacto que podía

generar en nosotros, algunos miembros del Equipo de Violencia nos señalaron la pertinencia de tener el acompañamiento de una psicoterapia para llevar adelante nuestro trabajo de investigación.

El vínculo que logramos establecer con las mujeres entrevistadas también nos llevó a asumir algunos compromisos puntuales, como acercarles información o conectarlas con algún profesional. En cada encuentro se produjo una interacción particular entre dos mujeres, ni tan pares, ni tan diferentes:

L: Es que no sé. Capaz es como la Justicia, capaz. Hasta un punto podés llegar y no más. Que también vos como socióloga que entendés, podés llegar hasta un punto a escucharme y a decirme una palabra pero más de ahí no te podés mover porque...

Investigadora: Mmm.

L: ... no podés hacer más. Quizás sea eso y yo no lo sepa.

Las protagonistas²⁵

En nuestro estudio no se buscaba obtener una pintura “representativa” de las mujeres afectadas por la violencia atendidas en un dispositivo de salud, tampoco perseguíamos la misión de extrapolar hallazgos surgidos del material cualitativo a una población mayor (como la de todas las mujeres admitidas durante el año). Sin embargo, pudimos constatar que las mujeres entrevistadas y aquellas contactadas en la instancia de admisión al Equipo de Violencia de Salud Mental (n=15) presentaban un perfil similar al del total de las mujeres (n=132) que pasaron por dicha instancia de admisión durante 2011, año en que realizamos el trabajo de campo para esta investigación. En el siguiente cuadro se presenta información comparativa detallada sobre la población estudiada.

25. Se modificaron datos personales de las entrevistadas con el propósito de garantizar la protección de su identidad.

Tabla I. Comparación de principales características de las mujeres admitidas en el Equipo de Violencia durante 2011 y las mujeres entrevistadas y las contactadas en la instancia de admisión.

		Mujeres entrevistadas y contactadas p/ Observación participante		Mujeres c/ Registro de admisión	
Variable		Cantidad	%	Cantidad	%
Total		15	100%	132	100%
Edad	hasta 25 años	5	33%	25	19%
	26 a 35 años	4	27%	38	29%
	36 a 45 años	3	20%	42	32%
	46 a 55 años y más	3	20%	27	21%
	Promedio	33,7 años		36,6 años	
				Con datos 131	100
Nacionalidad	Argentina	12	80%	96	73%
				Con datos 116	100
Situación laboral	No trabaja fuera de su casa/no estudia	4	27%	46	40%
	No trabaja/es estudiante	2	13%	3	3%
	Trabaja como profesional	2	13%	7	6%
	Trabaja en relación de dependencia (sin profesión)	6	40%	51	43%
	Trabaja en empresa familiar/cuenta propia	1	7%	9	8%
				Con datos 120	100
Educación formal	Primaria incompleta	1	7%	10	8%
	Primaria completa	3	20%	27	23%
	Secundaria incompleta	2	13%	34	28%
	Secundaria completa	3	20%	23	19%
	Terciaria o Universitaria incompleta	2	13%	13	11%
	Terciaria o Universitaria completa	4	27%	13	11%
				Con datos 131	100
Tratamiento psicol. o psiquiátrico previo	Realizó	7	47%	79	60%
	No realizó	8	53%	52	40%

Variable		Mujeres entrevistadas y contactadas p/ Observación participante		Mujeres c/ Registro de admisión	
		Cantidad	%	Cantidad	%
				Con datos 129	100
Canal por el cual ingresa a tratamiento actual	Recomendación judicial, OVD, etc.	3	21%	46	34%
	Servicio de emergencia (guardia)	3	20%	9	6%
	Otros profesionales de la salud	3	33%	43	39%
	Contacto con equipo de salud sensibilizado	2			
	Espontánea	2	13%	14	10%
	Otro (Dirección de la Mujer, programas de D. Social de CABA)	2	13%	17	11%
				Con datos 117	100
Tipo de agresor	Pareja o ex pareja	14	93%	82	70%
	Otro agresor	1	17%	35	30%
Intervención policial y / o judicial	Realizó denuncia	11	73%	*	
	No realizó	4	27%		

Fuente: Elaboración propia, 2012.

Todas las entrevistadas tenían al menos un hijo. Entre quienes fueron contactadas en instancia de admisión, sólo una mujer no tenía hijos.

Las entrevistadas y un tramo de su historia

En este apartado presentamos a quienes, en adelante, relatarán en primera persona su experiencia de padecimiento a lo largo del extenso recorrido en busca de solución a su problema de violencia.

* Dado que este dato no se consigna directamente en la historia clínica, partimos de analizar los canales de derivación registrados a partir de los cuales se estima que cerca de 62 casos (más del 50%) podrían haber efectuado denuncia policial.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres y descripción del tipo de violencia sufrida.

Nombre, edad, nivel educativo, ocupación, situación familiar	Tipo de violencia	Agresor	Extensión del padecimiento	Resumen
<p>Lorena, 34 años. Secundaria compl. Empleada en comercio. Separada con hija de 17 años y varones de 13 y 9 años</p>	<p>Física, psicológica y sexual</p>	<p>Ex marido</p>	<p>6 años</p>	<p>Casada con un hombre once años mayor. Durante dos años sufrió violencia mientras convivía con el agresor. Una vez separados y con múltiples denuncias policiales y causa judicial, la violencia recrudeció. Amenazas a la vida de todos los integrantes de la familia (uso de armas y destrozos en domicilio). Acoso y persecución. Varios tratamientos de psicoterapia para ella y los hijos. Varios tratamientos psiquiátricos con internación. No contó con apoyo familiar</p>
<p>María Paz, 24 años. Terciario compl. Docente de yoga. Separada con hijos de 2 y 3 años</p>	<p>Física y psicológica</p>	<p>Marido</p>	<p>3 años</p>	<p>A los 19 años se casó con un hombre de 36 que luego sabría que era adicto. La violencia física comenzó en su segundo embarazo. Contó con apoyo familiar. Su vida se vio amenazada en varias oportunidades. Sufrió un intento de quemadura, llegó a ser rociada con alcohol. Tratamiento psicológico privado y en ámbitos públicos. Denuncias policiales y causa judicial</p>
<p>Mirta, 38 años. Primaria completa. Empleada de limpieza. Separada con hijos de 10 y 12 años</p>	<p>Física y psicológica</p>	<p>Ex marido</p>	<p>9 años</p>	<p>A lo largo de la convivencia sufrió violencia física, amenazas con armas y el agresor (que abusaba del alcohol) retuvo a su hijo más chico. Inicialmente contó con apoyo familiar, aunque el contexto barrial era desfavorable. Efectuó numerosas denuncias policiales e inició varias causas judiciales, aunque nunca logró ni la condena del agresor ni que le abonara cuota alimentaria</p>

Nombre, edad, nivel educativo, ocupación, situación familiar	Tipo de violencia	Agresor	Extensión del padecimiento	Resumen
Joana, 22 años. Secundaria compl. Empleada. Separada, un hijo de 3 años	Física y psicológica	Pareja	3 años	Sus padres fallecieron. Pasó gran parte de su adolescencia en un hogar para madres adolescentes. Su situación social y habitacional fue delicada, aunque conocía diferentes recursos de asistencia social. Por la violencia de su compañero, su vida corrió peligro en varias ocasiones y debió deambular con el niño. Efectuó numerosas denuncias policiales e inició causa judicial. Participó de diferentes dispositivos de tratamiento
Miriam, 47 años. Primaria completa. Empleada administrativa. Separada, 2 hijas adolescentes del 1.º matrimonio. 2.º matrimonio (violencia)	Física y psicológica	Marido	1 año	Se había casado por segunda vez unos meses antes. Los episodios de violencia física con lesiones requirieron la intervención de dispositivo de urgencia y salida del hogar de ella y sus hijas. Inició causa judicial. Buscó atención médica. Se encuentra conternada e insegura. Tratamiento psicológico en ámbito público. No parece contar con apoyo familiar
Carolina, 21 años. Secundaria compl. Empleada en comercio familiar. Separada, hija de 3 años	Física y psicológica	Ex marido	3 años	Se casó muy joven y su marido que empezó a abusar del alcohol, la maltrató desde que quedó embarazada. Dijo contar con apoyo familiar. Inició causa judicial y padece la búsqueda de respuestas en la Justicia

Nombre, edad, nivel educativo, ocupación, situación familiar	Tipo de violencia	Agresor	Extensión del padecimiento	Resumen
<p>Rocío, 32 años. Secundaria compl. No trabaja. Separada, 2 hijos de 11 y 12 años del 1.^{er} matrimonio y 2 hijas de 6 y 3 años del 2.^{do} matrimonio (violencia)</p>	<p>Física, psicológica y sexual</p>	<p>Marido</p>	<p>6 años</p>	<p>Durante seis años padeció violencia física con importantes lesiones de parte de su marido, que se hallaba detenido por robo en la provincia de Buenos Aires. Una vez que el agresor salió de prisión, la lesión de tal manera que ella inició denuncia policial, una causa que continuaría. En esa ocasión él llegó a quemarla. Tuvo numerosas internaciones por sobreingesta de medicación. El apoyo familiar resultó contradictorio. Se yuxtaponen múltiples búsquedas en su relato. Inicia una nueva relación de pareja con otro hombre en prisión</p>
<p>Gimena, 30 años. Universitaria completa. Profesional de salud. Madre soltera, hija de 2 años</p>	<p>Física y psicológica</p>	<p>Ex pareja</p>	<p>1 año</p>	<p>Estando embarazada y ante la primera amenaza de violencia física, gracias a la intervención de una obstetra que la encontró angustiada, logró identificar el problema y separarse de quien sería el padre de su hija. Intentó iniciar demanda pero desistió. Contó con el apoyo de la hermana para armar su hogar en espera del nacimiento de la niña</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados en las entrevistas en profundidad.

III. Desde lejos no se ve...

En el campo de la salud, el objeto no es la cura o la promoción y protección de la salud, sino la producción del cuidado, por medio del cual se cree que se podrá alcanzar la cura, la salud.

Merhy (2006: 81)

Nuestro “mirador”: un dispositivo de atención en un hospital público

Para la realización de este estudio seleccionamos un conjunto de trayectorias de mujeres que, en su búsqueda de una solución al problema de violencia, transitaron por un dispositivo de salud especialmente creado para atenderlas. Este dispositivo, con su inscripción institucional y sus características particulares, fue entonces el punto donde nos situamos para reconstruir esas trayectorias.

Desde un principio, allí tuvimos un lugar privilegiado para examinar las modalidades de abordaje y el acceso a la atención, la adherencia a los tratamientos, las posibilidades de detección y el registro de las violencias en los servicios de salud. Y en virtud de lo expuesto, observar una de las modalidades en que es incorporada la violencia en el campo de la salud.

A las mujeres, que nos revelarán sus trayectorias, las conoceremos en detalle más adelante. Aquí, en este apartado, describiremos en profundidad el dispositivo desde el cual discutiremos y analizaremos esas trayectorias.

Se trata de una unidad de atención psicológica perteneciente a un hospital general y público, cuyo edificio pabellonado ocupa una manzana en el barrio de Flores, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). La institución hospitalaria contaba para 2009 con más de 260 camas disponibles, 65.000 pacientes internados al año y un volumen anual de prestaciones que ascendía a unas 415.000 consultas en el área de Consultorios Externos (Revista Científica del Hospital, 2010).

La población que accede a este hospital reside tanto en el área de responsabilidad programática como en zonas más alejadas (de la CABA

y del conurbano bonaerense), aunque conectadas en forma directa por el ferrocarril y otros medios de transporte.

Los usuarios presentan características diferentes según el servicio que se observe. Por ejemplo, la mitad de las mujeres que accede a la Maternidad nació en países limítrofes. En cambio, si se analiza la población que accedía en 2000 a los diferentes consultorios externos y dispositivos de la División Salud Mental de la institución, se observa que sólo el 7% había nacido en países limítrofes (Fantín, 2001).

Si bien no pretendemos explicar esta diferencia, nos aventuramos a plantear que las características del servicio de Obstetricia lo tornan particularmente accesible a las mujeres migrantes (mayoritariamente de origen boliviano), quienes llegan para atenderse por recomendación de sus pares desde hace ya más de una década¹ (Registro de observación N° 9).

Según datos proporcionados por el equipo responsable, el 5% de las internaciones de niños en el servicio de Pediatría se debió a alguna forma de violencia. A su vez, el 20% de las familias atendidas refirió episodios de violencia entre sus integrantes, mientras que entre el 40 y el 60% de las mujeres atendidas relató haber sufrido violencia conyugal o familiar (Galimberti, 2010).

Desde hace dos décadas, la institución, que posee una reconocida trayectoria en el abordaje de la violencia de género,² articula sus acciones asistenciales y preventivas con organismos locales y de otras jurisdicciones³ para dar respuesta a la creciente demanda.

Desde 2006, cuenta con un Comité de Violencia y diferentes equipos asistenciales. Uno de ellos, integrado por profesionales médicos, de Salud Mental y Servicio Social, es coordinado por Pediatría y aborda a niños/as en situación de vulnerabilidad. Otro de los equipos, coordinado

1. En forma interdisciplinaria, se promueve, entre otras prácticas, el parto respetado o culturalmente adecuado (UNFPA, 2008).

2. Se constituyó como referente para la asistencia a víctimas de violencia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, creando e implementando protocolos de atención tanto para el equipo de salud como para el trabajo conjunto con el Poder Judicial.

3. Establecimientos del sistema de salud de la CABA y de la provincia de Buenos Aires, el Consejo de Derechos, Defensorías Zonales, el Consejo Nacional de las Mujeres, el Programa Las víctimas contra las violencias, del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación, Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, Dirección General de la Mujer de la CABA, Comisarias de la Mujer, Servicios Locales de Niñez, organismos del sistema judicial de diferentes jurisdicciones, etcétera.

por referentes de Obstetricia con la participación de los servicios de Infectología, Trabajo Social y Salud Mental, se ocupa de la atención de la violencia sexual en mujeres adultas. También aborda en forma interdisciplinaria a mujeres embarazadas o bajo programa de salud sexual y reproductiva que se presentan en la consulta médica con situaciones de violencia familiar. La tarea, según estimaciones de una de las profesionales, alcanzaría a dos o tres mujeres por mes (entrevista de contexto con profesional N° 1). En el área de Violencia Sexual se presentan anualmente alrededor de 50 casos nuevos (Registro de observación N° 9). El Servicio de Obstetricia, dependiente del Departamento Materno-Infanto-Juvenil, es de mediana complejidad, cuenta con 30 camas de internación, donde se producen más de 1500 nacimientos anuales⁴ y se atienden aproximadamente 400 abortos.

El Servicio Social de la institución se ocupa, desde su práctica cotidiana, de la problemática de las violencias entre las personas que consultan (de manera espontánea o derivadas) por problemas sociales, en forma ambulatoria o en internación. Si bien el servicio exhibe una amplia trayectoria en la atención de violencia familiar (Levy, 2007), actualmente no es considerado como uno de los dispositivos institucionales específicos. Su modalidad de abordaje no se encuentra protocolizada y, aunque el volumen de casos de violencia que recibe sería igual o superior al del resto de los equipos, no es posible establecerlo con precisión, ya que la información que se colecta en las historias sociales no se analiza en forma sistemática (Entrevista de contexto con profesionales N° 3).

Por último, la institución cuenta con un equipo de profesionales de salud mental que se dedica en forma exclusiva a la atención de mujeres y varones adultos en situación de violencia familiar y de género: el Equipo de Violencia.

Cada uno de los equipos de trabajo mencionados completa una historia clínica diferenciada y mantiene una instancia semanal de supervisión y/o ateneo de casos con participación de profesionales externos a la institución. Se desarrollan actividades de consultoría y docencia dirigidas a profesionales del hospital y a otros efectores de salud.

Los equipos utilizan protocolos y algoritmos de atención que, diseñados en la propia institución, funcionan como guía para sus integrantes, para todo el personal y, en algunos casos, para otras instituciones. Estos documentos que contienen flujogramas indican los procedimientos y

4. En 2010 se registraron 1576 nacimientos.

circuitos internos –de cada servicio y entre los servicios– que deben sucederse frente a la presencia de una persona en situación de violencia. Se cuenta con protocolos diferenciados para casos de violencia sexual (uno para mujeres adultas, otro para varones adultos y otro para niños). Los circuitos establecidos varían de acuerdo a si se trata de casos que pueden ser considerados de violencia reciente o antigua, que podrían llegar a transcribirse como casos agudos o crónicos. A partir de un conjunto de actividades diagnósticas, se evalúa, entre otros aspectos, el suministro de atención médica,⁵ psicológica y social, la intervención judicial, y se organiza el seguimiento del caso. Otro de los circuitos de atención es el establecido para “las víctimas adultas de violencia de género” no sexual y/o física reciente, que también contempla la derivación al Equipo de Violencia (dependiente de Salud Mental).

Las tareas de difusión de los mencionados protocolos de atención y el monitoreo de su implementación las realiza el Comité de Violencia en reuniones y visitas periódicas a diferentes servicios.

Los casos de violencia que llegan al servicio de Emergencia del hospital son recibidos por los profesionales médicos y luego derivados a una consulta con el psicólogo y/o trabajador social (de guardia),⁶ o son abordados en forma interdisciplinaria en una interconsulta. Hacia 2011, el registro de los casos atendidos en el servicio de Emergencia se efectuaba en el libro de Consultorios Externos del mismo servicio y no se disponía de criterios comunes entre los diferentes profesionales para consignar los casos de violencia. Un estudio descriptivo revisó y analizó ingresos de adultos por casos de violencia de dos días fijos de cada semana de todo 2010, registrados en el mencionado libro, y efectuó seguimiento de la intervención realizada. El perfil de los casos, el tipo de violencia y el contexto del hecho violento se perdían a causa del sistema de registro. La lesión, y no el golpe o la agresión que lo causó, ocupaba el centro de la consulta de emergencia, y ello quedaba plasmado en el registro.

5. Tratamiento y/o prevención de las lesiones, infecciones de transmisión sexual y embarazo.

6. Los objetivos de la intervención psicosocial apuntan a proporcionar a las víctimas: 1, la protección (que puede ser policial, judicial, y/o familiar); 2, la recuperación (cuidados preventivos o terapéuticos en torno a los daños físicos y psicológicos), y 3, la reparación (medidas judiciales y extrajudiciales destinadas al resarcimiento) (Bellani y Teodori, 2011).

Se evidenció también que las víctimas acudían en busca de tratamiento de una lesión o posible lesión y, aunque no buscaban orientación, cuando se les brindaba asesoramiento se mostraban interesadas.

Respecto al seguimiento de los casos registrados y derivados por el servicio de Emergencia al Equipo de Violencia de Salud Mental, se observó que sólo una mujer había concurrido a admisión y lo había hecho siete meses después de la consulta de emergencia (Bellani y Teodori, 2011).

“Violencia Familiar”: el equipo y la puerta de entrada a Salud Mental

Salvo escasas experiencias, el sector salud en nuestro país se ha ocupado sólo parcialmente de diseñar intervenciones específicas para enfrentar institucionalmente la problemática de las violencias a través de la creación de protocolos de atención y seguimiento de dispositivos de atención de los casos que se le presentan. El sistema de salud en la CABA despliega, con dispar grado de formalización y sistematicidad, diversos modos de intervención en el campo de la violencia (asesorías, tratamiento, actividades de prevención y detección, actividades psicoeducativas, orientación sobre recursos, derivación intersectorial, interconsultas, etc.). En este marco, el tratamiento psicoterapéutico constituye, tal vez, la principal respuesta institucional a la problemática que se haya articulado desde el área de salud mental, aun considerando que parte siempre de diferentes enfoques y orientaciones muchas veces en pugna.

Precisamente nos situaremos y profundizaremos la descripción del Equipo de Violencia, que es, en efecto, el dispositivo institucional desde el cual discutiremos el proceso recorrido por las mujeres en situación de violencia y las modalidades de respuesta halladas. Éste se encuentra bajo la coordinación de una psicóloga (psicoanalista) y depende de Consultorios Externos de la División Salud Mental⁷ que a su vez integra el Departamento de Medicina. Las jefaturas de ambas áreas son ejercidas por médicos. Durante la etapa del trabajo de campo, el equipo estaba compuesto por ocho psicólogos (personal de planta y pasantes de diversa pertenencia institucional) y contaba con la participación de una referente de psiquiatría. Brindaba tratamiento psicológico individual,

7. La División Salud Mental cuenta con internación, hospital de día, hospital de día para pacientes drogadependientes, Equipo de Adicciones y Consultorios Externos Infanto-Juveniles y de Adultos, estos últimos con más de once secciones, entre las que se encuentra el Equipo de Violencia.

tratamiento psiquiátrico, desarrollaba interconsultas hospitalarias en el servicio de Maternidad y en Infectología, e interconsultas con el Servicio Social. A su vez, en articulación con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, realizaba acompañamiento a personas damnificadas por el delito de trata. Además de contar con tratamiento psicológico individual para la atención de hombres, desde 2010 el Equipo de Violencia recibía una creciente demanda de tratamiento para hombres que ejercen violencia y la canalizaba a través de un dispositivo grupal psicoeducativo.⁸

Al cierre de este trabajo, la estructura del equipo experimentaba leves modificaciones y se ampliaba la oferta de dispositivos de atención.

El ingreso de pacientes al equipo se realiza una vez por semana, el primer día de la semana,⁹ a primera hora de la mañana y no requiere solicitud previa de un turno. Entre ocho y doce personas llegan por semana a esta instancia de admisión que suele demandar entre una y dos entrevistas, las cuales se encuentran a cargo de dos psicólogos/os entrenadas/os.

El espacio físico donde se llevan a cabo las admisiones es un consultorio que, aunque no es de uso exclusivo del equipo, se encuentra identificado con un cartel que reza “Violencia Familiar”, y consigna horario y días de atención. Luminoso y azulejado de manera tal que podría tratarse de un laboratorio, se encuentra amoblado con sillas y un enorme escritorio que separa a los profesionales –vestidos indefectiblemente de guardapolvo blanco– de quienes ingresan a la consulta. Sobre una de las paredes se observa una gran lámina que resume las principales patologías psiquiátricas y las diferentes drogas que se utilizan para su tratamiento.

A la entrevista de admisión se accede cuando uno de los profesionales a cargo llama por el apellido a quienes se encuentran en la sala de espera y previamente han debido inscribirse en la secretaría, a unos metros de distancia.

La admisión constituye un espacio clave para quienes consultan, ya que allí deben exponer su problema, sintetizar los motivos que los

8. La modalidad de abordaje promueve la discusión y reflexión grupal sobre las formas de controlar y detener la conducta violenta, la expresión de las emociones y la optimización de la comunicación con la pareja y los hijos. Busca la remoción de roles de género rígidos y creencias que contribuyan a legitimar la violencia (Registro de observación N° 11).

9. Es posible observar que las situaciones de violencia familiar recrudecen durante el fin de semana (CSJN, 2011).

acercan a consultar y detallar, entre otros elementos, el tipo de violencia que experimentan, si concurren de manera espontánea o por alguna recomendación, y aportar sus datos personales.

De acuerdo con las características del caso, la capacidad y voluntad de comunicarse de la persona que consulta y la modalidad de abordaje del profesional, la entrevista podrá presentar el clima de un trámite administrativo o el de un espacio de contención.

La información vertida en la entrevista es consignada por el profesional en la historia clínica de admisión (descrita en la sección “Consideraciones teórico-metodológicas”).

En la instancia de admisión, se valora el relato de la persona que consulta y, en calidad de potencial paciente, se lo organiza como documento. El registro que completa el profesional no tiene como única finalidad reflejar la conversación que se despliega en la entrevista, sino que también la guía, la condiciona y la moldea. Esta práctica documental, que para Good (2003) en la consulta médica constituye más que una mera transcripción de la realidad del paciente, entendida como práctica formativa, aquí contribuye a la construcción de la persona como un “caso” de violencia y como paciente para el equipo. El paciente pasa a ser una realidad documentada, un objeto de conocimiento y de intervención a partir del cual se comenzará a delinear un proyecto terapéutico.¹⁰ El primer paso, la asignación de una/un terapeuta, requiere que el admisor sopesa las características del caso y los profesionales con turnos disponibles; esta operación en ocasiones se completa haciendo esperar al paciente unos minutos fuera del consultorio.

Al ingresar al servicio, algunos usuarios presentan documentación donde se detallan elementos significativos de la causa judicial que tramitan y/o se solicita a la institución que brinde tratamiento a su portador. En esos casos, la documentación se archiva y, a lo largo del tratamiento, el profesional podrá extender certificados de asistencia al consultante y/o elevar, ante las instancias judiciales que lo requieran, informes de evaluación o seguimiento.

Como se verá más adelante, la modalidad de acceso por vía de la recomendación judicial tiene enorme relevancia en las mujeres que estudiamos, motivo por el cual analizaremos en la sección “Casillero la

10. En el proceso, se sucederán diferentes instancias en las que el “caso” deberá ser presentado ante otros profesionales (supervisores y colegas) en términos inteligibles.

policía y el sistema judicial” una de sus dimensiones: la “terapia por mandato” (Logaris, 1999).¹¹

Entre tanto, de la totalidad de las consultas que llegan a la instancia de admisión, más del 80% es transferido a profesionales del propio Equipo de Violencia, ya sea a terapia individual o grupal (algunos de los hombres consultantes).

Exceptuando las situaciones que requieren un aplazamiento de la consulta y la derivación a una nueva admisión en el futuro, el rechazo de ingreso de nuevos pacientes en la primera entrevista responde a que éstos no cumplen con los requisitos para iniciar el tratamiento; puede ser que la persona que consulta ya se encuentre en tratamiento psicológico, presente alguna patología psiquiátrica severa o un problema de adicción. Razones de otro orden explican la negativa de ingreso al dispositivo: la persona no logra expresar en forma de demanda su interés por el tratamiento y/o no reconoce verbalmente que está afectada por una situación de violencia. También aquí debemos considerar que algunos actores que intervienen en el proceso manejan ciertos criterios sobre quiénes serían susceptibles de recibir tratamiento y actúan en consecuencia recomendando la consulta; sin embargo, estas indicaciones muchas veces colisionan con los criterios de admisión de los equipos de atención (Registro de observación N° 1).

En cada una de las instancias o espacios que componen el recorrido de las mujeres, observaremos que existe un modo “legítimo” de presentarse, que de ellas se esperan determinados comportamientos, gestos y expresiones verbales para que puedan ser etiquetadas como “víctimas” o afectadas por violencia, para articular una respuesta institucional a partir de esta codificación.

La modalidad de abordaje individual del equipo presenta una orientación psicoanalítica y, tal como argumenta en el *newsletter* o boletín informativo,¹² se postula como:

11. El sistema judicial establece tratamientos especializados compulsivos para las personas afectadas por violencia intrafamiliar cuando evalúa que se encuentra en peligro la integridad y la salud de adultos y niños.

12. El boletín cuenta con información sobre modalidades de tratamiento y horarios. Se difunde por mail a instancias (principalmente judiciales) que derivan pacientes y diferentes servicios del hospital. Debido a que se presentaban malos entendidos, el boletín debió reformularse. La reformulación (proceso en el que tuvimos participación) incluyó, entre otros puntos, una recomendación de no entregar el boletín al “futuro paciente” y se generó un apartado que mediante un troquelado permitía que el derivador entregue horarios y dirección impresos (Equipo de Violencia, 2012).

...una clínica que privilegia lo singular. El sujeto que allí se presenta con la urgencia subjetiva no es nominado en el lugar de víctima o victimario por asistir a un equipo que se denomina de Violencia. (Equipo de Violencia, 2012: 1)

De allí que profesionales del equipo sostengan que el trabajo terapéutico no puede quedar centrado en la situación de violencia, sino que se busca dar lugar a la elaboración de diferentes aspectos que puedan aquejar al paciente, moviéndolo de la posición de *objeto* desde la cual se suelen presentar quienes consultan (Registro de observación N° 1-7 y 10).

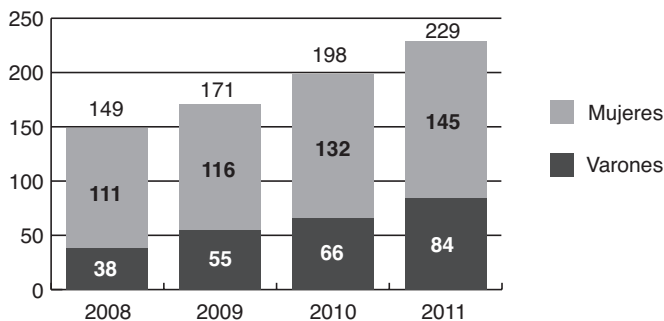
Algunos de los argumentos que se utilizan para fundamentar una modalidad de abordaje psicoterapéutico se recortan en un enfoque monodisciplinario, pero llegan a presentar una posición desacorde a la perspectiva de género. Allí, advertimos, se pone de relieve la histórica disputa entre psicoanálisis y género.¹³

El Equipo de Violencia recibe pacientes derivados de diferentes servicios del propio hospital, de otros servicios de salud y de organismos dependientes de diversas áreas del gobierno de la CABA y de la Nación. Al equipo también acceden, aunque en menor proporción, personas por demanda espontánea o derivadas por Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC). Hacia 2011, el total de las admisiones efectuadas por el equipo ascendía a 229 casos, mientras que en 2008 sólo llegaban a 149. El crecimiento de éstas se distribuye de manera desigual por sexo, con un aumento mayor entre los varones. Las admisiones en varones en los últimos años crecieron cerca del 30% anual, mientras que en mujeres sólo aumentaron 10% anual (figura 1). Los varones que acceden al equipo son, en el 95% de los casos, agresores y la mitad se acerca por recomendación judicial.¹⁴

13. Para profundizar en esta cuestión, ver Meler, “Otro diálogo entre psicoanálisis y feminismo”, en Ana María Fernández (comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1992.

14. El incremento de las consultas de hombres podría responder a un cambio de paradigma que, en el sistema judicial, dio lugar a que no sólo se determinen medidas curativas para las personas que padecen la violencia, sino también para las que la ejercen (Pontiggia y col., 2012) “Investigación a partir de datos obtenidos de las admisiones realizadas en el equipo de violencia del Hospital Álvarez”.

Figura 1. Distribución por sexo de las admisiones al Equipo de Violencia, Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez, 2008-2011.



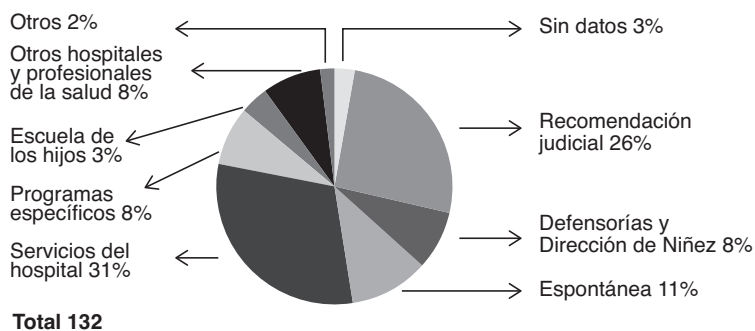
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en libro de registro de admisión del Equipo de Violencia, 2011.

Las mujeres en el laberinto

Del total de las admisiones registradas con historia clínica durante 2011, 132 corresponden a mujeres (63% del total de registros). El 73% de ellas era de origen argentino y su edad promedio, de 36,3 años. Cerca de la mitad había completado la educación primaria o tenía incompleta la educación secundaria; el 40% de ellas no trabajaba ni estudiaba.

Respecto al proceso recorrido y las modalidades de respuesta halladas frente a la violencia, situados desde los datos proporcionados por la historia clínica de este dispositivo, observamos que el principal canal de derivación mediante el cual accedieron las mujeres fue el de los servicios de salud con el 39% de los casos; mayormente fueron los servicios de la propia institución los que recomendaron a las mujeres la consulta con el Equipo de Violencia (31%), en tanto que el restante 8% se distribuyó entre otras instituciones de salud y profesionales independientes (figura 2).

Figura 2. Distribución de las admisiones de mujeres al Equipo de Violencia según procedencia de derivación (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.

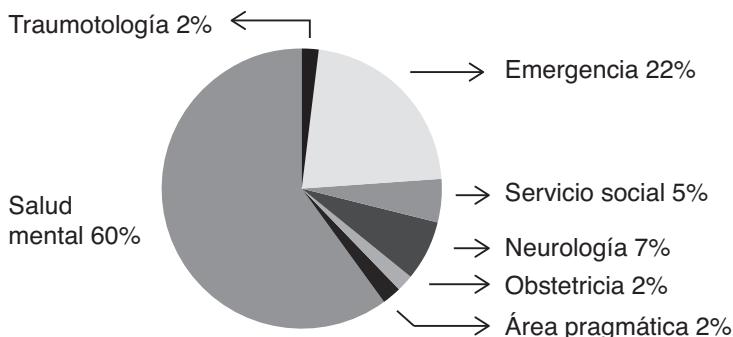


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

Al centrarnos en la derivación proveniente de la propia institución, encontramos que los profesionales que más han recomendado el contacto con el Equipo de Violencia (y esta recomendación se ha hecho efectiva) son los psicólogos y psiquiatras. Este hecho reflejaría el reconocimiento por parte de los profesionales de salud mental de cierta especificidad en el abordaje de la problemática de la violencia. Pero, a la vez, revela parte de una dinámica institucional que prioriza el ingreso inmediato de las consultas por violencia, cuando para el acceso de otro tipo de problemáticas en salud mental se registran demoras importantes (Registro de observación N° 10).

En el siguiente gráfico se consigna la participación de los servicios del propio hospital en el acceso de las mujeres al Equipo de Violencia (figura 3).

Figura 3. Distribución de las admisiones de mujeres al Equipo de Violencia derivadas por servicios del hospital durante 2011. Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

El segundo canal o fuente de derivación lo forman los organismos del Poder Judicial y las Defensorías, con el 34% de los casos.

La consulta por demanda espontánea, por su parte, sólo alcanza al 10% de las mujeres.¹⁵

Otro de los aspectos del recorrido a visualizar a partir de los datos disponibles es la existencia de tratamiento anterior en salud mental. Frente a la nueva instancia de consulta, se registra una importante proporción de mujeres que ha transitado con anterioridad por un tratamiento psicológico o psiquiátrico, porcentaje que llega al 60%¹⁶ (en el Casillero salud, retomaremos estos datos a la luz de las experiencias de padecimiento, internaciones psiquiátricas, uso y abuso de psicofármacos relatadas por las mujeres entrevistadas).

15. La existencia de otro tipo de proximidad se observa, a través de la sistematización de los datos de la ONG Decidir, de Moreno 2010, que muestra que los valores respecto a los canales de derivación se invierten y la demanda espontánea asciende al 32%.

16. Nótese que entre los varones el porcentaje de quienes habían realizado tratamiento en salud mental con anterioridad se reduce al 40% de los consultantes.

Entran a jugar aquí al menos dos dimensiones: la de los recursos disponibles y la de las capacidades y necesidades de las mujeres que llegan al dispositivo estudiado. Estas dimensiones se articulan en la noción de *accesibilidad*, entendida como el grado de facilidad con que las personas obtienen cuidados de la salud. Así, las características de los servicios (oferta) operarían como limitantes o facilitarían su uso por parte de potenciales usuarios.

Se distinguen dos dimensiones de la accesibilidad que se encuentran interrelacionadas: una es la socioorganizacional, que se centra en las características tanto formales como informales de la oferta de servicios, y la otra es la geográfica, que puede obstaculizar o aumentar la capacidad de las personas en el uso de los servicios (Donabedian ápuđ Travassos y Martins, 2004).

En este sentido, los datos hasta aquí presentados revelan que la disponibilidad de turnos tanto como la proximidad geográfica serían facilitadores de la accesibilidad al servicio, ya que cerca del 40% de las consultantes refirió residir en los barrios pertenecientes al área programática de la institución.¹⁷

Acerca de los resultados de la propuesta terapéutica: continuidad en el tratamiento y disminución de la violencia

Si consideramos con Andersen (ápuđ Travassos y Martins, 2004) que la noción de accesibilidad sólo se completa con la evaluación del “acceso”, nos enfocaremos no sólo en la entrada en los servicios, sino también en la obtención de los cuidados subsiguientes; es decir, en la utilización efectiva de los servicios. Considerar el acceso o uso efectivo de las mujeres que consultan en el equipo de violencia lleva entonces a considerar la dimensión de adherencia al tratamiento. La definición clásica refiere al grado en que el comportamiento de una persona respecto a la toma de medicamentos, la realización de un régimen alimentario y los cambios del modo de vida se corresponden con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria (Haynes y Rand ápuđ OMS, 2004).

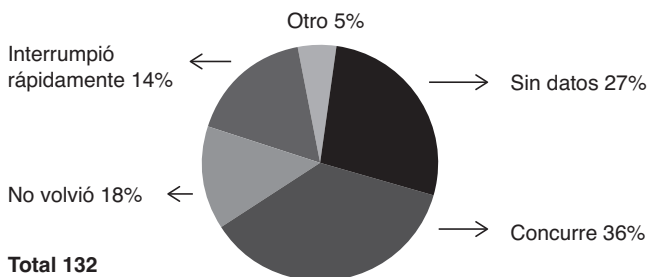
17. A partir de los datos publicados por la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (2011), sobre la procedencia de las personas ingresadas en 2008 y 2009, calculamos que más de 26% residía en los barrios de la zona de influencia del Hospital Dr. T. Álvarez.

Las nociones de *adherencia* o *adhesión*, que resultan superadoras del *compliance* (Haynes ápod OMS, 2004) por otorgar al sujeto, con sus creencias y actitudes, una capacidad activa en el plan de cuidados de la salud, han sido profusamente incorporadas en la reflexión sobre la relación médico-paciente en enfermedades como el sida. Pensada desde la perspectiva de la biomedicina, evalúa los comportamientos que realizan los pacientes en términos individuales con el fin de mejorar su estado de salud, y si éstos se adecuan al punto de vista médico (Margulies, Barber y Recoder, 2006).

La noción de *apego* (Torres Torrija y Lara Muñoz, 2002), por su parte, es utilizada para evaluar la continuidad o abandono de los tratamientos psicoterapéuticos, para los que las variables institucionales tienen tanto o mayor peso que las características personales de los pacientes.

Valiéndonos de los datos (cuantitativos) aportados por el sistema de registro, nuestro estudio logró documentar la evolución de sólo el 73% de los tratamientos¹⁸ de las mujeres admitidas durante 2011, 96 casos de un total de 132 (figura 4). Estimamos que parte de los 36 casos de los que no logramos obtener información puede haber abandonado el tratamiento o directamente no haberse presentado después de la admisión.

Figura 4. Evaluación de la continuidad de los tratamientos de mujeres en el Equipo de Violencia (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Alvarez.



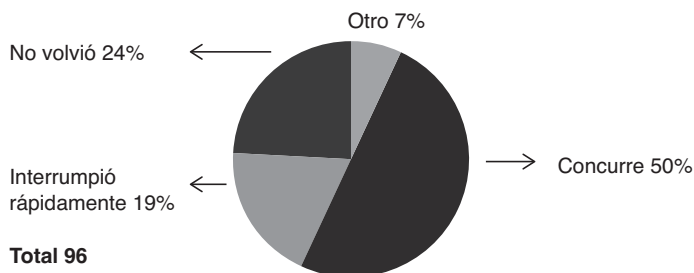
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

Sólo en la mitad de los casos con datos, el tratamiento se extendió por más de cuatro sesiones. El resto de las 48 pacientes con datos había

18. Cabe remarcar aquí que los tratamientos psicoterapéuticos en el Equipo de Violencia pueden llegar a durar un máximo de 8 meses.

interrumpido el tratamiento antes de las cuatro sesiones (19%) o directamente no se había presentado luego de la admisión (24%) (figura 5).

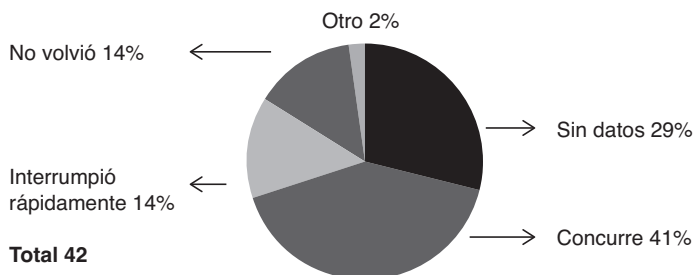
Figura 5. Evaluación de la continuidad de los tratamientos en el Equipo de Violencia entre las mujeres con datos (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

El tipo de evolución o apego a los tratamientos no parece variar significativamente respecto al canal de acceso o derivación. Por ejemplo, son similares los valores de continuidad en el tratamiento entre las mujeres que concurrieron de manera espontánea (44%) o las que concurrieron a la consulta por requerimiento judicial (41%) (figura 6).

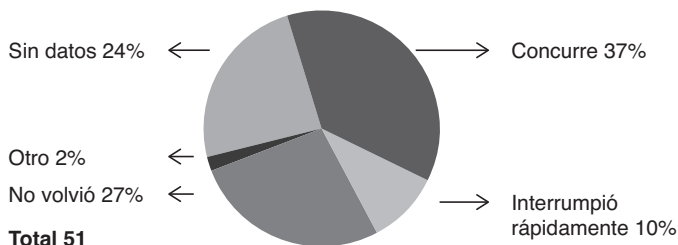
Figura 6. Evaluación de la continuidad en el tratamiento en el Equipo de Violencia de mujeres derivadas por el sistema judicial (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

Un grado menor de apego al tratamiento aparece entre las mujeres que concurren al Equipo de Violencia derivadas por los servicios y profesionales de salud, como se observa en la figura 7.

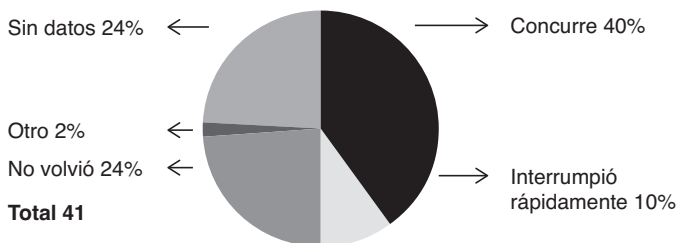
Figura 7. Evaluación de la continuidad en el tratamiento en el Equipo de Violencia de mujeres derivadas por servicios y profesionales de salud (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

Sin embargo, la continuidad en el tratamiento aumenta cuando se trata de una derivación efectuada por servicios del propio hospital. Entre los 41 casos evaluados, se observa que el 40% mostró continuidad en el tratamiento (figura 8).

Figura 8. Evaluación de la continuidad en el tratamiento en el Equipo de Violencia de mujeres derivadas por servicios del propio hospital (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



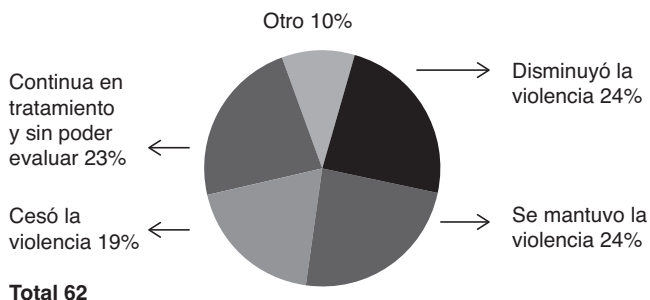
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos consignados en historia clínica de admisión, 2011.

Entre las mujeres que consultaron por violencia sexual, de las que se contaba con datos, se pudo evaluar que la mitad sólo se presentó a la consulta de admisión.¹⁹ La discontinuidad en el proceso es vista como habitual por los equipos especializados en el tratamiento de violencia sexual, quienes sostienen que la mayoría de las víctimas adultas de ataques sexuales deja de asistir a la institución una vez completada la ingesta de la medicación para la profilaxis posexposición²⁰ (Entrevista de contexto profesional N° 9).

En resumen, el porcentaje de deserción de los tratamientos registrado, o sea, las mujeres que llegaban a menos de cinco sesiones, ascendía al 31% del total.

Por último, analizamos el impacto que tuvieron los tratamientos efectuados en 62 pacientes según la clasificación realizada por los terapeutas a propuesta nuestra (figura 9).

Figura 9. Evaluación de la continuidad de los tratamientos en el Equipo de Violencia de las mujeres que llegaron por derivación de servicios del propio hospital (2011). Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos recolectados por el servicio, 2011.

Se observa que el porcentaje de los tratamientos que se puede evaluar por resultado es relativamente bajo: apenas sobrepasa la mitad de las pacientes admitidas. La evaluación del impacto del tratamiento que realizó cada terapeuta tuvo como eje el cese, la disminución o el mantenimiento de los niveles de violencia sufridos por la paciente. En el 43%

19. En los casos de asalto sexual, se podrían considerar diferentes elementos en la búsqueda y continuidad de la atención (Souza Silva, 2007).

20. Compuesta por antirretrovirales, antibióticos y anticoncepción de emergencia.

de los casos, se consignó que la violencia cesó (19%) o disminuyó (24%); en el resto se mantuvo.

Las mujeres, los servicios de salud y el problema de la (in)visibilidad de las violencias

Los vínculos que se establecen entre las mujeres afectadas por violencias y los servicios de salud son extremadamente complejos. Si bien el tema no ha sido abordado aún de manera sistemática, algunos estudios indican que muchos casos relacionados con la violencia intrafamiliar son atendidos habitualmente en centros de salud y hospitales generales, y que las mujeres afectadas suelen recurrir a dichos servicios en forma frecuente. Sin embargo, el 93% de las mujeres que sufrieron violencia de género nunca mencionó esa situación a un médico (Pontecorvo y col., 2004).

El patrón de consulta médica de estas mujeres se caracteriza por una vaga descripción de los síntomas, múltiples consultas, cambios de profesional tratante, etc. Suelen ser diagnosticadas como polisintomáticas y pueden presentar cuadros que van desde lesiones provocadas por golpes hasta estrés crónico. Llegan a la consulta con síntomas como cefaleas, disfunciones sexuales, problemas gastrointestinales, trastornos de alimentación, trastornos músculo-esqueléticos, hipertensión, depresión, irritabilidad, ansiedad, abuso de sustancias, fobias, alteraciones del sueño, etc., que no son relacionados con una potencial situación de victimización²¹ (Mejía, 2005; Facio y Fries, 1999).

Esta situación pone de manifiesto que las mujeres afectadas, aunque recurren en forma reiterada a los servicios de salud y consultan por síntomas diversos, no relatan abiertamente la dolorosa experiencia vivida ni expresan con claridad sus padecimientos. Razón por la cual suelen recibir atención sin que se tenga en cuenta su situación

21. Los abusos sobre el cuerpo, la vida y la integridad de las mujeres pueden generarles un conjunto de signos y síntomas conocido como “síndrome de la mujer maltratada”, subcategoría del desorden por estrés postraumático. Leonor Walker fue quien en 1984 describió en estos casos ciertos efectos psicológicos, como alteración cognitiva, recuerdos invasivos, hipervigilancia con aumento de la conciencia de un potencial peligro, elevado nivel de anulación personal y depresión o represión. Los trastornos emocionales que se evidencian son ansiedad, miedos, síndrome de indefensión aprendida, apatía, resignación, ideas suicidas, deterioro de la personalidad y minusvaloración (Facio y col., 1999).

particular. La búsqueda directa de ayuda se obtura por vergüenza y se tiende a ocultar el padecimiento concreto. Por otro lado, los equipos de salud presentan serias dificultades para identificar y encarar la presencia de indicadores de violencia en la consulta (Pontecorvo y col., 2004). En ocasiones, cuando aparece algún indicio de violencia física, se naturalizan las argumentaciones de las mujeres y la intervención queda circunscripta al tratamiento médico de las lesiones sin mediar otro tipo de respuesta institucional (Deslandes, 2000).

Un estudio realizado con médicos que atendían a mujeres mostró que éstos interrogaban sobre violencia de género a menos del 1% de sus pacientes (Mejía, 2005); otro estudio estimó que los profesionales de la salud identificaban el maltrato como un problema etiológico en sólo 1 de cada 20 víctimas que concurrían a la consulta (Alemán, 2010).

Entre las dolencias que frecuentemente se presentan entre las mujeres que viven situaciones de violencia, las principales afecciones son: músculo-esqueléticas (como dolores crónicos en cuello y espalda, artritis y fibromialgia), cardiovasculares (principalmente, infarto agudo de miocardio y angina de pecho), ginecológicas (inflamación pélvica aguda y dolores pélvicos), neurológicas (trastornos de la audición y la visión, y cefaleas o migrañas), gastrointestinales (dolor abdominal recurrente y colon irritable), además de infecciones de transmisión sexual, embarazos no buscados y abortos. El inventario más largo es el que reúne los trastornos psicológicos, entre los que figuran ansiedad, depresión, baja autoestima, dependencia, sentimiento de desvalorización, trastornos del sueño y la alimentación, fobias y trastornos obsesivo-compulsivos, desorden de personalidad, estrés postraumático, disfunción sexual, abuso de sustancias, ideación suicida, etcétera (Federación Mujeres Progresistas, 2010).

Respecto a las actitudes que pueden indicar que las mujeres atraviesan situaciones de violencia intrafamiliar, publicaciones especializadas (Messina, 2010) mencionan como indicadores de sospecha que: se muestren temerosas, evasivas, incómodas y/o nerviosas; presenten rasgos depresivos, aparezcan tristes, desmotivadas, desilusionadas; presenten muestras de baja autoestima y sentimientos de culpa o vergüenza; y exhiban estados de ansiedad, angustia, irritabilidad y retraimiento. Otros indicadores de sospecha de violencia serían que la comunicación verbal y el contacto visual con la paciente resulten difíciles, que su vestimenta indique la intención de ocultar lesiones, o que ella busque una justificación para éstas o les reste importancia (Federación Mujeres Progresistas, 2010).

¿Qué ves... qué ves cuando me ves?
La detección de violencias en el hospital

Atendiendo a las dificultades que se presentan en los servicios de salud para hacer visible el fenómeno y conocer su incidencia real, se observa que en la institución estudiada se desplegaron diversas experiencias (con el equipo de salud y con los usuarios) para promover la detección y el abordaje de la violencia de género.

Una de ellas llevó a planificar en 2009 una intervención de reflexión y capacitación destinada al equipo de salud del servicio de Obstetricia. Como en todas las instituciones de salud con área de maternidad, se contaba con la Historia Clínica Perinatal Base, instrumento de registro del Sistema Informático Perinatal (SIP/CLAP) que contemplaba, en uno de sus ítems, las situaciones de violencia entre las mujeres gestantes. El análisis inicial de situación reveló que éste no era utilizado en forma adecuada. El campo correspondiente a la violencia familiar no era completado en forma sistemática, o la pregunta que efectuaba el profesional para obtener el dato se realizaba de manera mecánica o en conjunto con otras preguntas, como hábitos alimentarios, de cuidados, tabaquismo, etc. De esta manera, la intervención posterior que se instrumentaba tampoco resultaba apropiada y culminaba, en general, en una derivación por escrito que el médico le entregaba a la mujer junto con la batería de estudios de rutina para el control del embarazo (Messina, 2010).

A partir de esta experiencia se diseñó, de manera participativa, un recordatorio escrito que contiene una pregunta respecto a la violencia. Se adjunta en cada historia clínica y permite una sencilla revisión sistemática de la situación de violencia de cada paciente por parte del equipo (personal médico, de obstetricia, servicio social y psicología). De este modo, se optimizó el sistema de interconsulta del equipo interdisciplinario y la derivación a las psicólogas y trabajadora social del servicio.

Entre los antecedentes de la institución, se registró también una encuesta a mujeres usuarias de los diferentes servicios del hospital durante los años 2001-2003, la cual estuvo a cargo de agentes de salud, quienes, una vez que detectaban a una mujer en situación de violencia, la derivaban al equipo especializado para su abordaje y tratamiento.

Por su parte, el “Subproyecto de detección de violencia en el estudio de factores de riesgo cardiovascular”, un *screening* de evaluación médica que el servicio de Cardiología realizó en 2012 a 428 personas,

incorporó en el instrumento de registro dos preguntas sobre violencia familiar.²²

Durante 2012, también se desarrolló otra iniciativa: una estrategia para promover la detección y derivación a tratamiento a mujeres con experiencia de violencia atendidas en todos los servicios de la institución. Se buscó sensibilizar y capacitar al equipo de salud, y al mismo tiempo estimar la magnitud y tipo de violencia. El proyecto contó con una línea de intervención-capacitación, destinada a profesionales en formación, y una instancia de investigación-acción, con la implementación de un protocolo de carácter exploratorio descriptivo para la detección de violencia familiar en mujeres.²³ Esta experiencia, que alcanzó a la mayoría de los profesionales en formación (concurrentes y residentes), permitió corroborar que, aunque los participantes reconocían la relevancia y actualidad de la problemática, no contaban con formación específica. Se observó también que algunos profesionales expresaban posiciones que reproducían preconceptos y estereotipos de género y, a su vez, se registró una tendencia a trasladar la responsabilidad de enfrentar la violencia a otras especialidades e instituciones.

De cerca... ¿se ve? Invisibilización de la violencia en los servicios de salud mental de la CABA

Podríamos afirmar en principio que la invisibilización de la violencia responde a los rasgos del modelo médico hegemónico que está enraizado también en los servicios de salud mental, caracterizado por lógicas de ahistoricidad y asociabilidad (Adissi, 2012).

En la búsqueda de entender cómo se dimensiona el fenómeno de la violencia en el dispositivo estudiado y en los servicios de salud mental de la CABA, llegamos a los informes que el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam, 2004) del

22. El 25% de los participantes reconoció experiencias de violencia familiar pasadas o presentes. De esas personas el 85% eran mujeres. En hombres la prevalencia fue del 12% y en mujeres, del 23%, según consta el informe “Subproyecto de detección de violencia en el estudio de actores de riesgo cardiovascular, 2012” (no publicado).

23. Los profesionales encuestaron a 82 mujeres. La presencia de algún tipo de violencia (actual o pasada) fue referida en el 51,4% de los casos. La violencia psicológica ascendió al 37,5% de los casos. El abuso sexual infantil (ASI) fue reconocido en el 22% de las encuestadas según “Informe proyecto nueva impronta, 2012” (no publicado).

gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realiza sobre la atención de los consultorios externos de salud mental.

Aquí nos encontramos con una estrategia de recolección y sistematización de algunos de los datos que se toman en las consultas de admisión de los consultorios externos de salud mental de quince hospitales del subsector público de la CABA (algunos de salud mental de adultos y niños, un hospital de niños y el resto, hospitales generales). El programa, originado en 2004, reconoce que la multiplicidad de líneas teóricas y escuelas imperantes en el campo de la salud mental comporta una complejidad adicional para establecer análisis metódicos a partir de categorías diagnósticas. En un intento por responder a la carencia de datos (clínicos y sociodemográficos) observados en las historias clínicas de los servicios de salud mental y a la necesidad de estudios sistemáticos que utilicen datos comparables a través del tiempo, el programa se abocó al llenado y análisis centralizado de una ficha epidemiológica básica (Pivesam, 2004).

Grande fue nuestra sorpresa al revisar las categorías diagnósticas (según CIE-10,²⁴ capítulos v y XXI) asignadas al total de pacientes según fichas relevadas por los efectores participantes. En los informes de 2009, último publicado, la mención de categorías asociadas a la violencia entre los pacientes atendidos es escasa o nula. Entre las posibles categorías a incluir para dar cuenta de situaciones de violencia y maltrato, el CIE-10 ofrece: 1) dentro del apartado “Otros efectos no especificados de causas externas”, el código T74 Síndromes del maltrato (Abuso físico del niño o del adulto, y Abuso sexual del niño o del adulto), y 2) en el apartado “Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias económicas y psicosociales”, el código Z61 “Problemas relacionados con hechos negativos en la niñez”.

En el mencionado informe, se utiliza el ítem “abuso físico y/o sexual del niño o del adulto” (subcategoría del primer código señalado) y figura en apenas la mitad de los efectores que informan. En tres efectores, no hay registros y en el resto alcanzan al 1, 2, 3 y 5% del total de los casos relevados (el total de casos relevados asciende a 8230 pacientes).

24. Clasificación internacional de enfermedades (ICD) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Es el sistema de clasificación de enfermedades que permite clasificar signos, síntomas y hallazgos anormales, circunstancias sociales y daños por causas externas. En él, la OMS retoma categorías del DSM IV *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, desarrollado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Consecuentemente, en el informe de 2009, los casos asociados a violencia sólo ascienden al 0,8%.²⁵

Así, en los servicios públicos de salud mental de la ciudad, tampoco parece hacerse visible la problemática de la violencia. La existencia de posibles disputas entre enfoques en torno a la temática específica de la violencia no llega a explicar esta situación. Problemas en el llenado de múltiples fichas y formularios por parte de los profesionales se suman a la superposición de registros, carencia de criterios para completar los documentos requeridos, escasa sistematización y circulación de la información producida.

Al observar específicamente los datos del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez, publicados por el mencionado informe de Pivesam para 2009, volvemos a sorprendernos. Llama la atención que, entre los diagnósticos de 330 pacientes relevados, no figuren categorías asociadas a la violencia cuando tenemos constancia de que para ese mismo año ingresaron a tratamiento en el Equipo de Violencia dependiente de la división de Salud Mental de la institución 171 pacientes.²⁶

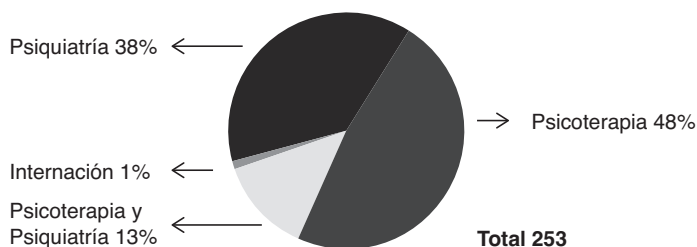
Cabría preguntarse si a los problemas de clasificación y/o registro de los eventos de salud-enfermedad no se agrega, en este caso, el de la segregación/jerarquización de la información enviada para ser centralizada y analizada.

A la hora de abordar el tema de la medicalización de los padecimientos mentales y la violencia, otro dato de interés que arroja el informe de Pivesam de 2009 será que, al menos en la atención de adultos en el ámbito local, se nota un fuerte predominio de la especialidad Psiquiatría por sobre las psicoterapias. Observamos que del total de pacientes adultos según Indicación Terapéutica conocida en el hospital (total = 253), más de la mitad tenía tratamiento psiquiátrico (figura 10).

25. Elaboración propia, 2013, sobre la base de datos publicados por el Pivesam, 2009, para el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sobre “Consultorios externos de Salud Mental para el año 2009”.

26. Elaboración propia, 2013, sobre la base de datos publicados por Pivesam para el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sobre “Consultorios externos de Salud Mental del Hospital Álvarez para el año 2009” e “Informe de la evolución de las admisiones al Equipo de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez desde el año 2004 a 2011”.

Figura 10. Distribución de los pacientes adultos con indicación terapéutica conocida en 2009 en el Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez registrados por Pivesam.



Fuente: Elaboración propia, 2013, sobre la base de datos publicados por Pivesam para el gobierno de la CABA sobre "Consultorios externos de Salud Mental del Hospital Álvarez para el año 2009".

Observando estos datos, podríamos preguntarnos si esta proporción de pacientes registrados se corresponde con los efectivamente atendidos o si la práctica de registro y documentación sistemática de los pacientes es similar entre los médicos (psiquiatras) y los psicólogos, si en general dicha práctica constituye para ambos grupos de profesionales parte del acto profesional que permitiría realizar seguimiento o efectuar estudios epidemiológicos, o si simplemente se la toma como un requerimiento administrativo.

Claroscuros

Hemos interpelado a diferentes fuentes de información y, valiéndonos de los datos disponibles, logramos arribar a esta lectura provisional del proceso. Analicemos hasta aquí algunos de los "tramos iluminados del camino".

Este primer acercamiento al proceso de atención de la violencia familiar nos confronta con un movimiento continuo (que remeda a una cinta de montaje), un tránsito que, aunque incesante, va arrojando permanentemente a muchas de las mujeres fuera del recorrido. Y como se trata de un proceso iterativo (debido a un conjunto de circunstancias que se potencian mutuamente, como la falta de eficacia e integralidad

de las respuestas, los rasgos y experiencias personales, etc.), es esperable que muchas de aquellas mujeres que quedaron en el camino, en algún momento de sus vidas, lo retomen, deserten y lo vuelvan a retomar.

Para confirmar el carácter iterativo de este proceso no tenemos más que recordar que cerca de dos tercios de las pacientes ingresadas en el Equipo de Violencia ya había iniciado (y concluido o abandonado) al menos una terapia psicológica o psiquiátrica.

La institución desde la que observamos este proceso se ha dedicado expresamente a trabajar por la optimización del rol del equipo de salud en la detección y el abordaje de la violencia de género y es, tal vez, el hospital público con mayor número de experiencias documentadas en el área.²⁷ Sin embargo, resulta evidente que no logra detectar a todas las mujeres en situación de violencia que pasan por sus servicios. Y de las detectadas, no es posible conocer con precisión cuántas son ni cuál es la trayectoria que realizan dentro de la institución, aunque los circuitos y algoritmos de atención (la ruta ideal o camino crítico formal) se encuentren profusamente trabajados. No se puede saber a ciencia cierta qué mujeres son derivadas a tratamiento y cuáles de ellas acceden efectivamente: algunas llegan y otras no. A su vez, el Equipo de Violencia, en la instancia de admisión, no admite a todas las mujeres que se presentan (dado que en ocasiones no cumplen con los requisitos para ingresar al tratamiento). Y, por último, de las pacientes admitidas, sólo algunas continúan el tratamiento.

No nos equivocaremos si planteamos que resulta evidente que, si los servicios de salud buscan violencia de género entre las mujeres que asisten, la encuentran. Las experiencias documentadas de la institución coinciden con otras investigaciones de la región (Pontecorvo y col., 2004; López y col., 2008) en que las mujeres que acceden a los servicios de salud y presentan situaciones de violencia, en general, están dispuestas a comunicarlas al profesional tratante si éste las consulta en forma directa. Esta intervención, que podría constituir un primer paso –también de etiquetamiento– (Kleinman, 1980) para que las pacientes obtengan ayuda, se ve limitada por diversas cuestiones, algunas de orden institucional y otras de orden personal.

27. En las últimas tres jornadas hospitalarias internas, el tema violencia de género y salud ha sido presentado en conferencias y paneles centrales, además de otras comunicaciones. En ese mismo período, se pueden contabilizar más de veinticinco participaciones en eventos científicos locales, nacionales e internacionales.

Algunos tipos de violencia y sus determinantes sólo se tornan visibles para los servicios de salud en situaciones extremas, pero aun allí la intervención puede quedar circunscripta al tratamiento médico de las lesiones, sin que las mujeres obtengan otro tipo de respuesta institucional. En ocasiones, por falta de coraje para relatar la dolorosa experiencia vivida, las mujeres atribuyen las lesiones a un accidente y sus argumentaciones son naturalizadas por el equipo de salud (Deslandes, 2000). La autorresponsabilización por la violencia sufrida se vincula también con la percepción sobre las respuestas sociales para apoyarlas. Ahondaremos en esta cuestión cuando abordemos la experiencia de padecimiento y el papel de las redes sociales en el etiquetamiento de ese padecimiento (Kleinman, 1980; Cortés, 1997).

En cuanto a los servicios de emergencia, es indudable que para los casos de violencia desde siempre han sido la puerta de entrada al sistema de salud (Deslandes, 2002; Sarti, 2009). Sin embargo, el modo en que han podido ser incorporados en los procesos de atención está ligado a su traducción como fenómeno centrado en el cuerpo. Resulta evidente por el modo en que se registra y se interviene sobre los casos; para los médicos su tarea se reduce a curar lesiones y restablecer las funciones vitales del paciente independientemente de si la fuente de esos daños está en un acto violento. Cuando se analiza el acceso y la adhesión de las pacientes al tratamiento en el Equipo de Violencia, esta dimensión cobra nueva relevancia. Comprobamos que el equipo de salud, al indicar una consulta especializada en la propia institución, obtiene una respuesta considerable de las mujeres para quienes el apego al tratamiento resulta similar que entre aquellas que concurrían por indicación de sistema judicial (derivación que comportaría cierto grado de imposición de tratamiento). Diferente es la situación de aquellas que, habiendo consultado con un profesional o institución de salud, no obtienen en ese espacio la atención requerida y son derivadas a otro prestador. Tal vez la distancia geográfica o el carácter reciente del vínculo institucional incidan en la posibilidad de encontrar apego al tratamiento. La institución (ya conocida), portadora de un valor constitutivo para la vida psíquica, actuaría como referente para la paciente, reforzando y renovando el vínculo con el equipo de salud, que pasaría a cumplir efectivamente una función vital de apoyo o apuntalamiento (Käes ápuð Onocko, 2008).

De los datos antes expuestos, también se desprende que la demanda espontánea de atención en el dispositivo estudiado es muy baja, hecho que vinculamos a los complejos procesos de accesibilidad a los

servicios de atención. La accesibilidad, entendida como el grado de facilidad con que las personas obtienen cuidados de salud, es concebida como la resultante de la interacción entre un individuo que procura cuidados y profesionales que lo conducen dentro del sistema. Autores como Donabedian (ápuđ Travassos y Martins, 2004) ponen el énfasis en las características de la oferta de servicios que facilitan o limitan su uso potencial por parte de los usuarios. Si nos detenemos en la accesibilidad geográfica²⁸ de las mujeres al dispositivo estudiado, se observa que la cercanía con el lugar de residencia constituyó un factor de peso para su acceso al equipo.

Más adelante retomaremos estos aspectos desde un enfoque cualitativo y encontraremos que, en un número significativo de recorridos relatados en las entrevistas, se identificaron momentos de búsqueda de atención que podrían ser considerados de demanda espontánea, los cuales finalmente sólo se tradujeron en búsquedas de atención y apoyo frustradas; en definitiva, oportunidades perdidas.

Ver y documentar

El registro sistemático de la demanda, el análisis del perfil de las consultas, así como la documentación de las intervenciones de atención y seguimiento, en general tienen escaso desarrollo entre los servicios que prestan asistencia de violencia. Ya sea entre los prestadores de salud o entre aquellos que pertenecen a otras áreas y/o están gestionados por organizaciones de la sociedad civil. Ynoub (1998) encontró que organizaciones de la sociedad civil, prestadoras de atención en violencia familiar en el Área Metropolitana de Buenos Aires, llevaban un tipo de registro que daba lugar a una escasa producción de información estadística. En su mayoría y como ocurría en otros países de la región, los servicios no monitoreaban sus propias actividades a partir de datos sistemáticos y confiables.

Las dificultades para hacer visible el fenómeno y conocer su incidencia real pueden ser atribuidas a la amplia tolerancia social hacia las violencias, a la variabilidad de la terminología utilizada y a la

28. En líneas generales, los determinantes de la utilización de los servicios pueden ser descriptos como aquellos factores relacionados con la necesidad de salud (gravedad o urgencia), características de los usuarios y de los prestadores, organización (disponibilidad de profesionales, horarios) y política (tipo de sistema financiamiento, legislación, etcétera) (Travassos y col., 2004).

imposibilidad de contar con criterios e indicadores unificados entre instituciones. Asimismo, las fallas en el proceso de registro (carencia o parcialidad de éstos) por parte de los servicios²⁹ suelen responder a problemas de disponibilidad de personal o a la organización de los procesos de trabajo. Deslandes (2000) apunta también:

Las fallas de registro hospitalario se deben, entre varias causas, a la falta de adecuación técnica y material para la realización de la tarea, o sea, falta de personal, rutinas de registro no adecuadas a la dinámica de trabajo, ausencia de informatización. (Deslandes, 2000: 146)

Bajo ningún concepto podemos ignorar que el equipo de salud, en su práctica cotidiana, completa numerosos formularios y planillas. En muchos servicios de salud, una lógica de producción de procedimientos, fáciles de cuantificar para mostrar productividad, estaría sustituyendo a la lógica de producción de salud (Onocko, 2008) y les demandaría dedicar cada vez más tiempo a tareas de orden “burocrático”.

Como vimos, los profesionales y las instituciones tienen dificultades a la hora de identificar y abordar las situaciones de violencia; hablamos de subdiagnóstico y, a su vez, un registro inadecuado de los casos.

Como correlato, las mujeres, sus experiencias y sus historias de violencia no logran, las más de las veces, abrirse paso. Ellas transitan por las instituciones, algunas arrastrando las marcas y los signos de las violencias sufridas que quedaron diluidos en el diagnóstico de alguna patología orgánica o se traducen en alguna prescripción médica incumplida. Una voz demasiado débil para hacerse oír por la racionalidad de la medicina moderna y por instituciones que se sustentan en jerarquías por género.

Para los profesionales, detectar violencia implica necesariamente enfrentarse con las propias vivencias, pero también el compromiso de

29. Los indicadores construidos tienen un carácter negativo ya que relevan aspectos de la muerte y la enfermedad estructurados desde una lógica biológica. Amén de ello, las dificultades que arrastran los sistemas de información en salud en general, son crónicas. Ya en 1979 la OPS manifestaba su preocupación por el tema y la atribuía a un conjunto de factores tales como escasez de técnicos y personal capacitado para la organización de información, falta de coordinación, tecnología inapropiada, falta de cursos de formación básica y escasa participación de los usuarios en el desarrollo y mantenimiento del proceso (Spinelli, 2005). Cabría resaltar que de fondo se observa una escasa utilización de la información en las prácticas cotidianas de gestión y atención por parte de los equipos de salud.

documentar, intervenir y, si no se alcanza el “ideal de acción”, sobrellevar la frustración (Deslandes, 2000).

Las mujeres, cuya situación alcanza visibilidad en el afuera, necesitan encarar un proceso interno de reconocimiento y de la puesta en marcha de ciertos mecanismos de afrontamiento. Para ellas, hacer visible su experiencia de violencia (“las”) des-encadena y proyecta nuevas escenas, despliega itinerarios, pero también las condiciona y “encadena” porque pasan a dedicar gran parte de su tiempo a esta “carrera de la víctima” y a recorrer los interminables pasillos de un complejo laberinto.

Para observar el laberinto desde adentro, pasemos a la próxima sección.

IV. La reconstrucción de las trayectorias

O sea, uno tiene que ir buscando, con un trabajito de hormiga, tocando a todo el mundo, hablando con todo el mundo para que lo banquen, porque en realidad el Estado...

Joana

En esta investigación, entendemos la violencia intrafamiliar como un producto de relaciones sociales conflictivas, y ello nos ha llevado a explorar el contexto de dicho conflicto –un escenario donde se distribuyen recursos materiales y simbólicos– y a identificar nudos críticos de la respuesta institucional específica en los diferentes sectores del ámbito local. A la vez, hemos puesto el foco en la experiencia de las mujeres afectadas por la violencia familiar y en el proceso que se desencadena cuando buscan solución a su problema, atendiendo a las respuestas obtenidas en las instituciones y redes sociales, y al modo en que estas respuestas van moldeando el proceso de búsqueda de ayuda.

A la hora de reconstruir el recorrido o itinerario que emprenden las mujeres afectadas por una situación de violencia, la noción de *ruta crítica*¹ permite detallar tanto las acciones emprendidas y los pasos que ellas dan como las respuestas que encuentran en los prestatarios de servicios (Sagot, 1998). La ruta crítica es definida como la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una mujer afectada, para enfrentar la situación de violencia experimentada (actual o pasada), y las respuestas que encuentra en su búsqueda de ayuda y contención. Para dar cuenta de este proceso, el análisis se centra en la dinámica de los factores familiares, comunitarios e institucionales, personales e interpersonales (Sagot, 1998).

1. Tal como se consigna en el capítulo “Consideraciones teórico-metodológicas” se utiliza la noción de rutas críticas para designar los recorridos concretados (en los cuales se pueden identificar tanto elementos espontáneos como dirigidos). De ningún modo se utiliza la noción como camino ideal o indicado como adecuado.

A escala internacional, uno de los aportes a la comprensión de la problemática de la violencia intrafamiliar, que tuvo por objetivo reconstruir el recorrido o ruta crítica que emprenden las mujeres afectadas por una situación de violencia,² permitió corroborar la existencia de patrones comunes de intervención en casi todos los países. Puso de relieve que, aunque las mujeres afectadas frecuentaran asiduamente los servicios de salud, en ellos se presentaban graves obstáculos para abordar la problemática. Reveló también la nula capacidad de contención que presenta el sistema judicial, el abandono de la institución policial y la escasa atención brindada por el sector educación. En cuanto a las organizaciones de mujeres y las OSC comunitarias cercanas, puso en evidencia su buena predisposición, a la vez que una limitada capacidad de prestación de servicios. Se destacaron también aspectos como la falta de articulación intersectorial y la escasez de recursos humanos especializados y de infraestructura en general, situaciones todas atravesadas por barreras institucionales, ideológicas y culturales particulares. En los distintos países en que se efectuó el estudio, los repertorios de acciones desarrollados por las mujeres resultaron similares (Sagot, 2000).

En nuestro estudio, se observan ciertas semejanzas con la mencionada investigación regional respecto de los procesos recorridos por las mujeres. No obstante, hemos decidido utilizar la noción de *trayectoria* para dar cuenta en forma más amplia y comprensiva de este proceso de búsqueda de respuesta, ya que ésta nos permite romper con la linealidad que subyace a la categoría de ruta crítica.

Entre las semejanzas, registramos que el proceso de búsqueda de respuesta/apoyo/contención resulta dinámico y escasamente estructurado. Se evidencia que las mujeres afectadas presentan un tránsito continuo por diferentes instituciones, redes sociales y familiares.

Muchas mujeres iniciaron el recorrido comunicando su situación de violencia a personas cercanas; otras, consultando en un servicio de atención o en algunos casos recurriendo a la policía.³ Se suele

2. Impulsado por la OPS en 1998, el estudio multicéntrico, realizado en diez países de la región (Belice, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú), publicó sus resultados dos años más tarde como *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina* (Sagot, 2000).

3. En la CABA, una persona afectada por violencia familiar puede presentarse a realizar una denuncia policial y también solicitar telefónicamente (al número 137) intervenciones del programa Las Víctimas contra las Violencias,

considerar que el recorrido de la ruta crítica se inicia al “romper el silencio”, o sea, cuando las mujeres afectadas se aprestan a comunicar su situación de violencia a otra persona que puede o no pertenecer a su entorno (Sagot, 1998).

Ese momento, en que estas mujeres comunican a alguien la situación que atraviesan, constituye un aspecto clave para comprender los diferentes modos de enfrentar la violencia.

Las mujeres en situación de violencia emprenden diversas acciones que conforman las trayectorias aquí estudiadas. Persiguiendo alguna forma de resolución del conflicto, buscan contención familiar, reorganizan distintos aspectos de su vida cotidiana y dinámica familiar, denuncian al agresor ante la policía o directamente al sistema judicial, solicitan tratamientos para ellas y su familia, consultan a profesionales e instituciones, procuran información de diversas fuentes, y... padecen.

En ocasiones, a partir del inicio del recorrido, se desencadenan sucesos que no sólo implican una importante movilización personal y familiar, sino que marcan un verdadero quiebre en la vida cotidiana. Denuncias, mudanzas, pérdida o abandono del trabajo, son algunas de las situaciones que las mujeres enfrentan y que las colocan muchas veces en situaciones de vulnerabilidad. La comunicación de una vivencia de violencia a instituciones o miembros del entorno suele traer aparejado el aumento de la amenaza a la integridad de las mujeres y sus hijos.

En general, las mujeres inician el proceso de búsqueda de ayuda en soledad. Rara vez los prestatarios de servicios detectan o indagan sobre la cuestión (Sagot, 1998). Los servicios de salud se encontrarían en una posición de privilegio para detectar y abordar inicialmente situaciones de violencia, ya que las mujeres suelen consultar con frecuencia por su salud y la de sus hijos, a la vez que muchos de sus problemas de salud estarían determinados en parte por la violencia. No obstante esta coyuntura, a la hora de visualizar los casos y articular respuestas efectivas y comprometidas, los equipos de salud poseen grandes dificultades.

Debido a un conjunto de circunstancias que se potencian mutuamente, como la falta de eficacia e integralidad de las respuestas, los rasgos y las experiencias personales, entre otros aspectos, el proceso recorrido se torna iterativo.

El carácter iterativo del proceso se corrobora al observar que las mujeres inician un camino de búsqueda y luego lo abandonan; lo

dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. La provincia de Buenos Aires cuenta con el teléfono 911 para realizar consultas y Comisarías de la Mujer para recibir denuncias de violencia familiar.

retoman (en algunos casos muchos años después), vuelven a desertar y a reanudarlo.

Las trayectorias pueden ser continuas y sostenidas para algunas mujeres en la relación con determinados actores, cumpliendo con los requerimientos de algunas instancias e instituciones; y discontinuas con otras. Por ejemplo, hemos observado que algunas mujeres discontinuaron varios tratamientos psicológicos para ellas y sus hijos, pero mantuvieron una relación estable y duradera con el sistema judicial y policial incluso efectuando, en determinados períodos, denuncias a diario.

Este proceso, que también se caracteriza por ser intermitente y fragmentado, lleva a las mujeres a desplegar acciones en forma completamente separada en cada uno de los ámbitos de intervención. En ocasiones realizan gestiones exclusivamente legales en forma aislada de aquellas que atienden a su salud, sin encontrar instancias en que puedan abordarse sus necesidades y preocupaciones de forma integral.

La intermitencia producida en el recorrido de las mujeres se puso de manifiesto anteriormente al abordar el dispositivo de salud estudiado. Allí se observó una escasa continuidad del proceso de atención de las mujeres, trayectorias que se cortaban dentro de la misma institución, casos que no llegaban de un servicio a otro o que presentaban un bajo nivel de adherencia o apego a los tratamientos.

Los espacios o “casilleros” que conforman el proceso de atención

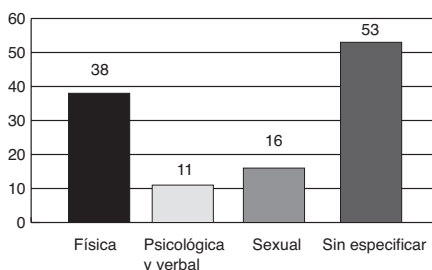
Las trayectorias de cada una de las entrevistadas son singulares ya que responden a una amplia diversidad de situaciones. Sin embargo, tienen en común, entre otros aspectos, que debieron transitar sin certeza alguna extensos y penosos recorridos, cumpliendo con un sinnúmero de requerimientos burocráticos.

Resulta evidente que estas mujeres no han actuado en forma pasiva frente a la violencia ya que, dependiendo de la longitud del proceso, han realizado, en promedio, más de cinco contactos institucionales en su búsqueda de ayuda y, en ocasiones, han recurrido más de una vez a la misma institución.

Observamos, al igual que Sagot (2000), que quienes han emprendido más acciones para obtener apoyo, son aquellas mujeres que sufrieron, además de otros tipos de violencia, la violencia física. Ellas, en nuestro estudio, representan más del 80% de los casos en los que

se logró precisar el tipo de violencia predominante (en la mitad de las historias clínicas de admisión no se obtuvo dicha información dado que sólo se consignó “violencia familiar” o se registraron otros elementos conexos a la situación de la consultante). En menos del 20% restante, se identificó la presencia de violencia psicológica y/o verbal, tal como se observa en la figura 11.

Figura 11. Tipos de violencia registrados en la admisión del Equipo de Violencia durante 2011. Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia, 2012.

Entre los espacios más transitados por las mujeres, encontramos la institución policial. Se logró estimar⁴ que cerca de la mitad de las mujeres que pasaron por la instancia de admisión en el Equipo de Violencia, durante 2011, podría haber efectuado una o más denuncias policiales. Entre las mujeres contactadas por nosotros (a través de entrevistas y observaciones), el 73% había efectuado al menos una denuncia policial.

Otro de los dispositivos utilizados por las mujeres es la consulta o pedido de ayuda telefónica⁵ al número 137 del programa Las Víctimas contra las Violencias, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Una de sus intervenciones consiste en enviar un móvil con una psicóloga y una trabajadora social al lugar donde

4. Dado que este dato no se consigna directamente en la historia clínica, partimos de analizar los canales de derivación registrados a partir de los cuales se estima que cerca de 62 casos podrían haber efectuado denuncia policial.

5. Al momento de la redacción de este trabajo se hallaba pendiente la implementación por parte del Consejo Nacional de las Mujeres de un número telefónico para el abordaje de situaciones de violencia de alcance nacional: el 144.

se presenta una situación de violencia para contener, asistir, asesorar y acompañar a la víctima en el proceso de denuncia y/o atención médica.

Las mujeres de nuestro estudio han recurrido al sistema judicial en gran medida y en más de una oportunidad. Este hecho se refleja en que la tercera parte de ellas recibió una recomendación judicial para comenzar el tratamiento que tenían en curso.

El Poder Judicial, en estos casos, se hace presente a través de diferentes juzgados civiles y penales, y también a través de un dispositivo creado en los últimos seis años para facilitar el acceso de casos de violencia familiar a la instancia judicial, la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (OVD), que brinda asistencia a través de abogados, psicólogos, médicos y trabajadores sociales las 24 horas, los 365 días del año. Dependiendo de la cantidad de presentaciones (varían de acuerdo a la hora y día de ingreso), las mujeres que allí accedieron debieron permanecer, en general, por más de dos horas para concretar el inicio de su trámite judicial. Mediante la constatación por escrito de la denuncia, el trámite se logra completar en el juzgado asignado el mismo día de la presentación, al día siguiente o a los dos días si ésta se realiza el fin de semana. Una vez formalizada la denuncia, las mujeres pueden obtener medidas de protección judicial.⁶

En el proceso de búsqueda de atención, también cabe mencionar el protagonismo de las Defensorías dependientes del Consejo de Derechos de Niños y Niñas⁷ que intervienen ante la vulneración de sus derechos. El paso de las mujeres en situación de violencia por este organismo generalmente está motivado por la exposición de sus hijos a algún tipo de violencia por parte de cualquiera de los miembros de la pareja u otro familiar. En ocasiones, a partir de estas intervenciones orientadas a la protección de los niños algunas de las mujeres se vieron obligadas a iniciar ellas mismas un proceso en procura de atención por la situación de violencia. En la población estudiada, el 8% de las mujeres llegaba a iniciar un tratamiento en el Equipo de Violencia por recomendación de una Defensoría de Niños y Niñas.

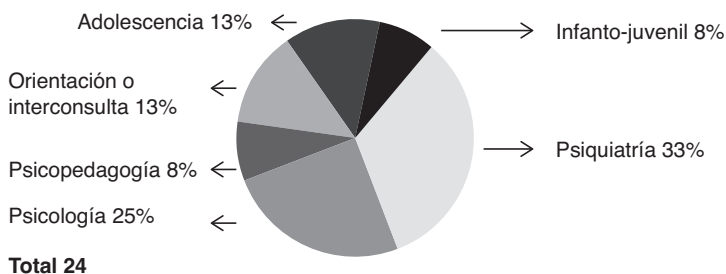
En estudios regionales, el sector educación, que es señalado por su escaso protagonismo en el proceso de apoyo y atención en casos de violencia (Sagot, 2000), tiene aquí una presencia discreta ya que registramos que cinco mujeres accedieron a la admisión de violencia por

6. Ampliaremos en el capítulo “Casillero la Policía y el sistema judicial”.

7. Cuenta con quince Defensorías distribuidas en la CABA formadas por un equipo interdisciplinario de trabajadores sociales, psicólogos y abogados.

indicación de las escuelas de sus hijos. Pero si consideramos que son mayoritariamente los docentes quienes ante alguna sospecha de trastorno psicológico y/o de aprendizaje en sus alumnos recomiendan a la familia una consulta psicológica o psicopedagógica, el protagonismo de la institución escolar, aunque indirecto, aumenta. En nuestro estudio, el porcentaje de mujeres que manifestaron haber recibido la indicación de concurrir al Equipo de Violencia por parte de los terapeutas de sus hijos es importante. Analizando en detalle las derivaciones efectuadas al Equipo de Violencia por los servicios de la división Salud Mental de la institución, se destaca que al menos el 29% de las ellas se originaron en consultas de los hijos (figura 12).

Figura 12. Distribución de las admisiones de mujeres al Equipo de Violencia derivadas por Salud Mental durante 2011. Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez.



Fuente: Elaboración propia, 2012.

Dado que nos hemos dedicado a analizar el recorrido desde un efector de salud, resulta obvio señalar que todas las mujeres estudiadas pasaron por un dispositivo de salud. No obstante, debemos resaltar, para complementar la información proporcionada anteriormente, que en el recorrido relatado fueron referidos numerosos contactos con personal del equipo de salud. Las especialidades de ginecología y obstetricia, clínica médica, pediatría, servicio social, enfermería, traumatología, psiquiatría, psicología, neurología, tanto en efectores públicos como privados, brindaron atención programada y servicios de urgencia. Respecto a estos últimos, nótese que cerca del 9% de las mujeres admitidas por el Equipo de Violencia, y el 20% de las mujeres contactadas, llegaron derivadas por un servicio de salud de emergencia.

Otro de los recursos a los que las mujeres apelaron es la línea telefónica 0800 MUJER, dependiente de la Dirección de la Mujer del Gobierno de la CABA. En los casos que tuvimos oportunidad de analizar, ese proceso se inició con un primer llamado y luego continuó con un extenso periplo. Una primera consulta en la propia sede de la Dirección de la Mujer a partir de la cual se derivó a la consultante a un Centro Integral de la Mujer (dispositivo descentralizado de la misma dependencia) para que pudiera recibir asistencia psicológica y asesoramiento legal. Una vez en este centro, la mujer debió solicitar un turno para recibir la asistencia psicológica y legal. Desde el momento de la llamada hasta obtener el turno para efectivizar la consulta, el lapso fue mayor a un mes. No obstante haber cumplimentado todos estos pasos requeridos, una de nuestras entrevistadas, en la consulta con la psicóloga del mencionado organismo, fue derivada nuevamente a un servicio especializado en una institución de salud. La psicóloga argumentó que su caso era complejo y requería una instancia en la que pudiera contar con un equipo de salud especializado: “una junta médica”, refirió la entrevistada (Registro de observación N° 6).

Como tendremos oportunidad de ilustrar más adelante, las mujeres contactadas también acudieron a otros espacios alternativos para buscar apoyo, contención y/o resolución de su problema. Entre ellos, mencionaremos dos iglesias, una organización de la sociedad civil y un instructorado de yoga.

El tiempo

Al momento de efectuar las entrevistas y las observaciones, algunas de las mujeres se encontraban transitando por primera vez un recorrido en busca de respuesta a su problema de violencia, pero la mayoría estaba retomando un camino iniciado largo tiempo atrás. Ese período llegó a extenderse hasta 28 años. Si consideramos desde el momento en que comenzaron a identificar y comunicar a alguien la situación de padecimiento hasta la realización del presente estudio, la duración del proceso entre las mujeres contactadas, en promedio, fue de 9,1 años (con un rango que va de 1 a 28 años). En general, se advierten dos momentos: uno de inicio y otro de reinicio del recorrido, con una separación entre ambos de hasta 11 años. Algunas mujeres comenzaron (y abandonaron) la empresa en numerosas oportunidades. Sólo en dos casos pudo observarse que se trataba de una trayectoria sin interrupciones

(al menos hasta el momento de concretar las entrevistas) y que las mujeres habían logrado separarse de sus compañeros luego de reconocer la situación de violencia. Uno de los recorridos relatados fue sumamente corto y no dio lugar siquiera a que la pareja llegara a concretar una convivencia.

Aquí, la cuestión del tiempo (y la temporalidad)⁸ está necesariamente ligada tanto al grado de cronificación del padecimiento como a la gravedad de la situación y al nivel de deterioro de la personalidad de la afectada. Este último aspecto, directamente unido a la integridad y capacidad de sobrevivencia de las mujeres.

La cronicidad de un padecimiento no constituye un fenómeno natural, ni siquiera cuando está referida a una enfermedad, sino que se trata de un producto del proceso social que tiene que ver, entre otros aspectos, con las posibilidades de intervención tecnológica, las condiciones de vida, etcétera (Lerner, 1997).

La cuestión del tiempo en estos procesos reales de búsqueda de atención dista mucho del planteo del esquema original de ruta crítica, tributario del campo de la administración. La ruta crítica se enmarca dentro de un tipo de planificación normativa,⁹ dado que concibe como requisito fundamental que la secuencia de actividades que conforman el proceso se desarrolle durante un tiempo ideal, no flexible.

Las trayectorias por nosotros observadas no responden a una lógica de linealidad (tampoco son unidireccionales), sino más bien a un orden circular. El carácter cíclico de la violencia se revela en las marchas y retrocesos permanentes que experimentan las mujeres. En este sentido, las vacilaciones y contradicciones hacen que, a pesar de haberse embarcado en una gran travesía, pasado el tiempo, algunas mujeres

8. Entendemos al tiempo como una categoría de carácter histórico que, lejos de constituir un absoluto, responde a una convención. No es natural, se ha “naturalizado”. Varias ramas del conocimiento rescatan su carácter procesual, no lineal y ligado al azar. Para ampliar, ver Najmanovich (1995).

9. La planificación normativa, de la década de 1960, cuyo exponente fue el método CENDES/OPS, se ajustaba a una lógica científica y a la racionalidad, principalmente económica. (Ver “Programación de la salud, problemas conceptuales y metodológicos” Serie Pub. Científicas n° 111. Washington D.C.) (OPS, 1965). Este método de planificación era una traslación demasiado rígida del método utilizado en la planificación económica (Testa, 2006). En este marco, planificar implicaba encontrar las técnicas y los recursos adecuados para obtener los resultados esperados. Empleando formulas analíticas, se establecía una jerarquización racional de prioridades sin la “injerencia” de los planificadores.

permanezcan en el mismo lugar. Concretamente, no saben hacia dónde dirigirse, y esto puede responder al tipo de respuestas, también contradictorias, que van hallando tanto en las instituciones como en su entorno. A su vez, las respuestas pueden resultar inadecuadas a los fines que ellas persiguen. Por ejemplo, en determinado momento, ellas pueden orientar su acción a que el agresor cese en el ejercicio de la violencia, pero las respuestas que encuentran se restringen a la exclusión del hogar del agresor, o a su reclusión.

Por otro lado, ante la sucesión de momentos contradictorios, no es posible soslayar que esa circularidad que hallamos en el proceso está vinculada a la existencia de un fenómeno largamente documentado: el ciclo de la violencia.¹⁰ Un curso de acciones orientado por sensaciones y vivencias contradictorias, que suelen ser tomadas por el entorno o por prestatarios de servicios como irracionales; pero que, en cambio, encarnan una racionalidad particular, determinada por el gerenciamiento cotidiano y de larga data de situaciones de violencia. Distintos tipos de padecimientos provocan rupturas que afectan la cotidianidad, instituyen determinadas subjetividades, y dan lugar a nuevas formas de pensar y actuar para sobrellevarlos.

10. Este ciclo se compone de tres fases que se suceden unas a otras, en forma de espiral, generando un incremento progresivo de la gravedad de los episodios. En la primera de las fases, la de acumulación de tensión, se van suscitando en la pareja episodios de maltrato psicológico por parte de los varones, que mediante presiones, insultos, indiferencia, amenazas, etc., intentarán controlar y condicionar el comportamiento de las mujeres. A esta fase le suele suceder un momento agudo caracterizado por la pérdida de control y el uso de la fuerza física, que puede tener consecuencias letales para la mujer y sus hijos. A medida que se suceden las agresiones, el hombre se afianza en esta modalidad de enfrentar los conflictos y las mujeres van asumiendo, en forma contradictoria, sensaciones de autorresponsabilización por la situación y de desculpabilización del agresor. Luego se presenta una conducta de arrepentimiento en el varón, que caracteriza a esta fase como estado de “luna de miel”. En ella, el hombre violento se compromete, a través de diversas manifestaciones, a controlar su agresión y la mujer, en consecuencia, se espera y vuelve a confiar. A medida que se afianza este patrón de relación, los periodos de “luna de miel” se acortan y se reanuda rápidamente el ciclo en el que se volverá a generar tensión. En tanto, el maltrato sistemático producirá efectos psicológicos, como el deterioro progresivo de la personalidad de las mujeres, que se consolidará como un síndrome, el de la “mujer maltratada”. Quienes lo padecen presentan alteración cognitiva, hipervigilancia, depresión, anulación personal. También conocido como síndrome de indefensión aprendida, subcategoría del desorden por estrés postraumático, llevaría a las mujeres a percibir que son incapaces de modificar su situación (Walker, 2009).

Este proceso, a la vez, tiene lugar en un espacio, en un mundo que, por momentos, deja de compartirse con los otros. Entender la violencia en términos de padecimiento nos lleva a sostener con Schutz (1979) que, como ocurre con todo padecimiento, se produce una ruptura con la vida cotidiana,¹¹ con el espacio social y la perspectiva temporal compartida. De allí que el mundo privado de quien padece no sólo pierde su relación con el mundo de los otros, sino que sus propias dimensiones organizativas tienden a derrumbarse. El tiempo se desploma y su carácter ordenador se pierde al no poder compartirse (Schutz, 1979).

En sus recorridos en busca de resolución de las situaciones de violencia, las mujeres entran en un tiempo *otro*, el de las consultas, las denuncias, las presentaciones judiciales, sin hablar de las huidas, las pérdidas, las curaciones, los lloros...

Hablar de tiempo aquí no es hablar del tiempo como algo natural, acontecido, preexistente e independiente de la experiencia humana. Tampoco es hablar de un tiempo sólo subjetivo, sino que se trata de un tiempo siempre en relación con los otros, un pasado compartido, un proyecto. De alguna manera, la idea de temporalización (Souza Silva, 2012) remite tanto a la dimensión intersubjetiva de las experiencias como a su carácter procesual. Por ende, referirse al tiempo es hacerlo en términos de temporalidad.

Retomando la cuestión de las mujeres y la ruptura de su cotidianidad para enfrentar la violencia, observamos que:

[...] se presenta como una situación extraordinaria que revela en muchas ocasiones falta de conocimientos para saber cómo actuar en cada nueva situación, lo que supone una movilización por parte de los individuos en busca de nuevos conocimientos que les permitan otorgar sentido, explicar y dar respuesta al nuevo orden de cosas. (Recoder, 2011)

Se produce, entonces, un reemplazo de actividades de rutina por el recorrido de nuevos circuitos, que abren a estas mujeres una puerta a otra temporalidad. A la par, se produce un aislamiento cada vez mayor de sus vínculos sociales que las lleva a habitar un mundo fuera del mundo de los otros (Good, 2003). La transformación que se opera en las tareas a cargo de las mujeres, principalmente en el caso de aquellas que son madres, redundará en una clara multiplicación de éstas, no ya

11. Aunque no lo tengamos presente, la vida cotidiana *se estructura* espacial y temporalmente (Schutz, 1979).

en una mera sustitución. En ocasiones, deben procurar modos alternativos del sustento familiar, reorganizar el trabajo de cuidados (cuidado de los hijos y de otras personas dependientes),¹² adaptar la vida cotidiana a nuevas estrategias habitacionales, etcétera.

Desde la perspectiva de género, el análisis del uso del tiempo resulta válido para complementar el abordaje de las dimensiones espacio-tiempo en el proceso recorrido. Al reproducir relaciones de poder, la histórica división sexual del trabajo ubica a las mujeres, aún hoy, en una posición subordinada respecto a los varones. Por un lado, se les asignan las tareas de menor jerarquía (Martínez Benlloch, 2003); por otro, aunque asuman tareas remuneradas fuera del hogar, la organización del trabajo doméstico y el trabajo de cuidados no remunerados siguen siendo considerados como responsabilidades femeninas. Esa responsabilidad *generizada* y naturalizada se traduce en una carga de trabajo que excede el tiempo que pasan en sus hogares e invade otros espacios, como el del trabajo remunerado. En referencia a esta cuestión y para superar la idea de doble jornada, Balbo (ápuđ Pombo, 2010) acuña la noción de *doble presencia*.

El desdoblamiento de los tiempos de trabajo y la proliferación de tareas que sobrecargan a las mujeres reaparecen en la categoría de trabajo de mediación que incluye, además de las mediaciones relacionales o afectivas que despliegan a nivel familiar o a través de redes sociales, las gestiones con el Estado y organizaciones comunitarias en relación con la obtención de recursos para la satisfacción de necesidades familiares (Pombo, 2010). En el mismo sentido, es destacada la categoría de *trabajo institucional* para indicar las tareas que las mujeres pobres deben realizar al vehiculizar las políticas públicas destinadas a ellas y a sus familias, que las llevan a transitar diversos recorridos en los sectores de vivienda, salud, educación y desarrollo social, cuyas políticas y programas tienen a las mujeres como destinatarias y también como

12. Los estudios feministas *del cuidado* discuten las nuevas exigencias al sistema doméstico que se producen frente a las grandes transformaciones socioeconómicas, el debilitamiento del Estado de bienestar, los cambios en las familias, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, la transición demográfica (menor natalidad y envejecimiento de la población), la transición epidemiológica (aumento de enfermedades crónicas) y los cambios en los modelos de atención (tendencia a una menor hospitalización, alta precoz, participación de familiares, autocuidado, trabajo comunitario). Se considera que la responsabilidad del cuidado está generizada. Se produce, a su vez, una naturalización del cuidado tanto por género como por clase social, por etnia y por nacionalidad (Esteban, 2003).

sujetos (responsables) de su ejecución. Con la incorporación de esta categoría a las tradicionales de trabajo remunerado y trabajo doméstico, Arpini y col. (2012) proponen la noción de *triple jornada* para visualizar el carácter tridimensional del trabajo que realizan las mujeres pobres.

El desdoblamiento de los tiempos de trabajo y la multiplicación de los espacios donde se despliegan las tareas femeninas pueden observarse claramente entre las mujeres de nuestro estudio. Para ellas, a la sobrecarga de trabajo habitual –doméstico, remunerado y de mediación– se suman nuevas tareas vinculadas a la gestión de las respuestas institucionales a la violencia: consultas en centros especializados, trámites judiciales, gestión de subsidios, tratamiento de los niños, etcétera.

Más adelante profundizaremos el análisis de esta dimensión espacio-temporal del proceso desde las experiencias relatadas,¹³ así como el repertorio de acciones desplegado por las mujeres, distinguiendo en particular las estrategias de afrontamiento (Viodres, 2010; Miracco y col., 2010).

“Tierra” o el comienzo del recorrido

Como se planteó anteriormente, en el momento en que las mujeres comienzan a comunicar la situación de violencia que atraviesan, se desencadena un proceso. Proceso que se despliega, en parte, como un recorrido laberíntico compuesto por numerosos pliegues.

Tomar un único punto para situar el arranque de los recorridos a observar puede resultar arbitrario. No obstante, el carácter altamente significativo de ese momento para la experiencia de las mujeres en situación de violencia justifica el recorte.

El punto de partida, entonces, tiene relación con la posibilidad de enunciar el problema y hacerlo visible. Relatar la vivencia implica ordenarla, armar una trama, establecer un origen. Relatar la vivencia comporta reconocer y reconocerse parte de esa trama.

Good (2003) sostiene que las estrategias narrativas juegan un papel central en la construcción de la realidad ya que permiten ubicar al sufrimiento en la historia, otorgar un orden significativo a los

13. El carácter cíclico y la cronicidad, la circularidad del encierro al modo de una trampa, se reflejarán en el modo de narrar de Rocío. Un tiempo más lineal en el relato de Carolina y de Gimena. Una forma espiralada en el relato de Joana acompañará su lectura/reflexión casi dialéctica de la situación de reconocer que su compañero era violento.

acontecimientos y facilitan la apertura a otro camino o historia posible. Una de sus funciones principales es el nombrar la fuente de sufrimiento. “Nombrar el origen del dolor es hacerse con el poder de aliviarlo” (Good, 2003: 237).

El relato constituye una cuestión clave¹⁴ porque supone una revelación, la denuncia de un evento (o varios) que se hallaban velados. Eventos producidos en general en el ámbito doméstico y que, por tanto, conservan cierta opacidad.¹⁵

Para las mujeres, este punto de partida tiene severas implicancias. Una de ellas refleja el proceso de reconocimiento de la situación de violencia que se está atravesando, comporta un reconocimiento ante sí mismas y la aceptación de que la violencia no va a finalizar si no se hace algo al respecto. Walker (2009) sostiene que las mujeres que recibieron repetidamente maltrato se perciben poco capaces para cambiar o controlar la situación de abuso y estarían condicionadas a creer que no tienen alternativas para poner fin a la violencia que atraviesan. Los trastornos emocionales asociados a la violencia, entre ellos la indefensión aprendida, la resignación, el deterioro de la personalidad y la minusvaloración que se evidencian como parte del “síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 2009), explicarían desde esta perspectiva la magnitud de la empresa a encarar.

El punto cero del recorrido y las redes sociales

La experiencia de padecimiento, al ser disruptiva, provoca una alteración que interroga al sujeto en su autorreconocimiento, en la imagen que tiene de sí y en la que se reconoce (Cortés, 1997). El sujeto, entonces, precisa de un *otro* que le permita restablecer la unidad que ha perdido y lo ayude a re-reconocerse.

14. Las propuestas de detección sistemática de la violencia de género en el sector salud enfatizan la necesidad de brindar espacios para que las mujeres puedan comunicar su situación a un profesional y cuenten con una escucha activa.

15. Aún hoy, cuando el carácter privado de la violencia familiar es cuestionado claramente desde diversos discursos y normativas (entre ellas la Ley Nacional N° 26.485), operan mecanismos que hacen que el entorno social de las mujeres, los funcionarios y los profesionales actúen como si se tratara de un problema individual sólo concerniente a las personas involucradas. Soslayando que la expresión de esa violencia en la intimidad es parte de una violencia estructural que constituye un problema social y político (Facio, 1999).

¿Qué lugar tienen esos otros para las mujeres con experiencia de violencia? Los pares, la familia, los vecinos, los agresores, principalmente en el marco de relaciones cara a cara, intervendrán en ese proceso de reconocimiento que implica una reflexión sobre el otro y sobre sí. Otras relaciones e interacciones sociales, como la que se plantea con los medios de comunicación y otros actores, también tienen protagonismo en este proceso.

La familia y las redes sociales ocupan un rol clave en la construcción de las experiencias de padecimiento, en particular en la designación o “etiquetamiento” de éstos, instancia que puede entenderse como el punto de partida para la búsqueda, o no, de cuidados y tratamiento (Kleinman, 1980).

En particular, la elección de las personas a quienes comunicar la situación de violencia estaría vinculada a la orientación de las acciones que se emprenden. Si es habitual que las mujeres inicien la búsqueda de ayuda contándolo a sus madres o padres, tal vez se deba, como plantea Sagot (2000), a que en esa primera instancia procuran apoyo y un espacio para desahogarse. En ese primer momento, no necesariamente se avienen a emprender otro tipo de acciones más radicales, como podría ser la de efectuar una denuncia policial. Frecuentemente, en esos primeros contactos las mujeres buscan una intervención que pueda lograr que el agresor detenga su violencia. Entre nuestras entrevistadas, el rol de los padres puede destacarse en ese sentido.

Como ocurre en otros padecimientos:

[...] vale observar que las decisiones respecto de tratamiento se dan al interior de un proceso complejo en el que importa tanto la adhesión de los sujetos a ciertas imágenes como las interacciones que ocurren al interior de las redes sociales de los individuos que pueden confirmar o no esas imágenes. (Alves, 1999: 136) (Traducción libre)

Como veremos, en ocasiones algunos contactos del entorno y redes sociales llevan a que las mujeres desanden un recorrido sugiriendo, por ejemplo, el retiro de denuncias, el alejamiento de los requerimientos judiciales o el desconocimiento de las medidas judiciales de protección (que pueden llevarlas a consentir el acceso del agresor al domicilio de la mujer a pesar de que aún medie una exclusión del hogar o medidas perimetrales de acercamiento).

En nuestro estudio, las mujeres entrevistadas emprendieron acciones en el ámbito público institucional en general, luego de constatar el fracaso de las intervenciones del entorno y las redes sociales.

Ariadna y su ovilla a las puertas del laberinto. Las redes sociales en las trayectorias de las mujeres

Reconociendo el carácter intersubjetivo de la construcción de la experiencia de padecimiento (Alves, 1999) y la consiguiente búsqueda de su atención o tratamiento, nos centramos aquí en el rol que jugaron las redes sociales para algunas de nuestras entrevistadas.

Las nociones de apoyo y red social se han utilizado para abordar distintos problemas sociales como la pobreza o la mortalidad infantil, reconociendo que en general funcionan como factores sociales de protección para las personas que sufren padecimientos.

El impacto del apoyo y la red social, y su articulación con la experiencia de vivir violencia conyugal, es estudiado por Ramírez y col. (2005), quienes analizan desde la percepción de las mujeres el tipo de relaciones sociales personales (de mayor o menor cercanía) con las que cuentan y cómo incide esta percepción en la búsqueda de respuestas para resolver su problema. Entre aquellas mujeres que se perciben con menos contactos sociales (red social), se produciría en mayor medida la búsqueda de atención en un centro de salud que entre aquellas que se perciben con mayor apoyo social, las que optarían por contactos del entorno cercano (Ramírez y col., 2005).

En nuestro estudio, coincidentemente con el hallazgo de Sagot (2000), identificamos que las redes familiares y de amistad han aportado a algunas de nuestras entrevistadas ayuda económica y cuidado de los hijos. Al recurrir al entorno más cercano, las mujeres obtuvieron en general un espacio de acogida (si se vieron obligadas a dejar su vivienda), desahogo y contención para la toma de decisiones.

Dos de las mujeres entrevistadas comunicaron por primera vez que atravesaban una situación de violencia a sus madres y otras dos, a sus padres. Recibieron en ocasiones un tipo de apoyo que se tradujo en recomendaciones muy precisas, como en el caso de María Paz. Ella es una joven de 24 años que tiene dos hijos de 2 y 3 años. A los 19 años se casó muy enamorada con un hombre de 36. Su marido, lo supo mucho después, es usuario de drogas. Actualmente están separados.

Bah, fui yo a asesorarme, me lo impuso mi viejo. No es que yo dije acá yo bueno, estoy viviendo una situación de riesgo. No, para nada. Entendía que había culpabilidad, había enfermedad, pero no una situación crítica de riesgo.

En nuestro estudio, tres de las mujeres recurrieron a profesionales de la salud, a los que llegaron por intermedio de conocidos o porque tenían con ellos un vínculo previo por trabajar en la misma institución de salud. Éste es el caso de Mirta (38 años), empleada de limpieza en un hospital público. Mirta nació en Bolivia y a los 9 años, junto con su familia, se radicó en la Argentina, en la provincia de Buenos Aires. Llegó a completar la educación secundaria y comenzó a trabajar a los 14 años. En los últimos diez años, se desempeñó como empleada de limpieza en hospitales públicos de la CABA. Se casó muy joven y tiene dos hijos de 10 y 12 años, con los que vive en una casa en la zona oeste del conurbano bonaerense. Hoy está separada del marido y padre de los hijos.

Yo tenía una enfermera en el hospital, en el primero. Más o menos le contaba algunas cosas. Ella me decía: no tienen por qué ver los chicos todo eso, porque vos le estás causando muchos problemas a los chicos, me decía. De una vez por todas, me dice, separate, que ese hombre no vale nada para vos y nunca te dio nada, nunca hizo nada por tus hijos, todo vos, sos vos, sos vos. Y todo este tiempo que estás con eso, yo te veo y no te conviene. Si vos tenés dónde ir, un techo, solita, andate con tus hijos, me dice. Entonces, yo, como que me fortaleció y mi hijo que me dijo... Yo más que todo, decidí por mis hijos.

Carolina, una joven de 21 años, madre de una niña de 2 años, identificó a su cuñado como una de las personas que le brindó apoyo frente a la situación de violencia y la posterior separación del marido y padre de la hija. Recurrió a él, con quien compartía tiempo, porque también le había proporcionado una oportunidad de trabajo.

Por ahí, me preguntaba... si yo... bueno, fui como hablando con él. Sí, él como que me ayudó un poco. Porque me veía mal, por ahí, a veces me llamaba él y me quedaba llorando, o cosas así. Y sí... como que me decía "no, tratá de cortarlo, tratá de..., porque te está haciendo mal a vos, le hace mal a él..." y ahí es como que yo me empecé a dar cuenta de que, estaba... me estaba haciendo mal él.

El soporte social con el que las mujeres cuentan ante situaciones violentas también puede estar ligado a las condiciones en las que se unieron a sus compañeros. Lorena (a quien conoceremos más profundamente en el capítulo "Entre el cielo y la tierra") tiene 34 años, vive en un barrio de la zona oeste de la CABA con sus dos hijos varones de 9 y

13 años, y una hija de 17 años. Del marido violento y padre de sus hijos, se había separado siete años antes, luego de once años de matrimonio y dos años de convivencia violenta.

Tanto en su relato como en el de Carolina se observa cómo el tipo de inicio del vínculo con sus parejas y la presencia de embarazos tempranos pudo haberlas colocado en una situación desventajosa para contar con el apoyo familiar a la hora de enfrentar la situación de violencia.

Mi vieja quería que abortara. No voy a abortar, ya está. Era digamos, bastante madura. Yo sabía lo que estaba pasando. Y por otro lado, me quería ir de mi casa, que era todo un quilombo mi familia. [...] Y tener un hijo era casarme y bueno, borrón y cuenta nueva y ya está, empiezo de cero.

Tal situación desventajosa, estudiada particularmente entre mujeres indígenas en México (Freyermuth ápuđ Ramírez, 2005), pone de relieve también el rol de las diferencias socioculturales en la utilización de la red de apoyo social y la percepción de la disponibilidad de los recursos sociales, que pueden o no brindar respuesta a mujeres con experiencia de violencia.

Para María Paz, el entorno se revela más como una fuente de presiones que como referentes para obtener apoyo social.

M: No podés ni hablar, de impotencia porque no sabés qué va a pasar, porque tenés toda una familia atrás. No tenés poder económico, no tenés lugar. O sea, millones de cuestiones. Eh... y no sólo eso sino que hay 30 millones de personas diciéndote qué hacer y qué no hacer. Eh...

Investigadora: ¿Y quiénes eran esos 30 millones de...?

M: Amigos, familiares, la gente que me quiere, ¿no? Y la gente que lo conocía a él que tampoco podía imaginarse que él golpeará: y no, ¿cómo? si es un amor, un divino. Y sí, es un amor, un divino, pero por momentos tenía cuestiones extrañas.

A su vez, cabe señalar que el apoyo social de familiares y amistades, los vínculos de proximidad, no necesariamente funcionan como factores de protección para las personas en los casos de violencia conyugal (Menéndez, 2006b). En ocasiones, algunas personas del entorno pueden minimizar las situaciones de violencia experimentadas o considerarlas como parte de la propia dinámica familiar, tal como sucedió en el gravísimo caso de Rocío. Su historia la conoceremos más

detalladamente en el capítulo “Entre el cielo y la tierra”; por ahora diremos que a sus 32 años tiene cuatro hijos, dos varones de 11 y 12 años de su primer matrimonio y dos niñas de 6 y 3 años de su segundo marido, de quien recibía una brutal violencia. En el relato que hace a continuación, puede ubicarse claramente que algunas recomendaciones de familiares se centran en el carácter ineludible de ciertos mandatos culturales, como el que indica que el primordial valor a cuidar y sostener, a toda costa, es la familia.

R: Finalmente me tomaron la denuncia, y al otro día tenía que ir a ver un perito y no... Mi tía me dice “no a... lo van a meter preso otra vez, no vayas”. Al fin y al cabo es el padre de tus hijas. Cortá acá, quedate acá. No vayas”. Bueno.

Investigadora: ¿La familia toda reaccionaba así?

R: La familia era una mierda.

Investigadora: ¿La tuya?

R: No, mi familia siempre bien. Y por eso, él aparte... como decir, bueno, “dejalo que haga su vida y vos empezá tu vida, pero que no lo metan preso otra vez”, porque de repente, estuvo preso muchísimos años.

En ocasiones, una red social extensa funciona como soporte emocional y contribuye a tolerar el malestar ocasionado en la pareja (Ramírez y col., 2005).

Investigadora: Y... Rocío. ¿Quiénes sabían que... que te pegaba de esa manera, que durante todos estos años vos estabas sufriendo...? ¿Quiénes... quiénes de tu entorno sabían de esto?

R: Mi mamá, mi tía, mi otra tía, mi hija, mi hija [...].

En algunos casos pudo observarse que algunos miembros de la familia llegaron a establecer alianzas con los agresores.

En el caso de Anahí, a quien contactamos con 23 años, se observa tanto la posición de su familia como su percepción respecto al apoyo social. A los 9 años sufrió abuso sexual reiterado durante un año. Mientras continuaba en contacto con el abusador (el novio de su prima), se lo contó a su madre. Catorce años después del abuso, recuerda que pedía que no la llevaran a casa de su prima y que, a la vez, sentía temor de separar a la familia a la que llamativamente calificaba como “hermosa”.

Refiere que, cuando su madre tomó conocimiento del hecho, no estuvo dispuesta a realizar la denuncia porque “no estaba de acuerdo”

y que posteriormente su abuelo le planteó que ese proceso habría sido “muy largo”. En su breve relato, ligados a los discursos familiares, aparecen los principales tópicos que ilustran a nivel microsociedad y macrosociedad la invisibilización de las violencias: ocultamiento, insensibilización, minimización del suceso, y encubrimiento de la violencia y del responsable de esa violencia (Registro de observación N° 4).

Gimena, de 30 años y una hija que al momento de la entrevista tenía 2 años, vive en la zona sur de la CABA y trabaja como profesional de la salud en un centro de atención. Durante su experiencia de violencia, se encontraba embarazada y recurrió al apoyo social de su madre y de su hermana.

Sin embargo, las recomendaciones de ambas, según relata, pusieron de manifiesto dos posiciones extremas y antagónicas de apoyo social para enfrentar el problema de violencia. La madre de Gimena, con quien ella convivía, pretendió evitar que se produjera la separación de Gimena de su novio violento:

Vivía en ese momento en la casa de mi mamá y bueno con mi mamá también tuve mucho encontronazo porque no asumía la separación, entonces bueno me fui a alquilar sola. Por suerte consigo un alquiler cerca de mi casa, así que re bien.

En cambio, su hermana le brindó acompañamiento y apoyo emocional y material para que Gimena concretara la separación y lograra sostenerla.

Mi hermana compró un montón de cosas para la casa: me regaló platos... te voy a apoyar, te voy a ayudar pero si vos volvéis con él, no.

Ahora me di cuenta porque si la primera vez si vos lo permites es culpa de él la segunda es culpa tuya porque vos lo permitís y hoy no me arrepiento, me arrepiento, me da cosa por la nena que no tenga relación con el padre.

La última gota... Los desencadenantes del proceso

La complejidad de la violencia familiar escapa a las posibilidades de esbozar ciertos esquemas y periodizaciones. Cuando nos proponemos establecer el primer tramo del recorrido de las mujeres en busca de atención, nos enfrentamos con la existencia de uno o múltiples

desencadenantes del proceso. El apoyo social, la información y los recursos disponibles, y la gravedad de la situación concurren para que un episodio (de violencia u otro tipo de acontecimiento) sea tomado como *el* desencadenante. Un punto arbitrario que dará lugar a plantear un antes y un después, un evento para marcar el comienzo de una nueva etapa.

Ese antes y después será planteado, replanteado y resignificado (Recoder, 2011) por las protagonistas de los relatos, de acuerdo con la evolución de los hechos, el tiempo transcurrido, el lugar en que se ubican respecto de la trama, etcétera.

En nuestro estudio, como en otros (Sagot, 2000), uno de los principales desencadenantes del proceso de búsqueda de atención se vincula con los hijos.

Si nos detenemos nuevamente en los registros de admisión al Equipo de Violencia, veremos que en al menos el 18% de ellos se consigna que la recomendación para que la mujer inicie tratamiento parte de las escuelas de los hijos, de sus terapeutas, de las Defensorías y de un hospital pediátrico.¹⁶

Las mujeres contactadas, con excepción de una, tienen uno o más hijos; dos de ellas tienen 4 y 5 hijos (cada una).

Para una tercera parte de ellas, el momento de inicio de la búsqueda de apoyo y atención fue motorizado por una situación de riesgo a la que estuvieron expuestos sus hijos. En los relatos, los hijos aparecen en forma permanente como testigos de escenas de violencia conyugal y, en menor medida, como víctimas directas de violencia física. En ocasiones, las amenazas de violencia se extienden a los hijos y, frente a éstas, las mujeres logran articular una reacción firme en un intento de brindarles protección. Tal como plantea Sagot (2000), es posible ubicar aquí el peso de los mandatos de género. Muchas veces, como vimos, pueden pasar años padeciendo el maltrato que ejercen sobre ellas sus parejas. Pero es sólo recién cuando el accionar del agresor se vuelve contra los hijos y se ven interpeladas en su rol de madres –responsables de la protección y el cuidado– que consiguen iniciar un proceso para enfrentar la violencia.

En consecuencia, los derechos de los hijos y las responsabilidades maternas en pos de garantizarlos prevalecerían sobre la consideración

16. Ese porcentaje es seguramente más alto si se toman las derivaciones efectuadas por el sistema judicial, las cuales se excluyen aquí por no poder discriminar cuáles tenían por objeto el tratamiento de los hijos o el de las madres.

de ellas mismas como sujetos de derecho, como personas en condiciones de hacer exigible su propio derecho a una vida libre de violencias.

En dos de los casos estudiados, en particular en el de Nancy, de 50 años, la salud de los hijos se hallaba en peligro. Nancy estructuró el relato de su recorrido en busca de solución al problema de violencia con su pareja en paralelo al itinerario terapéutico de su hija (actualmente adolescente). En el relato de esta madre se sucedieron los diversos problemas de salud que tuvo la hija desde los 6 años y que ella asociaba a la situación de violencia conyugal. Desde muy temprana edad, la niña debió recibir tratamiento psicológico por ese motivo. El desencadenante de que la mujer reanudara su recorrido en procura de atención (proceso que transitaba al momento de las entrevistas) fue un accidente grave que sufrió la hija y le provocó “una regresión”. A partir del accidente, la adolescente debió comenzar un nuevo tratamiento psicológico, en el marco del cual la psicóloga conminó a la madre a que consultara a un Equipo de Violencia (Registro de observación N° 1).

En otros de los casos, la búsqueda de ayuda fue motorizada por la violencia ejercida por el agresor contra la hija mayor de la mujer o a causa de la expulsión del hogar del hijo adolescente por parte el marido violento.

Los peligros que suscitan los agresores a sus hijos, las amenazas contra su vida y su integridad, y la extorsión de alejarlos de las madres pueden presionar a las mujeres tanto a paralizarse para evitar el agravamiento de la situación como a pedir ayuda.

En los casos estudiados, la gravedad de los sucesos descriptos operó con una contundencia tal que impulsó a las mujeres a reconocer una situación que se hallaba velada para ellas, cuando tal vez resultaba evidente para el entorno.

Los hijos constituirían un puente de salida de la experiencia de violencia que, paradójicamente, con su presencia se habría inaugurado, ya que en la mayoría de las mujeres contactadas la violencia había comenzado o recrudecido durante el embarazo.

Los embarazos, lejos de constituir una etapa vital para que las mujeres reciban apoyo y contención por parte de las parejas, en estos casos impulsaron episodios de violencia directa.

Gimena tenía tres años más que su pareja, con quien había compartido un año hasta que quedó embarazada, situación que describió como deseada y planificada. Durante el noviazgo, la pareja había atravesado episodios de violencia psicológica que, al igual que en otras historias, se agudizaron durante el embarazo.

Yo antes de enterarme que estaba embarazada lo dejé porque también pasó una situación que no me gustó... nos peleamos, se volvió agresivo. Mirá, esto no va más si vos me dejás, me mato, mirá estas son cosas que se dicen, si te querés matar, matate. Hace 3 días que no como, que pena, la verdad...

Cuando yo vuelvo con él... y de ahí en más, tomó otra actitud: ahora no te vas a ir porque tenés algo que es mío, que nos une, que nos ata. Ésa es la actitud que modificó muchas cosas [...] la situación se empezó a poner... él me revisaba el celular, me revisaba la cartera... si bien era poco... yo me podía como alejar porque yo estudiaba y trabajaba y manejaba la situación, tengo que estudiar y si querés que vaya pasame a buscar...

Y cuando quedé embarazada esa situación... traté de no ir al choque, tratar de... emparejar un poco más las cosas y él se volvió más posesivo... Bueno ahora los días que te quedás en mi casa tenés que limpiar. Porque vos ahora vas a convivir. Y de ahí en más tomó otra actitud, de hombre acá mando, que sin embargo, se contradecía porque él no trabajaba, estuvo ocho meses sin trabajar [...].

Para ambos miembros de la pareja, era el primer hijo y Gimena sabía que, por razones de salud de ella, el nacimiento sería complicado. Pero un episodio ocurrido unos meses antes del nacimiento de su hija tuvo un fuerte impacto sobre ella y resultó definitorio. Aunque no llegó a recibir golpes, fue suficiente para impulsarla a separarse inmediatamente de su pareja.

Vos siempre igual... se me viene de la cocina un tipo que pesa 120 kilos y mide 1,90. Y viene me agarra la cara, me forcejea y me tenés podrido, siempre igual me quedo dura porque... No me esperaba esa reacción otras veces, era un forcejeo, me agarraba del brazo... más que todo era psicológico: vos me tenés que apoyar, es porque estoy sin trabajo pero yo te quiero [...].

A la distancia, evaluó la situación de riesgo atravesada y consideró apropiada la decisión tomada por entonces.

Si él me hubiese empujado, si me caía conociendo además los riesgos de una caída... Que vos sabés ese hematoma que el chico tiene puede producir que quede sordo, ese hematoma no se disuelve si me hubiese golpeado y si aprieta al bebé.

En las mujeres embarazadas, los ataques de las parejas, que suelen concentrarse en la zona abdominal y la cintura, indicarían que esa

violencia física estaría dirigida principalmente a la condición de gestante (Sagot, 2000). Es el caso de Rocío, quien sufrió violencia física durante el embarazo.

Y, pero era terrible porque... él era tan violento conmigo embarazada. Él me pegaba en la panza... donde fuera... yo salía... Yo vine a... parir... a parir..., no sé cómo se dice... a... A tener a mi bebé, este... con 42° de fiebre. Si te fijaste la historia médica, dice que yo tengo... que la nena nació con sufrimiento prenatal. Y me preguntaron: "¿Vos te drogaste?". "No." "Decime la verdad, ¿vos te drogaste?" No, me había dado una paliza un día antes, que no te puedo explicar.

María Paz a los 20 años comenzó a padecer violencia física por parte de su marido (de 37 años) mientras cursaba su segundo embarazo.

Hasta que un día empezamos a pelear, no sé qué. Y... creo que yo lo toqué de atrás o lo empujé o algo así, se dio vuelta, yo estaba embarazada y estaba con Tomás, con el nene en brazos..., se dio vuelta y me dio un cabezazo. Y yo quedé sangrando.

Aquí ensaya una explicación en torno al comportamiento de su marido frente a la violencia desatada, relacionándola con la paternidad.

Pero lo veía que estaba mal, muy acelerado. Entendía también el tema de hacerse cargo del hijo, de una familia. [...], como un chico de 20. Yo entiendo las responsabilidades y lo que le generaba y desde ese entendimiento se aceptaba.

Similar es la interpretación que hace Carolina, que intenta una explicación para la violencia psicológica que comenzó a padecer por parte de su entonces marido, a partir de su temprana maternidad.

Después que nació la nena era como otro problema más... era otro chico que tenía que llevar en la mochila, porque si yo no iba con él a buscar trabajo, como que él no iba tampoco. Y si yo encontraba un trabajo, no quería que yo trabajara por el tema del celo... Es como que... no sé, como que le costó... le habrá costado el tema de la nena, no sé. Porque ya te digo, él, por ahí, antes no salía a tomar, o salía una vez por ahí, cada tanto, y no venía tan mal. Y... ya te digo, nació la nena y se transformó completamente.

Otro de los elementos que intervendría en forma notable en el arranque del proceso es la infidelidad. En un primer nivel, el develamiento de

una infidelidad operaría como un evento desencadenante del proceso de búsqueda de solución al problema de la violencia. Por otro lado, la infidelidad se ubicaría de manera transversal a lo largo de las experiencias de padecimiento de las mujeres, ya que en ocasiones constituye otra forma de violencia psicológica que suele ser utilizada por los agresores para controlar los comportamientos de sus compañeras, quienes, a raíz de la particular socialización de género, se ven presionadas a responder a las demandas del agresor para conservar la relación de pareja (Sagot, 2000).

En al menos tres relatos, la evidencia de que el marido frecuentaba a otra mujer puede verse claramente asociada al planteo de una separación, punto de partida para la búsqueda expresa de ayuda o para retomar aquella que fue interrumpida tiempo atrás.

En el caso de Lorena, la situación de infidelidad aparece directamente ligada a la primera experiencia de violencia física.

La primer paliza la dejé pasar; como unas cuantas. Obviamente primero eh... no entiendo qué está pasando. Digamos, un matrimonio lo más bien y de repente, una infidelidad... o sea, bueno, está bien, no importaba que me haya engancha... engañado con una chica, capaz. Sino lo que pasaba todo después, la violencia.

En su relato, ella refirió haberse sorprendido por la situación (de infidelidad y violencia) ya que, hasta ese momento, percibía que el vínculo familiar era sólido.

Imaginate que, estás bien con tu marido a la mañana y a la tarde pasa esto, el amor no se te va en horas. O sea, yo tuve once años de matrimonio bien, excelente, éramos la familia de tortolitos, para todos lados, los cuatro, los tres... eh [...].

Al mediodía me fui a trabajar: chau mi amor, a la noche nos vemos, y me encuentro con eso a la tarde. A partir de ahí empieza la violencia.

Otro tipo de circunstancias parecen operar como desencadenantes de manera semejante: emergen por sorpresa, repentinamente. Es el caso de María Paz, quien refiere descubrir que su marido, que consumía drogas, no lo hacía ocasionalmente.

Yo lo conocí en un buen momento de él. Porque, la verdad, no es adicto desde ahora, es adicto hace 15 años.

Ella relata que en el marco de su psicoterapia individual, con cierta dificultad, comenzó a identificar el grave problema de adicción que él tenía.

Ella trabaja con adictos. Y yo le fui hablando de ciertas circunstancias, que se yo, y ella me dijo que mi marido es adicto.

Nunca le creí, me enojé. No quería saber nada; no era adicto para mí. Jamás. Me enteré este año. Es más, después de cinco años. Me enteré, o sea, ya sé, porque me lo dijo él en la cara.

La reconstrucción de estas vivencias a partir de los relatos de las mujeres reveló que, más allá del tipo de acontecimiento que funcionó como detonante del proceso, este irrumpió abruptamente en sus vidas y parece haberlas sorprendido.

Vimos que las mujeres buscan diferentes cosas, en diferentes momentos, recurriendo a diferentes actores sociales. Pero todas buscan.

La multiplicidad de acciones emprendidas y los esfuerzos desplegados por ellas son a veces poco reconocidos y subestimados por quienes atienden la problemática. No sólo los esfuerzos son subvalorados, sino también los riesgos que ellas y sus hijos corren una vez que se desata el proceso de búsqueda de atención.

Ellas son cuestionadas y es resaltada su debilidad. Rara vez se pone el énfasis en lo inadecuado de los recursos disponibles.

Los diferentes actores moldean con sus intervenciones u omisiones esos itinerarios, desestimando gravedad o presionándolas. La ausencia de respuesta o la respuesta institucional inadecuada que revictimiza puede también potenciar el ciclo de la violencia.

Las mujeres afectadas, que no encuentran respuestas institucionales positivas, resultan revictimizadas por los propios actores intervinientes. Los servicios de salud, el sistema judicial y la institución policial contribuyen de ese modo a la invisibilización y a la naturalización, que llevan a la cronificación de la violencia. Entre aquellas que buscan apoyo y no lo encuentran se produce una situación de riesgo adicional, ya que el agresor se suele reafirmar en su comportamiento cuando observa que la mujer carece de respaldo.

¿En qué consistiría un recorrido exitoso? ¿Uno que fuera corto? ¿Uno que siguiera un orden preestablecido, sin interrupciones ni segmentaciones? ¿En un tiempo ideal? ¿Por determinados espacios institucionales?

Interrogantes que provisoriamente responderemos diciendo que, más allá de las generalidades, en este recorrido es clave el fortalecimiento de las mujeres y la libre determinación de sus condiciones de

vida, para lo cual es imprescindible el apoyo institucional y comunitario o familiar.

En las páginas siguientes, emprendemos la tarea de describir e interpretar otros aspectos de las experiencias de las mujeres.

Los diferentes escenarios se sucederán en adelante como los casilleros desplegados en el piso de un patio... Saltaremos en un pie, en dos, para adelantarnos y retroceder mientras acompañamos el relato de las mujeres.

Pero como esto no es juego, en el Casillero salud, en el Casillero la policía y el sistema judicial y en el Casillero alternativo, nos encontraremos con las experiencias (de padecimiento) de las mujeres moldeadas por las diferentes intervenciones.

V. Casillero salud

Anteriormente puntualizamos algunos de los aspectos que se presentan como obstáculos en el sistema de salud para el abordaje de las violencias:

- La racionalidad biomédica que les otorga escasa jerarquía a los “problemas psicosociales”, entre ellos, a la violencia.
- El escaso conocimiento de la dinámica de la violencia y la consecuente naturalización de los hechos violentos por parte de la comunidad y el equipo de salud.
- Las dificultades en la detección de los casos que se presentan, aun contando con protocolos de actuación.
- Las falencias en los registros hospitalarios en general.

Aquí retomaremos esas dimensiones de la dinámica institucional en el campo de la salud desde las experiencias de las mujeres en situación de violencia intrafamiliar, centrándonos en el vínculo terapéutico.

Antes de avanzar, discutiremos la relación de las mujeres con los servicios de salud, en particular los de salud mental, los cuales se articulan como una de las principales respuestas sanitarias a la violencia, al menos para este estudio.

¿De qué se quejan (o qué las aqueja)? Las mujeres y los servicios de salud

En el campo de la salud, se evidencian claramente las asimetrías de género. Emanadas de una particular distribución de valores,

símbolos y patrones de comportamiento, están presentes en las formas de percibir y conceptualizar los procesos de salud-enfermedad, tanto en términos científicos como profanos (Castro y Bronfman, 1993). Se materializan, entre otros aspectos, en el acceso a los servicios de salud y en la organización de la respuesta social a los problemas de salud-enfermedad.

Es sencillo constatar que son las mujeres quienes recurren con mayor asiduidad a los servicios de salud (Fitzpatrick, 1990). Sabemos que viven más y algunos estudios (Fitzpatrick, 1990; Castro y Bronfman, 1993) sostienen que también enferman más que los varones.

Diversas fuentes han documentado que en promedio las mujeres viven más que los hombres, pero también que enferman más y utilizan más los servicios de salud que los hombres, incluso si se excluyen los servicios relacionados con la maternidad. (Castro y Bronfman 1993: 384)

El mayor contacto de ellas con los servicios de salud se encuentra atravesado tanto por el rol de cuidadoras, que históricamente han debido asumir, como por el progresivo pasaje a la órbita del control médico de eventos otrora del dominio propio de las mujeres (Menéndez, 1994).

La salud materno-infantil es uno de los grandes desarrollos de la respuesta sanitaria, que entiende a las mujeres sobre todo como madres-reproductoras y se organiza en función de la salud de los hijos.

El actual modelo de atención está centrado en el médico, que se ubica como un sujeto que actúa sobre un objeto pasivo: el paciente. Las prácticas de atención de la biomedicina denotan un fuerte predominio de la dimensión orgánica en el abordaje de la enfermedad (definida por síntomas y signos objetivos) a la vez que se extienden progresivamente sobre ciertos procesos vitales. Con Foucault (2008), entendemos por *medicalización* a la práctica médica que opera continuamente sobre toda la vida y que, en calidad de dispositivo de poder, pone en juego el saber médico con el fin de controlar y normalizar a los individuos y a las poblaciones. Se plasma tanto en la redefinición de percepciones de los profesionales y legos como en la deslegitimación de cualquier modalidad alternativa para encarar todo tipo de padecimientos. Se trata entonces de un proceso en el que intervienen factores sociales, políticos y fundamentalmente económicos, ligados a la industria farmacológica.

Y así como determinados procesos vitales pasan a la órbita de la medicina y los padecimientos son transformados por ella en patologías, los sujetos pasarán a ser *construidos* como pacientes/cuerpos/casos/

historias clínicas; organizados como documentos sobre los que se habrá de trabajar (Good, 2003).

Respecto de ciertos procesos que viven las mujeres, discursos y descripciones médicas muestran cómo los cuerpos femeninos son apropiados y redefinidos por la ciencia.

El parto es un ejemplo (Castro y Bronfman, 1993). Tomando la maternidad como un fenómeno natural, estático y ahistórico, esta percepción biologicista y esencialista del cuerpo humano deja a la mujer circunscripta a su función reproductora y entiende que es portadora de una biología y psicología diferenciales que legitiman la división sexual del trabajo. La desigualdad de oportunidades y su responsabilidad en la esfera de los cuidados emanaría, por tanto, directamente de su función reproductora.

El predominio de la mirada androcéntrica, que se observa también en la extrapolación y aplicación a las mujeres de los resultados de investigaciones realizadas exclusivamente en varones, lleva a considerar como universal el patrón de enfermar/sanar de los varones.

La incapacidad de reconocer síntomas específicos y las diferencias significativas de la forma en que se manifiestan los procesos de salud-enfermedad-atención por sexos en función del género es una de sus consecuencias (Esteban, 2006; Tajer, 2006).

Por otra parte, el cuidado de seres dependientes sigue constituyendo una responsabilidad generizada. Las mujeres, a las que se les adjudicaría una subjetividad construida en permanente alerta a las necesidades de los otros (la abnegación de un “ser para otros”), sienten cómo los mandatos de género les exigen experimentar esa tarea como natural y positiva. El cuidado, inmerso en una lógica de sacrificio, puede entrañar un grado de reconocimiento social, pero cuando no se logran conciliar esas exigencias con la vida laboral, se producen sentimientos contradictorios que terminan impactando en la salud.

Consideradas como cuidadoras, se ven atravesadas por una situación de “descuido para el cuidado” (Lagarde, 2003), por lo que el costo de hacerse cargo de los demás (*cost of caring*), asumido por muchas mujeres, se vería reflejado en las estadísticas de salud (Castro y Bronfman, 1993; Martínez Benlloch, 2003; Esteban, 2003). Esta responsabilidad sobre una tarea escasamente jerarquizada sería también uno de los determinantes para que las mujeres presenten un índice más alto de trastornos de salud mental que los varones (Burin y col., 1990; Martínez Benlloch, 2003; Castro y Bronfman, 1993).

¿Pastillas para vivir, pastillas para ser feliz? Medicalización y psiquiatrización

El campo de la salud mental actualmente está caracterizado por la presencia de diferentes disciplinas, diversos modos de comprender y tratar los padecimientos mentales (Galende, 2008).

La salud mental, entendida como campo (Bourdieu, 2003), presenta una estructura que se define de acuerdo con el estado de las relaciones de fuerzas entre los agentes o instituciones intervinientes en la distribución del capital específico, acumulado en luchas anteriores. Este campo, atravesado por la presencia de diversas corrientes en pugna (unas que conciben los padecimientos mentales como multidimensionales, relacionales, contextuales; otras, de corte biologicista, que privilegian el abordaje individual), se enfrenta con la imposibilidad de plantearse reflexivamente las contradicciones existentes (Galende, 2008).

En esa disputa, la psiquiatría positivista considera el trastorno mental como enfermedad y toma al síntoma como el signo de un desequilibrio cerebral que se resuelve con medicación.¹ Esa postura, que supone una desubjetivación del conflicto, busca silenciar los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto (obsesión, depresión, insomnio, tristeza, angustia), dejando afuera la participación del paciente, su familia y su contexto (Galende, 2008).

En sintonía con la expansión de la biomedicina en la vida cotidiana, este enfoque se sustenta en investigaciones biomédicas que legitiman la atribución de explicaciones biológicas a los principales padecimientos y proponen soluciones basadas en la producción de fármacos específicos.

La expansión de la biomedicina también se observa en el incremento de las actividades profesionales que se realizan y se refleja en los niveles de cobertura de atención alcanzados (número de camas de hospitalización, número de partos atendidos institucionalmente, número de cesáreas, porcentajes de cobertura de inmunización, etc.). En calidad de proceso de medicalización, implica a la vez convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades (Menéndez, 2003).

La biomedicina puede ser también analizada en términos de un mercado competitivo de saberes y técnicas, que incluye procesos

1. El uso de drogas legales recetadas con poder adictivo en países como Estados Unidos ha superado el consumo de sustancias ilegalizadas y presenta más consecuencias mortales que el consumo de drogas prohibidas (Menéndez, 2012).

ideológicos, sociales y técnicos que tienen relación con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional, y por tanto no se restringe a su dimensión económica.

En particular, en el campo de la salud mental, la medicalización es congruente con la sociedad de consumo y el avance de las investigaciones de las neurociencias, las cuales son financiadas por laboratorios de producción medicinal. Un neopositivismo médico que postula al padecimiento subjetivo como problema neuronal desata una suerte de contrarreforma psiquiátrica que se presenta a escala mundial (Carpintero, 2011).

La avanzada del mercado en la subjetividad contribuye a refundar un conocimiento biológico de los trastornos mentales, a la vez que promueve que sujetos-pacientes, considerados como consumidores, persigan la resolución inmediata de su padecimiento y se vean tentados a tomar el camino más corto: los psicofármacos.

Esta respuesta a la necesidad de inmediatez (Bauman, 2002) actúa en detrimento de las psicoterapias, que apuntan a escuchar y enunciar el conflicto, y no a suprimirlo (Galende, 2008). Es más, cualquier signo de tristeza corre el riesgo de ser considerado un indicio de enfermedad pasible de ser medicado (Ons, 2009).

Las mujeres y la salud mental

Planteada la cuestión de la avanzada de la medicalización, regresemos a las mujeres. Diremos que se registra una mayor predisposición de clasificar a las mujeres como enfermas mentales, y este sesgo se reflejaría, en un nivel *micro*, en que médicos y psiquiatras se inclinan a diagnosticar ciertas patologías mentales en mayor medida en pacientes mujeres que en varones (Castro y Bronfman, 1993).

Profundizar y problematizar el análisis a un nivel *macro* permitiría otra lectura de esas diferencias. Si seguimos a Smith (ápuđ Castro y Bronfman, 1993), los términos de la explicación deberían revertirse: no es que las mujeres sean atendidas por psiquiatras porque padecen más enfermedades mentales, sino que padecen trastornos mentales porque son sometidas a una desintegración de la personalidad, que culmina en instituciones psiquiátricas pero que comienza en la casa (y podríamos agregar en el barrio, en los medios de comunicación, etc.). Por otra parte, ciertos diagnósticos diferenciales como depresión y ansiedad, entre otros, serían asignados a las mujeres sin contar con pruebas rigurosas,

relativizando los síntomas por ellas descriptos y desestimando su palabra y sus quejas (Martínez Benlloch, 2003).

Cuando las demandas de atención sanitaria son respondidas mecánicamente con la derivación a psiquiatría y la consecuente prescripción de psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos, tranquilizantes), se pone en marcha el proceso de medicalización del padecimiento.

¿Nueva...? ¿Patología...?

Es preciso recordar, remarcar y definir la violencia intrafamiliar como fuente de sufrimiento y padecimiento, e incluso como origen de problemas de salud. Entendemos que la violencia de género es “una dolencia que sin ser enfermedad, enferma y puede causar la muerte” (Riquer Fernández, 2002: 84).

El tratamiento de las lesiones físicas de la violencia, que muchas veces desatiende tanto las causas que les dieron origen como al contexto de la paciente, forma parte, sin embargo, de la tarea de atención sanitaria de rutina.

En el plano de las consecuencias físicas y psicológicas de la violencia de género no ligadas directamente al maltrato físico, es donde las respuestas del sistema de salud resultan claramente insuficientes. El campo clínico allí permanece desvinculado del deterioro del estado de salud psíquica y física de las pacientes.

Frente a la complejidad de un problema que no puede sólo reducirse a una cuestión de salud, la racionalidad médico-científica del sector se ve *forzada* a incorporar a su campo a la violencia y la caracteriza como enfermedad.

Nos enfrentamos a este proceso de patologización en el plano de salud mental a la luz de los documentos producidos por dos dispositivos pertenecientes al área de Salud Mental de la CABA. En los documentos fundacionales tanto de la Red Metropolitana de Servicios en Violencia como del Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam, 2004), dependientes de la Dirección General de Salud Mental de CABA, se hace uso de categorías propias del discurso biomédico y se considera la violencia como una enfermedad. En el documento de la Red Metropolitana de Servicios en Violencia, se observa la atribución de un carácter *patológico* a la violencia cuando se propone:

[...] reordenar y reconvertir los recursos humanos por medio de la capacitación, con la finalidad de aumentar el número de profesionales y la especialización acorde con las exigencias de esta patología. (Red Metropolitana de Servicios en Violencia, 2009)

Por su parte, el Programa de Investigación y Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental (Pivesam), cuyo objeto es describir el perfil sociodemográfico de los pacientes y sus diagnósticos aplicando la clasificación establecida por el CIE-10 (ICD) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*,² enmarca a la violencia dentro de las nuevas patologías.

[...] hay datos que permiten inferir aumento de los trastornos mentales y del comportamiento a lo largo de las últimas dos décadas, especialmente en lo que se refiere a los trastornos de la ansiedad y las depresiones así como a las llamadas nuevas patologías, como los trastornos de la alimentación, la violencia en todas sus formas –familiar, social, abuso de menores– y las adicciones a drogas y alcohol, cada vez de comienzo más temprano, sin dejar de mencionar los accidentes y el suicidio. (Pivesam, 2004)

La emergencia de ese conjunto de “nuevas patologías” es ubicada por el mencionado documento en las últimas dos décadas. En coincidencia, Minayo (2005) plantea que la incorporación de la problemática de la violencia a la agenda de salud en América Latina se produce recién a partir de los años 80.

Definir y clasificar. El DSM IV

La multiplicidad de líneas teóricas y escuelas que imperan en el campo de la salud mental producen disputas en torno a la clasificación de los padecimientos mentales y el uso de categorías diagnósticas.

El DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), desarrollado por la *American Psychiatric Association*, propone un sistema de clasificación de diagnósticos. Desde una perspectiva de género, su análisis nos proporciona una radiografía acerca de la salud

2. Retoma categorías del DSM IV.

mental cuyo valor es poner de manifiesto la relación entre los roles de género y la sintomatología.

Luego de desplegar un minucioso análisis por sexo de las categorías diagnósticas del DSM IV y de constatar la presencia de diferencias, Martínez Benlloch (2003) exhorta a tomar en consideración dimensiones que den cuenta del peso de la cultura en la subjetividad, para analizar críticamente los procesos de medicalización de los malestares y considerar la implicancia de ideales culturales respecto del cuerpo y los roles de género.

El análisis del DSM IV desde una lectura crítica también proporciona valiosos aportes a la comprensión de las respuestas a la violencia de género. Souza Silva (2007) reflexiona sobre el origen y las características de la categoría *estrés postraumático*³ citando a Ballone (ápuđ Souza Silva, 2007), quien describe el rol desempeñado por ex combatientes de Vietnam y la presión por éstos ejercida para la inclusión de la categoría diagnóstica en el DSM III. Sostiene que, a partir del nuevo diagnóstico, estos actores adquirieron estatus de víctimas y recibieron el aval del poder médico; dejaron en evidencia el proceso de construcción social de los diagnósticos. Este proceso, en el que intervienen factores sociales, culturales y políticos, llega a movilizar a una verdadera “industria del trauma”, centros especializados, peritos, fondos públicos, etcétera.

La utilidad social de la categoría psiquiátrica *estrés postraumático* se evidencia en la tendencia a reducir la complejidad de las experiencias vividas, a partir de una medicalización precipitada (Souza Silva, 2007).

Respecto a la articulación de este diagnóstico con la violencia, se distinguen la categoría de “*estrés postraumático de la violación*” (Burguess y col. ápuđ Souza Silva, 2007) y una subcategoría que refiere a las experiencias de mujeres que sufren maltrato, el “*síndrome de la mujer agredida o maltratada*”, centrado en el proceso de indefensión aprendida y el ciclo de la violencia (Walker, 2009).

Reconociendo la complejidad del tema y sin pretender aquí agotarlo, plantearemos que la primera categoría simultáneamente tiende a considerar a la mujer violada con un daño irreparable y hace foco en las

3. Existe un cierto consenso actualmente que para utilizar la categoría de *estrés postraumático* ya no se requiere que éste haya sido originado en un evento extraordinario e inesperado, de manera que la mayoría de las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato quedarían comprendidas (síntomas como reexperimentación, depresión, ansiedad, disminución de la autoestima, etcétera) (Álvarez, 2006).

estrategias individuales o psicológicas, sin considerar las interacciones sociales producidas. Por ello, habiéndose nutrido de nociones que fueron acuñadas con el objeto de abordar enfermedades crónicas y que pueden ser sumamente valiosas para la comprensión de diversos padecimientos, como las experiencias de violencia, Souza Silva (2007) plantea la noción de “construcción social del trauma”. A partir de ella, busca trascender la posición de las teorías del trastorno postraumático que oscurecen dimensiones centrales de la experiencia humana, y desconocen cómo la vivencia individual se inserta en las redes sociales de los sujetos y encuentra o no repercusión en instituciones.

La segunda categoría, el “síndrome de la mujer maltratada”, fue incorporada al DSM IV, y su utilidad fue ampliamente reconocida para fundamentar procedimientos judiciales (peritajes) y determinar modalidades de intervención –por ejemplo, si es o no viable la alternativa de una mediación judicial– (Facio y col., 1999).

Sin embargo, su utilización a la vez despierta un importante número de críticas. La denominación *síndrome* sugiere que se trata de una enfermedad y desplaza el centro del problema desde la racionalidad hacia la capacidad mental de las mujeres.

Por otra parte, resulta al menos cuestionable la posibilidad de aplicar un modelo único en todos los casos, dado que, aunque tengan elementos en común, las experiencias de las mujeres son complejas y diversas.

Otro de los señalamientos apunta a que el uso de la categoría promueve la creación de una imagen de mujer sufriente, que muchas veces no se condice con las características de las mujeres que llegan a desarrollar diversas estrategias y revelan una capacidad activa y de resistencia (Facio y col., 1999).

A su vez, si se encasilla a la mujer en un cuadro clínico y se supe- dita su experiencia y su palabra exclusivamente a un saber instituido desde el campo “psi”,⁴ se dejan de lado los complejos mecanismos que llevan a que alguien quede *etiquetado como víctima*. Puede ignorarse que el proceso de victimización, considerado como proceso social, involucra un sinfín de intereses que convergen en un mercado que provee servicios que tienen su razón de ser si existe demanda para ellos, si existen víctimas (Green, 2007).

4. Es de uso habitual para hacer referencia al campo de la salud mental.

La intervención “psi”, el dispositivo de atención y la experiencia de las mujeres

En ocasiones observamos que algunos casos de violencia que llegan a los servicios de salud son rápidamente derivados a salud mental. El médico, en general, no detecta la situación de violencia, pero cuando se le presenta como evidente, la deriva. Cuando deriva (a Trabajo Social o Psicología), se desentiende, abandona. Se produce así un deslizamiento hacia la psicologización o psiquiatrización del problema, que implicaría su reducción a un solo aspecto (Riquer Fernández, 2002).

Una de las psicólogas del servicio de Obstetricia argumenta en este sentido:

Porque cuando yo ingreso al servicio, lo que noté fue una tendencia a la psicologización del problema. Yo le llamo a esto que de repente un problema complejo se considera que la única respuesta es la que puede dar el psicólogo y el trabajador social, un “combo de resolución del problema”. (Entrevista de contexto con profesional N° 1)

Si se toman en consideración sólo los aspectos psicológicos de la violencia, la práctica más frecuente es la derivación a Salud Mental. Los médicos que reciben a la mujer la derivan y no se llega a profundizar ni en el tratamiento ni en el conocimiento de las cuestiones orgánicas. Claramente, ante algunos problemas de salud, se evidencian como determinantes factores de contexto y de la experiencia del paciente (Martínez Benlloch, 2003). Ciertos trastornos como los gastrointestinales, de alta prevalencia en mujeres, estarían asociados a problemas como ansiedad, depresión, etcétera.

Este tipo de intervención fragmentada y las escasas posibilidades de seguimiento de la evolución de los pacientes, que trascienden la problemática de la violencia, conspiran contra una mejora en la capacidad diagnóstica.

Falta tender un puente que una el campo clínico más o menos generalizable o común que presenta una persona inmersa en el círculo de violencia, con el deterioro en su estado de salud psíquica y física. De tenderse ese puente, quizá los/as médicos/as no sólo derivarían a las mujeres al área de Psicología, sino que se harían cargo del seguimiento desde su campo de especialidad. (Riquer Fernández, 2002: 100)

La psicologización de la violencia implica necesariamente el abandono de sus dimensiones tanto orgánicas como sociales.

Yo pregunto quién te deriva y yo ahí sé dónde estoy parada; es que hay pacientes que no saben...

“Me derivó la doctora”, que las mandó a sacarse sangre, al dentista y acá.

Lo que hacemos es volver a citar y muchas veces en esa segunda cita no vienen, otras sí, vienen con alguna pregunta: me quiero separar, no puedo... alguna pregunta que se arme respecto a qué hacer. (Entrevista de contexto con profesional N° 1)

Cuando la violencia es tomada por la medicina, es finalmente el psiquiatra (no otra especialidad) quien reconstruye el problema como patología. En ocasiones, cuando el abordaje queda en manos de la psiquiatría, se tiende a cosificar, localizar y manejar el padecimiento a través de la prescripción de medicación (Riquer Fernández, 2002).

El consumo de psicofármacos (drogas lícitas) en las mujeres, en lugar de constituir un comportamiento ligado a la transgresión, como podría ser el consumo de sustancias ilícitas en varones, puede comportar una estrategia de afrontamiento⁵ (Martínez Benlloch, 2003).

La ingesta de psicofármacos (tanto prescritos como autoadministrados)⁶ lleva a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres en situación de violencia por dos motivos. Uno de ellos es el impacto de la estigmatización, que refuerza la idea de que el maltrato responde al carácter psicopatológico de la mujer agredida y la culpabiliza. Otro de los aspectos que aumenta en forma directa la vulnerabilidad es que el efecto de la medicación psiquiátrica provoca alteraciones en el comportamiento de las mujeres; en ocasiones obtura la capacidad de comprender el malestar y actuar con conciencia para enfrentar

5. El afrontamiento sería un conjunto de esfuerzos que se utilizan para manejar diferentes situaciones adversas, desagradables, estresantes a lo largo del tiempo y de acuerdo con contextos específicos. Forma parte de un proceso, no se trata de una acción aislada: se trata de un conjunto de respuestas desarrolladas en interacción con el medio (Viodres, 2010). La voz que se utiliza en portugués es *enfrentamento* y reconoce su antecedente en la noción de *coping* (luchar, enfrentar).

6. Países que analizaron en profundidad la problemática (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia) coinciden en que las pautas de consumo de psicofármacos señalan que la tendencia internacional indica que las mujeres representan el doble de los varones en el consumo de psicofármacos (Burín y col., 1990).

contradicciones entre sus deseos y su realidad (Galende, 2008). Pero fundamentalmente produce que sus reacciones se lentifiquen, y les impide actuar y defenderse de la agresión.

Los psicofármacos fueron referidos en numerosas oportunidades por las mujeres de nuestro estudio, que mostraron cierto conocimiento (mencionándolos por sus nombres comerciales) y una vasta experiencia en su consumo, ya sea bajo indicación médica o en forma autoadministrada.

El uso de los medicamentos que en algún momento fueron recetados puede interpretarse como un movimiento de apropiación por parte de las mujeres que se relaciona con los procesos de autoatención. La autoatención es una práctica cotidiana; incluye un conjunto de prácticas que se utilizan para la obtención de diferentes beneficios mentales y físicos.

Si bien constituye el primer nivel de atención, no podemos reducirla a las respuestas que se dan los conjuntos sociales y los sujetos frente los padecimientos (Menéndez, 2003).

Desde esta perspectiva, la automedicación se refiere tanto al consumo autónomo de antibióticos, analgésicos o psicotrópicos en calidad de fármacos, como también al consumo de diferentes sustancias (tisanas, alcohol, etc.). “Será la intencionalidad con que se utilice cualquiera de estas sustancias la que le dé el carácter de automedicación” (Menéndez, 2003: 202).

La autoatención, y en particular la automedicación, se ven fomentadas por diferentes factores.

[...] debemos reconocer la existencia de muy diferentes sectores sociales y de objetivos personales que potencian la autoatención, incluida la automedicación. (Menéndez, 2003: 203)

El sector salud generalmente impulsa la autoatención y en particular una de sus formas, la automedicación, promoviendo en las mujeres, por ejemplo, el uso de píldoras anticonceptivas. Sin embargo, el mensaje del sector salud es contradictorio ya que cuestiona y critica el uso de otros medicamentos, entre los que se ubican los psicofármacos (Menéndez, 2003).

“Empastilladas”. El proceso de medicalización y la figura del psiquiatra en casos de violencia familiar

Señalamos ya que la mitad de nuestras entrevistadas había atravesado con anterioridad una experiencia de atención en salud mental y que, ciertamente, en cinco de los casos se habían registrado tratamientos psiquiátricos, incluso con internaciones.

Rocío refirió haber vivenciado varias internaciones psiquiátricas que ella asoció a momentos en que se angustiaba por algún comportamiento del marido y abusaba de medicamentos psicofarmacológicos. Cuando relató experiencias en las que había recibido medicación psiquiátrica por indicación médica, se mostró sumamente crítica.

Pero durmiéndote con pastillas, pastillas, pastillas... vos no ves, no estás alerta. O sea, es como estar empastillada y que el tipo entre a mi casa y me mate a todos mis hijos. ¿Vos no sabés... lo que él está pensando, lo que él... o...?

Percibía cabalmente el peligro que comporta el exceso de psicofármacos para una mujer en situación de violencia: enlentecimiento de los movimientos y disminución de la capacidad de alerta y reacción.

Acerca del modo en que operaban los profesionales que la atendían en esas situaciones, lamentó que apuntaban a la atención de ella y “nadie hacía nada con él”. Percibía esta intervención como estigmatizante: “Es como que vos quedás como la loca, y la otra persona... bueno, listo. «Pero dejalo, mamita» todos te dicen”.

Sólo en los tramos de la entrevista donde abordamos el tema de la atención psiquiátrica, aparecen referencias a la locura. “La psiquiatría la enloquece”.

Ahora, lo que me pasa mucho a mí con el tema de la psiquiatra es que... yo de un primer momento le dije a la psiquiatra que yo no quería pastillas, porque yo tenía problema con las pastillas. No me las tomaba... y cuando el aire pasaba por el sudoeste y yo me sentía mal, me las tomaba todas juntas. Y la psiquiatra es un tema que no me analiza mucho, me pregunta: “¿qué querés que te dé?”. ¿Y cómo voy a saber yo, qué soy, un cojito de indias?

El problema que le acarrea a Rocío el uso de medicación psiquiátrica, según revela, no es tenido en cuenta por los especialistas.

Igualmente, todo esto me hace sentir un poco de culpa, porque parece que si estuviera tomando pastillas, me estuviera drogando... Y en realidad, si no me las tomo eh... vuelvo loca a toda mi familia. Porque estoy tan nerviosa, tan... eh... desbordada, y tomándolas yo estoy normal.

Investigadora: ¿Vos tenés miedo de tomar pastillas...?

Tengo miedo porque se me haga un hábito, y termine hecha una loca que si no tiene la pastilla...

A pesar del vínculo que Rocío tiene con la institución y el aprecio por la labor de la psicóloga que la atiende, cuestiona firmemente la intervención de la psiquiatra, cuyo accionar no cumple con sus expectativas.⁷

“¿Qué estás tomando de... de... cómo se llama...?” “Xxxx.” “¿Te hacen bien?” “No puedo dormir, igual.” “Bueno, la cambiamos. ¿Y cuántas Rivotril te estás tomando?” “Eh... dos por día.” “Eh... bueno, vamos a pasarte a 4. Y vamos a ver si con esto va, si no va probamos otra cosa”. Y... no estuvo el momento... ¿Dónde está el análisis...?”

La descripción que hace Rocío deja traslucir la precariedad del vínculo terapéutico y la escasa contención brindada por el profesional, situación que también está presente en la experiencia de Lorena.

Cuando empiezo la terapia, me tocó un profesional, un hombre: me trataba de loca. Yo sentía que me trataba de loca. Me parecía una falta de respeto que por ese lado al Alvear dejé de ir. Ojo, quizás sea yo también, es mi problema y que no haya encontrado un profesional, no que todos eran malos. Te digo lo que me pasaba. Hablaba conmigo: ¿cómo estás? Bueno, esto va a pasar, bueno, pero todos tenemos problemas en la familia... Como que era convencerme. Y me ponía de ejemplo su vida.

La minimización de la situación y la *banalización del sufrimiento del otro* se expresan también en el accionar médico que describe Lorena. Entre nuestras entrevistadas y los operadores intervinientes en la Justicia y otros servicios de atención, se produce una suerte de distanciamiento.

7. En general las mujeres maltratadas tampoco responden a las expectativas del equipo de salud. Son “pacientes imperfectas” debido a las secuelas que presentan, al modo irregular de consulta y a la escasa y lenta respuesta positiva a los tratamientos médicos (Lemelson, 2008).

Al enfrentar la sucesión de las mismas desgracias, algunos actores suelen experimentar cierta extinción de los afectos como forma de poner un límite para no llegar a implicarse excesivamente con el dolor y la frustración del otro. “El otro”, en este caso una mujer en situación de violencia, con su sufrimiento generaría, en ciertos profesionales, un “desprendimiento moral” (Hughes ápuđ Fassin, 2003).

A su vez, en el relato que hace aquí Lorena, se describe una alianza entre dos hombres, el psiquiatra y el marido violento.

Este... Bueno, yo me iba del consultorio, entraba Jorge y se quedaba como una hora hablando; y a mí me atendía en muy poco tiempo. Y cuando Jorge salía era peor. Llegábamos a casa y Jorge se burlaba de mí: ¿te das cuenta que lo que él está diciendo es que la que está loca sos vos?, eh, la que tiene que cambiar sos vos, me..., estuve una hora hablando con él... Verdaderamente, no sé si era una hora pero era un montón. Y este... tenés que cambiar esta forma... En ese momento, todo lo que él me decía yo lo tomaba muy en cuenta. Sí, yo estaba mal de la cabeza en ese momento, estaba perdida en un poco en las cosas. Supuestamente, no, supuestamente no. Íbamos al médico, yo entro, me dice una cosa, entra él, supuestamente que es el sano. En mi cabeza en ese momento Jorge era el sano, que llevaba las cosas... Me convencía de todo lo contrario. Hasta que empecé a dejar la medicación un poco porque ya me sentía un poco mejor. Me habían dado ansiolíticos, antidepressivos...

El relato de esta alianza se repetirá más adelante en el caso de Cecilia, quien era llevada por el marido al consultorio particular de su psiquiatra personal. El marido conseguía que la medicara hasta dejarla “dopada”.

Lorena seguía siendo maltratada psicológicamente y golpeada sistemáticamente por quien se había constituido en el responsable de “cuidar” de ella, su marido. Esta encerrona es originada por una práctica que parte del dispositivo psiquiátrico (a la vez ideológico) que requiere que otro cuide, tutele o se haga cargo de una persona a la que se considera enferma e incapaz. Aunque Lorena se reconoció como enferma, no cesó de denunciar los comportamientos de su marido ante el psiquiatra.

Este... no fui más. Jorge me obligaba a ir. Le dije no voy más porque al final hace terapia conmigo, hace terapia con vos. Yo estaba mucho mejor, yo me daba cuenta de que me estaba manipulando Jorge de nuevo. Y eso que estaba enferma. Perdía las cosas y con medicación me di cuenta que... Aparte, escuchame,

como le decía yo al psiquiatra: “Salimos de acá, va a mi casa y al rato me está pegando, que porque soy una inútil y demás”. Y yo se lo contaba al psiquiatra como denunciando a Jorge, como para que me escuchara, o sea. ¿Entendés? Eh, me sigue pegando. Vengo acá, para hablar con vos, para estar mejor, llego a mi casa y me pega.

Lorena sufrió más de una internación psiquiátrica y, al igual que Rocío, menciona que el rechazo que le provocó el estado de las pacientes internadas resultó un desencadenante para salir de la situación de internación.

¿Cómo salgo del Alvear? [...] La misma mirada de ver la gente... son todas sonámbulas. Vos viste lo que son... porque vos lo tenés que saber... La gente está muy medicada, caminan muy mal, se expresan muy mal, están muy empastilladas esa gente. O sea, yo también estaba así, pero siempre pensando, enferma y todo, yo no quiero estar así, no quiero verme así. O sea, tengo tres nenes, Gastón era chico.

El proceso que se requiere para abandonar la medicación psiquiátrica resulta una tarea ardua, que las mujeres entrevistadas han debido transitarlo en soledad y con escaso apoyo. La abstinencia de psicofármacos es un momento delicado en todo tratamiento de desintoxicación: requiere un apoyo específico y contención. Los síntomas que se presentan por haber suprimido o disminuido el uso de psicofármacos, o la necesidad de una nueva prescripción, originan numerosas consultas en los servicios de emergencia de los hospitales (Brasesco, 2010).

No obstante el peligro que comportaría para las mujeres el cese de la ingesta de psicofármacos, advertimos en sus relatos que constituye una de las tantas formas que ellas encuentran para enfrentar la situación.

Bueno, con las pastillas me pasaba lo mismo. Me hacían bien. Yo sentía que mi autoestima estaba mejor, que tenía más ganas de levantarme y como que no me costaba tanto hacer las cosas, este..., hasta que las dejé. Un día dije no tomo más. Las tomé, la abandoné y a ese psiquiatra, y a ese psiquiatra, porque era... Viste que en el hospital Alvear te dan la medicación, no fui más.

Una de las experiencias de internación psiquiátrica de Rocío culmina cuando se escapa de la institución, motivada por las posibles consecuencias de la intervención médica.

Hay policías, todo ahí. Pero yo me di cuenta que... en realidad, me estaba durmiendo a mí misma y que yo no estaba loca. Entonces, cuando me pasaban la medicación yo no me la tomaba, y me empecé a poner mejor, o sea... mejor al nivel que me podía levantar, me pinté, me arreglé y me fui como si fuera de la visita. Porque si no, hoy estaría internada, sí ya loca, de tanta medicación.

Tal como parece percibirlo Rocío, resulta evidente que el dispositivo psiquiátrico, entendido como dispositivo de poder (Foucault, 1983), a través de la práctica de atención y prescripción de psicofármacos, *crea al enfermo mental*.

En el consumo problemático de psicofármacos, puede rastrearse una prescripción realizada inicialmente por un profesional en aras de la disminución de síntomas vinculados a la esfera de las emociones.

Este tipo de consumo, al que se le puede sumar la ingesta de alcohol, en las mujeres suele estar asociado a la presencia de problemas y tensiones en el hogar. Situaciones de violencia familiar serían “mejor toleradas” con el uso de alguna sustancia (en general lícita) como estrategia para anestesiarse el dolor (Brasesco, 2010).

Tanto los psicofármacos como el alcohol son las sustancias que ayudan a estas mujeres a “sostener” su vida familiar y soportar esta vida durante años, sin que nadie sospeche la situación por la que están atravesando. (Brasesco, 2010)

Retomando el planteo de Menéndez (2003) respecto a que la intencionalidad con la que se utilizan las sustancias es la que otorga el carácter de automedicación, consideramos el fenómeno de las intoxicaciones por uso de psicofármacos.

Entre las mujeres jóvenes atendidas por consumo abusivo de psicofármacos, la intencionalidad de éste se asocia a dos situaciones: la búsqueda de anular un síntoma resistente (por ejemplo el insomnio) o el suicidio (Brasesco, 2010).

No es un dato menor que en nuestro estudio, en todos los casos en que hubo referencias a intentos de suicidio y/o ideación suicida, se trató de mujeres que habían estado bajo tratamiento psiquiátrico, incluso con internaciones. Y los psicofármacos fueron el medio que utilizaron en los intentos de quitarse la vida o el que tuvieron en cuenta para su planificación.

Resulta altamente significativo que el intento de suicidio o la ideación suicida no fueron mencionados entre quienes nunca estuvieron en

tratamiento psiquiátrico. Retomaremos este punto en la sección “Entre el cielo y la tierra”.

De cómo pega que te peguen Experiencia de enfermedad, cuerpo y violencia

[...] él me pegó, mirá lo que me hizo. Mirá como... así tenía la... como siete días tenía así la boca hinchada, la cara del golpe. Eh, no fui a trabajar 25 días no fui a trabajar esa vez. ... Porque me daba vergüenza. Así todo y... (Mirta)

Todas las mujeres que participaron de nuestro estudio han tenido numerosos contactos con los servicios de salud. En los relatos que aquí reunimos, se ilustran algunos de esos encuentros y se retoman dimensiones antes planteadas, pero esta vez desde la perspectiva de las usuarias.

Rocío describe una serie de trastornos físicos que ella asocia directamente con su experiencia de violencia. Esta relación que establece entre la violencia y su sintomatología en el relato aparece como convalidada por el saber profesional.

Y esos tres meses que estuvo ahí, fueron de pegarme, y pegarme, y pegarme... me pegaba con... con las llaves en la cabeza, este... el doctor... el oculista me dijo a mí que... eso de que yo perdí la vista tanto en tan poco tiempo tiene mucho que ver con los golpes. Porque perdí la vista... O sea, influyó en la salud también. El año pasado a mí me operaron... me operaron de cáncer en el útero... Este... porque yo creo que... ¿viste que dicen que el cáncer... eh... se activa cuando vos pasás por algo muy...? Y yo creo que tiene mucho que ver todo con todo. Y él me decía: “Ah, te vas a secar como una planta y a tus hijas las voy a criar yo con otra” y... eso es horrible [...] O sea, de repente me di cuenta de que no veía nada, y también las patadas en la cabeza... uno no sabe. Bueno, ahora me quieren hacer electros también, para ver si la cabeza también... La cabeza no funciona bien, pero bueno, es lo que hay. Quedó como quedó, gracias a Dios que quedó.

La medicina no sólo está implicada en la imagen que nos formamos sobre los padecimientos, sino que *produce* padecimientos en términos de diagnóstico. Transforma los padecimientos en diagnósticos de base orgánica.

Y bueno, había momentos de que se me cortaba la respiración, el aire. Iba a la guardia o muchas veces vino el SAME a mi casa porque me ahogaba, me asfixiaba; cuando realmente no me pasaba nada de eso porque... O sea, son crisis [...]. Pero nunca tuve un problema en el corazón en ese momento...

Joana, de 23 años, tiene un hijo de 3. Fue criada por sus abuelos porque era niña cuando sus padres fallecieron a causa de una enfermedad. Sufrió numerosos episodios de violencia física con su compañero y padre de su hijo.

[...] la verdad que nunca nunca fui al hospital. Por ahí, o sea, por ahí sí hubiera sido necesario, revisarme o algo, por ahí la cabeza. Bueno, había épocas que nos peleábamos muy mal. Hubo pocas veces que nos peleamos muy mal. Y la verdad es que nunca fui al hospital. [...] Nunca me abrió, digamos, la cabeza como para que... Si hubiera habido sangre, quizás...

En el relato, la consulta médica por violencia se asocia a la atención en servicios de emergencia. Las consecuencias físicas de la violencia y el daño en el cuerpo (lesiones graves) habrían motivado el acercamiento de Joana a un hospital para buscar atención. Del mismo modo que para el paciente, para el médico la enfermedad se experimenta a través del cuerpo. Pero para el paciente el cuerpo es también la base de la subjetividad, que no puede separarse de la dimensión física. “El cuerpo es un desordenado agente de la experiencia” (Good, 2003: 216).

Al momento del estudio, Cecilia contaba con 40 años y sufría violencia psicológica, física y sexual de parte de su marido desde hacía más de veinte años. Tenía dos hijos; refirió haberse embarazado al no cuidarse porque él decía ser estéril. Él “la quería sujetar por los hijos”. En su relato, apenas susurrado, tendió a “construir una biografía que diese sentido a una vida de sufrimiento” (Good, 2003: 220). Trajo el cuerpo (imposible dejarlo afuera debido a su notorio deterioro), refirió varios y serios problemas de salud: “Mi cuerpo hace 21 años viene lastimado”. Trastornos ginecológicos, a los que se agrega que debía utilizar anticonceptivos a escondidas porque, si el marido la “agarraba”, la “embarazaba”. “Me iba llorando porque me quería agarrar y terminaba durmiendo en el piso del baño.” Sufrió problemas traumáticos y una anorexia que la llevó a pesar 35 kg. Aunque cuando la conocimos en la instancia de admisión al Equipo de Violencia había recuperado algo de peso, su aspecto era de extrema fragilidad y el deterioro físico era evidente.

En su extensa trayectoria terapéutica, encontramos una amplia galería de actores: gran parte de las especialidades del equipo de salud estaba allí.

A través del cuerpo, se experimenta la enfermedad como un cambio en el mundo cotidiano. La enfermedad (también otras experiencias límite) cambia la vivencia/experiencia corporal del mundo y da lugar a cierta reconstrucción del mundo vital, ese mundo intersubjetivo de experiencias vividas comunes e inmediatas. Con la enfermedad surge la amenaza de que ese mundo sea sistemáticamente subvertido y transformado. Ese mundo parece deshacerse.

¿Qué ocurrió allí con el cuerpo de Cecilia? ¿Cómo pudo pasar inadvertido tanto su cuerpo como su experiencia para los servicios de salud?

Si para el enfermo no sucede nada más, todo se interrumpe, ocurren apenas *ahoras* siempre similares. Si el dolor pasa a invadir toda la vida cotidiana, el cuerpo, que hasta entonces estaba implícito, deja de ser algo obvio porque se ha convertido en un problema (Good, 2003).

Y aunque frente al dolor la percepción de que compartimos el mundo con los que nos rodean se desvanece y la significación cambia y adquieren importancia cosas muy distintas en la vida, ese cuerpo que se encierra en su dolor es, a la vez, el único lazo con el mundo.

La historia de violencia de Cecilia, con más de dos décadas de padecimiento físico y mental –atravesado por numerosas denuncias y procedimientos judiciales–, deja ver que las intervenciones de salud resultaron, cuanto menos, fragmentadas. Según su relato, recién ese año en que la conocimos, con ayuda de su hijo de 20 años, había podido acceder a un tratamiento psicológico (de sólo cinco sesiones porque su hijo no le podía pagar más). Refirió que durante años el marido la “llevaba al psiquiatra” y que hacía mucho tiempo había concurrido “sólo un año a terapia familiar”.

Al momento de nuestro encuentro, seguía tomando tres medicamentos psicofarmacológicos que mencionó por su nombre. Sin embargo, relató como parte de su pasado que había vivido largo tiempo “dopada entre cuatro paredes” (Registro de observación N° 6).

Se requiere entender que la *figura del paciente* se delinea a partir de la imposición y del reconocimiento de definiciones, categorías y conocimientos específicos que sedimentan y se transforman en hábitos, consolidando la experiencia de padecimiento como enfermedad y las de la atención y los cuidados (Recoder, 2011). Resulta necesario también problematizar los procesos de designación o “etiquetamiento” de un padecimiento (Kleinman, 1980).

Coincidimos aquí con el planteo de Good (2003) acerca de la necesidad de integración de la experiencia⁸ de los pacientes, entendida como experiencia humana, en los relatos de la enfermedad.

La puerta del sistema de salud

Retomamos el problema de la visibilidad/invisibilización de la violencia de la mano de la experiencia de Miriam. Es tal vez, de los casos que conocimos, el que refleja mejor la falta de detección (hasta podríamos decir la negación) de la violencia en el sistema de salud. Miriam tiene 47 años, dos hijas jóvenes, se había casado por segunda vez unos meses antes de conocerla, vive en la CABA y trabaja en una dependencia pública. Su aspecto, arreglado pero sobrio, es el de una mujer que goza de cierto bienestar económico. A la semana de vivir un episodio de violencia física, en el que su marido le había ocasionado lesiones, buscó atención médica en su obra social y encontró una resistencia que ella atribuye al hecho de haber mencionado la situación de violencia atravesada.

[...] estaba sola, llena de reproches y con dolor... y el médico clínico ni me quiso revisar, le pedí..., no me quería ni recetar... le explico al médico... dice que es por los nervios.

Las dolencias no visibles desafían la realidad de los padecimientos y desautorizan al paciente (Good, 2003). En este caso, el médico clínico que la atendió precariamente, sin indicar la realización de estudio complementario alguno (radiografía, etc.), la derivó a una trabajadora social (de esta intervención no tenemos registro).

La objetivación verbal, la comunicación de la experiencia a los demás y por lo mismo la extensión del yo al mundo quedan cada vez más reducidas a expresiones de dolor. (Good, 2003: 232)

Debido a que seguía dolorida, Miriam decide recurrir a otra médica. En este nuevo contacto, la profesional le solicita estudios complementarios y con ellos le detecta la lesión que tenía: un ligamento cortado. La médica le indica kinesiología para el tratamiento de la lesión, pero no conversan acerca de la violencia que la había originado y que todavía la

8. La idea de experiencia se contrapone a la de exposición a la enfermedad.

angustiaba. Por ende tampoco queda el registro escrito en su historia clínica: “No asentó nada... en la historia. Tuve que decir que me habían querido robar y ahí todo bien... me atendieron”.

El trato despersonalizado por parte del equipo de salud suele provocar en los pacientes falta de confianza en la labor de los profesionales intervinientes. La pérdida de autonomía del paciente sobre su propio cuerpo y la desvalorización (discriminación) por características particulares son otras de las constantes que acompañan este tipo de (des)vínculo.

Deslandes (2000) rescata la noción de *amenaza a la identidad personal* para dar cuenta de la interacción negativa que se produce entre profesionales de salud y pacientes, que desde la óptica de estos últimos suele percibirse como un trato deshumanizado. El trato de la persona como mero objeto de las acciones médicas se pone de manifiesto en la quiebra de reglas de interacción básicas, en el distanciamiento y/o en la atribución de estereotipos a los pacientes.

La ausencia de un espacio de escucha, en el que exista la posibilidad de significar la queja, implica el ejercicio de violencia institucional (Martínez Benlloch, 2003). Todas características de la atención que trascienden el problema de la violencia.

Durante la entrevista con Miriam nos encontramos con una mujer temerosa, que se mostraba reticente y excesivamente cuidadosa con sus palabras. Dudaba del impacto que pudiera tener su participación en nuestra investigación para la causa judicial de violencia conyugal que tramitaba. El escaso grado de confianza que logramos ofrecerle, a partir de comentarle nuestros resguardos éticos de confidencialidad, no fue suficiente para que ella accediera a que grabáramos la entrevista.⁹

María Paz en la guardia: la ausencia de protocolos y el problema de la detección

El sector salud se ha ocupado sólo parcialmente de diseñar intervenciones específicas para enfrentar institucionalmente la problemática de las violencias, a través de la creación de protocolos de atención y seguimiento de dispositivos de atención de los casos que se le presentan. En el sistema de salud en la CABA constatamos, entre las mujeres entrevistadas, que gran parte de los servicios que participaron de sus

9. Fue el único caso en que no obtuvimos el consentimiento para el registro grabado de una entrevista.

rutas críticas (asistiendo o asesorando) carecían de protocolos para efectuar evaluación de riesgos sobre la seguridad de las mujeres afectadas y sus hijos. A la hora de elaborar planes de emergencia para su protección y/o para realizar derivaciones formales y protegidas a otras instituciones, se presentan importantes dificultades ya que no se manejan criterios básicos para la evaluación de riesgos y no se conocen los recursos locales disponibles, o no se han articulado los medios para contactarlos.

La experiencia de María Paz ilustra cómo muchas veces, a la ausencia de protocolos o algoritmos que normalicen los modos de intervención, se suma el desconocimiento de la perspectiva de género por parte de los prestadores de salud que intervienen. Esta situación se repetirá en diferentes ámbitos (judicial, policial y comunitario).

Una noche, debido a una situación de “crisis”, se dirige junto a su marido, usuario de drogas y con antecedentes de haber ejercido violencia, a la guardia de un hospital general. Aunque ya estaban separados, ése era el período en que se producían las escenas de mayor violencia. En esa ocasión, ella no estaba lesionada, pero sí muy asustada y alterada.

Era de noche. Eran las 9 de la noche, ¿eh? No era trasnoche. Vino, todo, le dijeron: no, ¿qué consumiste? Bueno, no, nada. Se fue. [...] eh..., tuvimos situaciones de riesgo con él cuando estaba pasado, tuvimos, tengo, no tiene dónde volver, tengo mis hijos. Yo no me puedo hacer cargo de él. Bueno, pibe, que acá no tenemos cama, no te podés quedar, este, te damos algo, pero mañana, ahora no podemos hacer nada, no sé qué. Mañana a primera hora venís a admisión, sacás turno [...] Tampoco me preguntaron. Esas cosas, ¿no?, digo. Vos que sabés de psicología, de psiquiatría, y sabés todas estas cosas, yo que no sé nada, es básico decir: bueno, hola, mirá, hubo agresión, este tipo se está por matar en cualquier momento o me mata a mí, y está bien, tipo, fijate, bueno, si no me queda otra me lo tengo que llevar a mi casa.

Luego de recibir esa repuesta, María Paz debió regresar a la casa con su marido, quien a partir de allí volvió a convivir con ella y sus hijos. Unos días después sucedió una escena de violencia que puso en riesgo su vida y la de los hijos pequeños.

Investigadora: O sea, cuando no encontraste respuesta...

M: Sí, la de riesgo de muerte concretamente, porque, que era directamente, para hacer una denuncia, cien por ciento, y quedó todo asentado ahí en el juzgado, y con todas mis cosas ahí lo puse y lo dejé aclarado, lo que sucedió, que lean los expedientes, las cosas de actas...

Luego de atravesar el episodio más límite que se refleja en su relato, un intento de ataque con fuego (su marido sólo llegó a rociarla con alcohol), ella llama al servicio de emergencias (Sistema de Atención Médica de Emergencias, SAME) y a su madre, para solicitar ayuda. Acuden en su auxilio la policía y el SAME psiquiátrico, que los conduce al sector de emergencias de un hospital general:

Nos lleva a los dos, en ambulancia [...]. La situación es terrible, los nenes se tienen que ir con mis viejos. Todo a los gritos, todo un tema horrible... A los dos: a mí y a Maxi nos llevan al hospital. Y como es adulto, si él no se quiere ver, se va, por más de que haya corrido riesgo. El tema es que yo ahí no he corrido riesgo. Si no ven muerta, estrangulada, o casi a punto o uno de mis hijos haya muerto, lo haya revoleado o algo, no lo toman como situación de crisis.

Investigadora: ¿La policía los acompañó...?

M: No, no, no. Hasta la puerta, bueno, qué pasó, se fueron. [...] Y en el hospital, yo estuve ahí, esperando en la guardia, que fue terrible. Toda una tarde, todo un día. Me dijeron: vos de acá tenés que ir a hacer una denuncia en la comisaría, qué sé yo. Y ahí es que él me quema la cabeza: hija de puta no sé qué... [...]. Me volvió loca, horas. Cuando lo van a atender: no, a mí no me va a ver nadie porque yo estoy perfecto. A la calle, libre. Podía pasar cualquier cosa. Entonces ahí hago una denuncia de protección de personas.

Investigadora: ¿Te habían asesorado en el hospital?

M: Me dijeron, no, andá a hacer la denuncia. O sea, si querés que siga esto [...]

La particularidad de las personas afectadas por violencia que llegan a un hospital, a diferencia de los enfermos, es que ellas no están preparadas para esa experiencia (Deslandes, 2000). Siguiendo a Friedson, Deslandes (2000) plantea que una persona que enferma vivencia un itinerario terapéutico. En ese itinerario construye social y culturalmente ese “estar enfermo” y en ese proceso es reconocido como enfermo. Para el enfermo, la institución tiene preparados ciertos rituales; la hospitalización¹⁰ es uno de ellos.

Los rituales brindan contención. Pero sin las ventajas del amparo psicológico y sociocultural del ritual, la víctima de violencia (y

10. En ocasiones, se requiere internar a una mujer en situación de violencia por no contar con otras alternativas para resolver la cuestión habitacional inmediata; ya que de retornar al hogar, la mujer se vería expuesta a un importante riesgo.

accidentes) va a ser clasificada y tratada como enferma tan pronto sea hospitalizada (Deslandes, 2000), o se desestimarán la capacidad de la institución para intervenir y la persona deberá retirarse. “A la calle, libre”, como señala María Paz, sin que pueda sopesarse el nivel de vulnerabilidad de los afectados, cuya situación evidentemente no cabía en el molde, no podía ser leída en clave de riesgo por la racionalidad médica y los dispositivos disponibles.

Otra de las tantas mujeres que en sus trayectorias terapéuticas recurrió a la emergencia hospitalaria es Lorena, cuyo relato permite vislumbrar el tipo de respuesta que puede encontrar una mujer en situación de violencia en el sistema de salud.

Pero desde salir de la casa con oxígeno y en ambulancia e ir al hospital y con oxígeno. O sea, viste que te quedás sin aire y es como que... no te entra. Horrible. Esperar que se pase todo eso. [...] Y después, te vas a tu casa. [...] Eso me pasó un montón de veces. O sea, me va a buscar el SAME, me pone la máscara, me llevan a la guardia, me quedo ahí, se me pasa, me dan tanto o una intramuscular o una pastilla... Te calmás. O te dan dos, tres pastillitas más para, bueno, tomar mañana o pasado, y nunca nadie habló con vos. Y eso me ha pasado muchas veces.

La organización de un sistema de emergencia supone proporcionar un tipo de asistencia muy específica, que debe ser cumplida en forma inmediata, eficiente e integrada (Deslandes, 2002).

Claramente, en el relato de Lorena se cumplió sólo con uno de los principios que caracterizan la organización de un sistema de emergencia; la intervención fue inmediata, pero parcial y sólo eficiente en la inmediatez.

Que sepa abrir la puerta para ir... La figura del profesional en la detección

Planteamos anteriormente que los análisis que se limitan a la descripción de las alternativas o posibilidades “ofrecidas” por la sociedad para atender los padecimientos no ayudan a comprender cómo son construidos, en contextos específicos, los complejos procesos de opción y decisión de tratamiento. En otra experiencia que describió María Paz se revelan nuevos aspectos: el valor de la figura del profesional en la detección y abordaje de las situaciones de violencia, y el carácter

intersubjetivo de la construcción de la experiencia de padecimiento y la búsqueda de tratamiento.

Una vez fui a un clínico, y no sé qué me pasaba y era sí como muy divino. Se notaba como que era de otra escuela ese chico. No era un clínico ortodoxo. Hizo un cuadro, preguntó las diferentes personas, porque iba viendo que me veía bien pero se ve que me veía angustiada y me empezó a preguntar, a preguntar, no sé qué, hasta que llegamos a llorar, me abrazó, no sé qué me dijo, todo lo que te está pasando es por esto. Capaz, hoy, viéndolo, eh, para mí tenía seguramente una... sería algo alternativo también. Porque no era un clínico clásico. [...] Era como muy perceptivo. Otra cosa. Y, bueno, él también me había dicho que me veía angustiada, que me veía mal, que trabaje sobre eso, que tome decisiones, que me tenía que separar. Eh... como que bueno...

Frente a ciertos padecimientos que provocan una desestructuración, las personas buscan a un “otro” para su resolución. Procuran una interpretación de ese padecimiento, un “otro” que pueda operar como organizador (subjetivo y cultural). De allí la importancia que adquiere el curador, y en particular la mirada médica, en su función de estructuración del paciente. Según Cortés (1997), esta relación es disimétrica, desproporcionada, “prácticamente imposible”.

El otro sería, el punto de apoyo [...] un otro que valore al enfermo, puede operar como organizador; mientras si los niega, puede profundizar la incertidumbre que acompaña el padecimiento. (Cortés, 1997: 97)

María Paz se topó con un profesional que percibió que ella vivenciaba una relación de pareja que la angustiaba. Sin embargo, la intervención parcial e inespecífica que realizó no proveyó en ese momento la oportunidad de encaminar a la paciente hacia una resolución para su problema.

Diferente es la experiencia que tuvo Gimena. Ella relata aquí cómo en el marco de una consulta ginecológica se produjo la detección precoz de la situación de violencia que padecía, hecho que dio lugar a su posterior abordaje.

Mi mamá trabaja en el XXX, es enfermera, le comenta a la doctora, a la jefa de XXX, no me puedo acordar el nombre... ella le dice que yo le lleve la historia clínica, y fui y le llevé la

historia clínica, [...] empezó a ver la historia clínica y me dijo que era una cesárea programada...que de alto riesgo...Yo en ese momento era la primera entrevista que tenía con la doctora. Es como que sentí una calidez, es una persona muy... me acompañó durante todo el embarazo, sentí mucha calidez y sentí confianza para un montón de cosas para contar en ese momento que no tenía buena relación con el papá de la nena... esteee y había ocurrido un episodio de lo cual me asustó más que otra cosa y me producía mucha angustia.

Gimena contó no sólo con una intervención oportuna, sino también con un dispositivo acorde que le permitió encaminarla en la resolución de su problema.

La doctora me pregunta si quería una contención psicológica... Entonces llama a la doctora. XX. Charlé con la doctora XX, y ella más o menos me fue guiando como... que es lo que podía hacer, si se presentaba una violencia un poco más extrema, donde podía recurrir, y de hecho fui tuve una entrevista con la doctora, me dio el número de violencia doméstica que está acá en Lavalle.

La relación con miembros del equipo de salud (tener un conocido o tener contacto con la institución) es destacada también en el relato de Mirta, quien, frente a un episodio en el que el marido la había herido y necesitó de asistencia médica, recurrió al hospital general en el que trabajaba. A ese vínculo anterior parece atribuir la celeridad y calidad en la atención.

Cuando abro, no sé si me pega con la mano o con el candado, pero me abrió todo este labio. Así tenía toda la cara y me salía sangre y los chicos estaban ahí, que empezaron a gritar. Eran chiquitos. Tenían 6 años, 5 años, los chicos. Y yo lo llamé a mi hermano, a mi papá, que vive por ahí no más. Vinieron. Me fui al hospital yo.

[...] Sí, porque yo ya trabajaba en [...] Y... Como a mí me conocen las enfermeras, los médicos ahí, yo ya estaba un año trabajando ahí.

Me atendieron rápido, el cirujano. Me cosió lo más [...] que no se notara, que no se notara.

Mirta también rescata que, a partir de su trabajo en el hospital, tuvo la posibilidad de acceder a nuevos recursos materiales y fundamentalmente simbólicos para enfrentar la violencia que vivía.

Y yo nunca quise, nunca quise. Yo cuando tuve esos dos chicos, cada vez que me quedaba embarazada, lloraba, que lo quería dios pero era varón y nada más. Después dije, nunca más voy a tener y nunca más tuve. Porque él quería que tenga más y yo me cuidaba. No quería saber nada. Digo, porque estaba viviendo eso y dije, ¿para qué voy a tener hijos si él no me ayuda? Yo, yo antes no sabía nada de cómo se cuidaba, nada parecido. Ni tenía idea. Cuando yo empecé a trabajar en el hospital... las chicas empezaba, escuchaba hablar, como que empecé a abrir, despertarme yo. Y fui a la ginecóloga y ahí me daba las pastillas. Así empecé a cuidarme. Si no, me hubiera llenado al día de hoy no sé cuántos hijos hubiera tenido.

La adquisición de ese capital simbólico impactó de tal manera en ella que, en el marco de una intervención ginecológica, decidió someterse a una ligadura de trompas sin comunicarlo a su entonces marido.

Características como el compromiso o la voluntad personal son señaladas como elementos valiosos para las pacientes; cuando los circuitos de detección y abordaje de la violencia funcionan a medias, la garantía de una buena atención está puesta en la dimensión personal.

A la vez, en los relatos surge que los canales de acceso a la atención se ven aceitados por los contactos personales. La óptima atención recibida queda más asociada a un privilegio que a un derecho.

El apego al tratamiento

Entre los diversos modos de intervención en el campo de la violencia, el tratamiento psicoterapéutico constituye la principal respuesta institucional a la problemática que se haya articulado desde el área de salud mental.

El impacto que estos dispositivos tienen sobre la violencia es difícil de mensurar. En el capítulo anterior logramos documentar la evolución de una porción de los tratamientos psicoterapéuticos de mujeres en situación de violencia, los cuales, en una importante proporción, fueron rápidamente discontinuados.¹¹

Desde la biomedicina, la adherencia al tratamiento se construye desde un modelo del deber ser, ya que delinea a un sujeto racional y

11. Analizando las particularidades de cada caso, podríamos poner en cuestión hasta el inicio mismo del “proceso terapéutico” que muchas veces requeriría un gran número de entrevistas.

voluntario, capaz de tomar decisiones a partir de un análisis de situación, sopesando síntomas, riesgos y beneficios de un tratamiento (Margulies, Barber y Recoder, 2006). La experiencia del paciente vuelve a quedar afuera.

A través de la intervención médica y del saber profesional, el cuerpo resulta objetivado y expropiado de la sociabilidad y subjetividad del “paciente”, la cual es reintegrada como factor social o psicológico. (Margulies, Barber y Recoder, 2006: 281-300)

Pensada en términos de responsabilidad individual, la aplicación de la noción de *adherencia* arroja pacientes buenos, que cumplen, y pacientes malos, que no se atienen a las recomendaciones médicas.

La noción de *apego* (Torres Torrija y Lara Muñoz, 2002), que propusimos para analizar la continuidad o el abandono de los tratamientos psicoterapéuticos de las mujeres en situación de violencia, correría el mismo destino si no lograra incorporar variables de peso como las institucionales.

A la hora de analizar el apego y la continuidad del tratamiento en las fragmentadas trayectorias de las mujeres en situación de violencia, aparece como un tema central su relación con los psicoterapeutas.

En principio, identificamos que para los terapeutas se presentan dos clases de pacientes: las que concurren y las que abandonan el tratamiento. El problema de la falta de continuidad en los tratamientos que encaran las mujeres en situación de violencia constituye una preocupación que se expresa en los discursos de diversas instituciones. Se considera que muchas de las mujeres que inician un proceso de búsqueda de ayuda, que puede o no acompañarse de una causa judicial, o de la separación del agresor, experimentan un recrudecimiento de la violencia.

En ese marco, se reconoce que el abandono del espacio de tratamiento puede resultar altamente perjudicial, incluso fatal en ocasiones.

Sin embargo, como ocurre en otras áreas del campo de la salud, por diferentes razones las preocupaciones señaladas no llegan a plasmarse en políticas institucionales que las aborden directamente.

Al iniciar nuestro trabajo de campo, nos encontramos con serias dificultades para conocer (al menos en términos cuantitativos) qué continuidad en los tratamientos psicoterapéuticos tenían las mujeres que llegaban al Equipo de Violencia. No se contaba con sistemas de registro que permitieran acceder a esa información. Años antes de nuestro trabajo, una psicóloga que intentó sistematizar información acerca de pacientes y tratamientos sostuvo que encontró grandes resistencias en

el equipo de salud, ya que “no está incorporada la idea de monitoreo de las propias prácticas” y el trabajo “no está atravesado por la evaluación. Al que le gusta y le interesa lo lleva a cabo” (Entrevista de contexto profesional N° 2).

Para tratar de comprender estos resultados desde la óptica de las mujeres, recorreremos algunos de sus relatos, seleccionados en torno al eje que apunta a conocer las circunstancias que las llevaron a abandonar o continuar con el tratamiento psicológico.

De las ocho mujeres, al momento de las entrevistas una estaba por recibir el alta en su tratamiento psicoterapéutico, una había discontinuado el tratamiento en un hospital público y lo había retomado en privado, y seis se encontraban en diferentes fases de éste. Dos de las mujeres a las que entrevistamos eran atendidas por la misma psicóloga y ambas destacaban el impensado vínculo que habían entablado con ella.

¿Por qué ahora sí? Aceptación de la psicoterapia

Para algunas de las entrevistadas, el terapeuta que las atiende ocupa un rol destacado en sus relatos. En ocasiones las entrevistadas traen sus frases y construyen con ellos las experiencias que relatan. Para algunas de las mujeres, en cambio, la figura del terapeuta tiene escaso protagonismo en el relato, como en el caso de Mirta, que da prioridad a sus conversaciones con amigas que la aconsejan. De su terapia no habla, apenas sabremos que llegó a la consulta (en su lugar de trabajo) muy golpeada y angustiada.

Por ese tema nunca consulté a nadie porque me daba vergüenza. Sinceramente me daba vergüenza la vida que llevaba, no sé, me daba vergüenza contarle. Algunas cosas les contaba a mis amigas o a la enfermera del trabajo pero me daba [...]

“Yo que vos no me enfrentaría no sé”, dijo. “Mirá cómo quedaste”, me dijo.

Porque ella me vio mal, mal. Porque yo también me daba cuenta.

Investigadora: ¿Y estabas golpeada cuando llegaste a ver a la psicóloga?

M: Sí, pero mal, mal. Me la pasaba llorando todos los días. En mi trabajo no hablaba con nadie, porque a mí me gusta hablar, yo soy de hablar. Antes no, antes como que no sé, después que yo me separé, como que me liberé. Pero en el tiempo que volví con él como que estaba atada otra vez.

Al momento de la entrevista, Carolina llevaba 3 meses de tratamiento y, aunque valoraba el espacio, en su relato deja traslucir otras necesidades no cubiertas que la angustian.

Y... bueno, me ayuda bastante por el tema de..., por ahí, ciertas cosas que no quedan claras, para mí, por ahí, hay cosas que quizás si tuviera algún..., no sé, algún abogado por ahí, me quedarían claras. Pero cosas, por ahí, que no, no... sí. Cositas que no, que no tengo claras o... o por ahí, el tema de que no sé si me sigue hostigando o no. Por ahí, yo ya estoy como muy sensible... y todo eso, como que me ayuda igual, a charlarlo con alguien, a poder... a hablar, a pensar, por ahí... a ponerme en mi lugar... en el lugar de, del otro... en el lugar de la nena..., en poder abrirme un poco más a... al diálogo con otras personas. Porque estoy muy cerrada, no, trato de no... de no molestar, [...] mucha gente; y de arreglarme sola. Entonces, como que no... por ahí, me ayudan en ese tema, la psicóloga.

Joana, a pesar de su corta edad, tenía otras experiencias de tratamiento psicológico (al menos cuatro, entre psicoterapia individual y grupal), y sobre qué motivos la impulsaron a buscar un apoyo psicológico contó:

J: No, no me daba miedo quedarme sola con él. O sea, yo tengo conciencia de que el tipo me puede matar. No, no... Pero igual no me da miedo, no sé...

Investigadora: Te acostumbraste.

J: Me acostumbré, claro. Y bueno, ése es el momento en el que yo me doy cuenta de que no, no, nada, ya está. Está completamente loco.

Investigadora: ¿Ahí volviste a buscar otra alternativa o ya estabas en tratamiento?

J: No, ahí no estaba en tratamiento. Ahí fue que empecé a buscar eh...

Sobre cómo llegó al tratamiento psicoterapéutico en el que llevaba más de cinco meses, relató que había obtenido el dato del Equipo de Violencia de un listado que le habían entregado en la OVD y lo confirmó por internet.

Bueno. Yo con esto, antes de hacer la denuncia, vengo acá al Álvarez, pido un turno y ahí empiezo la terapia. En el Álvarez en un día me atendieron, el mismo día me atendieron, a la semana ya estaba con el primer, con el primer turno.

Sobre su situación y la psicoterapia que estaba realizando al momento de la entrevista, describió cómo al inicio se planteó superar posibles obstáculos que interfirieran en el proceso terapéutico.

Por suerte dije bueno, ya tengo que ir, tengo que ir aunque no tenga ganas, aunque no me guste, aunque me aburra, aunque no..., aunque sienta que no avanzo, voy igual. Voy a ir igual, pase lo que pase. Y bueno, y al final sirve. Me sirvió, avancé. Y ahora, lo que estoy tratando de buscar es, o sea, ayuda en el tema de que, de que me dé la plata, digamos, que me tiene que dar. Porque ese es otro tema. No es que yo tengo dinero para solventarme sola.

En su relato, aunque se destaca el aporte positivo del tratamiento, se vuelve a observar la dimensión de la necesidad de tener garantizado el sustento económico para ella y su pequeño hijo. Ella tiene que pagar el alquiler del departamento que ocupa, y su tiempo se divide entre el niño que va al jardín y un precario empleo.

Miriam tiene una situación económica más holgada (refirió haber recurrido a un hotel que abonó con su tarjeta de crédito cuando debió salir de urgencia de la casa que compartía con su marido y no aceptó alojarse en un hogar de tránsito para mujeres maltratadas). Se había casado un mes antes de sufrir el principal episodio de violencia y muy angustiada comentó que, en los dispositivos a los que había recurrido, le daban consignas que no le servían o directamente no la atendían.

En el CIM uno está mal y dejan el teléfono descolgado o en el 137 una vez estuve cuarenta minutos [...], me sentía muy acosada por él y no me atendieron.

En cambio, su llegada a la institución donde al momento de la entrevista recibía atención psicoterapéutica le permitió encontrarse con una profesional que le brindó la tan esperada contención.

Un sábado estaba sola, angustiada, no daba más... no sabía qué hacer y fui a la guardia [...] Tenían consideración del golpe y del sentimiento. Me tuvieron tres horas... me escucharon, me dejaron llorar, no me sentí juzgada como en la admisión al grupo. Me dijeron cómo protegerme. [...] Me mandaron directamente a la admisión [...] La licenciada XX me resultó buenísima, me contuvo al principio estaba tan mal que iba dos veces por semana. Si no hubiera encontrado el Álvarez... en la obra social

los psicólogos atienden treinta minutos y para conseguir turno hay espera de dos meses.

Gimena lleva más de un año en terapia y es su primera experiencia. Frente a la pregunta de si había hecho un tratamiento psicoterapéutico con anterioridad, planteó de manera terminante: “No, hubiera dicho, no, yo no estoy loca”.

María Paz describe su paso por un tratamiento psicoterapéutico en un hospital público, al que había llegado por una derivación judicial. Aquí también encontramos elementos que nos acercan a comprender los motivos que la llevaron a abandonarlo.

No voy a juzgar ni nada. Y además considero que la terapia es algo que tiene que ser como muy en situación, me tengo que sentir cómoda y todo. El ámbito, no lo da. Es una frialdad, una mugre, hay olor a gato. O sea, está todo bien, pero... uno necesita contención. Una cosa fría, horrible. El tipo de... Toda las veces que hice terapia en los hospitales, no me gustó el tipo de terapia que utilizan; es muy fría. Eh... amén de que son recién recibidos, ¿no?, también. No, no, no lo cuestiono. Porque hay excelentes y no [...]. Y... no sé, que me usen como conejito de indias no me interesa. Yo quiero que me ayuden. Como que todas las veces que vine, están acá, así, no te hablan. Si vos no me das empatía, no me das otra cosa, no sirve de nada. Capaz que con otra persona vaya genial. Conmigo no sirvió. Además el contexto, está sucio, descuidado. Eh... Estás media hora. La terapia media hora no sirve, considero. No tienen cantidad de gente, bueno, que tomen más. Bueno, o sea es una cuestión que va...

En un juego de incluirse/excluirse en un colectivo de personas en situación de vulnerabilidad, intenta explicar puntos que serán claves para el desarrollo de su trayectoria “terapéutica”.

La voluntad me llevó a seguir buscando en otro lado, pero... venía medio así. Gente que viene todavía muy triste, muy angustiada y lo deja y no sigue más, y vuelve a su casa y reincide. [...] Hay gente que viven hacinados, el contexto en el que viven es terrible, que se fue por violencia. Esa persona viene supermal, sin trabajo, [...] están viniendo porque están desesperados. Venís desesperada.

En el párrafo anterior, entrecomillamos *terapéutica* debido al planteo que María Paz realizó cuando la consultamos acerca de la decisión

de discontinuar el proceso terapéutico que desarrollaba (con una psicóloga particular), luego de pasar por el tratamiento en un hospital público.

En acompañamiento me sentía bien, me sentía mejor, pero por (separaciones) todo... Eh, y le dije: considero que tengo ganas de dejar, ver cómo que me siento sola, sin muletas, para ver cómo me puedo manejar. Eso me parece que está muy bien, cualquier cosa me llamás. O sea, yo la dejé en el verano y esto fue en diciembre y en marzo explota esta bomba, ¿no? [...]

*Y todo el proceso fuerte de separación con el papá de los ne-
nes, sola, estuve sola. Decidí dejar de estar con ella para hacerlo
sola, sin ningún tipo de terceros porque las decisiones son mías,
para después no arrepentirme. Con todas las herramientas que
me había dado ella, ¿no?*

“Yo me sentí que le importaba a alguien”: el vínculo terapéutico

Lorena llegó al tratamiento psicológico como una de las tantas veces, por recomendación del juez. Sin embargo, el encuentro con el profesional esta vez tuvo otras características.

Cuando, la primera vez que me encuentro con XX, encuentro a una persona, fuera del ámbito de los que me conocen, me dice: bueno, yo quiero estar con vos, yo quiero ayudarte a vos, yo quiero saber cómo estás vos. XX, la primera vez que me habla, que se lo he dicho a ella, en la segunda cita, eh..., me dice: bueno, yo me quiero ocupar de Lorena. Creo que es la primera vez que alguien me dice: ¿cómo estás vos?

Lorena rescata el carácter novedoso de ese vínculo que se inicia casi al margen de su voluntad. También traerá a la entrevista otros pasajes de sus sesiones que atesora.

Rocío también relata un encuentro muy especial con quien sería su terapeuta. Conocía la institución, el cartel que identificaba al equipo que atendía violencia, había llamado su atención en varias oportunidades, pero había desistido de concurrir al considerar diversas razones para ello.

Porque yo ya había venido, y muchas veces había pasado y decía “violencia, violencia, violencia” y muchas veces me tocó...

eh... me re sonó ir a pedir ayuda; pero no porque: "yo quiero a mi familia, estoy luchando por mi familia, esto va a cambiar, cuando él deje de estar preso no va ser mas así...", y yo me mentía y me autoengañaba todo el tiempo.

La decisión de dejar su casa y mudarse precipitó esta vez su acercamiento a la consulta al equipo mencionado. "Y me costó un montón tomar la decisión, pero un día vine... y me vine con un bolso, toda golpeada".

Finalmente, el encuentro con su terapeuta se produciría en ese momento límite y fuera de los horarios previstos de atención. Si bien había concurrido al Equipo de Violencia en el día de la semana en que se realizaba la admisión de nuevos casos, el horario había culminado y (nuevamente) debió insistir para que la recibieran.

Al discutir la existencia de horarios restringidos para la recepción de casos, se plantea cómo la excepción de que la atendieran fuera del horario instauró una marca valiosa en el vínculo con la profesional. El vínculo que Rocío tenía con la institución se reforzó a partir de la excepción que había hecho la terapeuta al evaluarla fuera del horario de admisión.

[...] el tema... Eran las 11 pero... El tema es que ellas tendrían que saber que no es uno que quiere llegar tarde. Uno... es el momento. Vos te animás, y en el momento que te animás, si la profesional es profesional, te tiene que dejar entrar, porque después, vos cuando te fuiste, no sabés si vas a volver otra vez. ¿Entendés lo que te digo? Porque es tan duro llegar a pedir ayuda, que después no sabés si volvés.

En el marco de la descripción de ese encuentro en el que la presencia del terapeuta, de ese otro que de la mano de la expectativa de cura puede otorgar un sentido al padecimiento (Good, 2003; Fitzpatrick, 1990), Rocío ensaya una autodefinición y reconoce que se encontraba en una situación límite.

Entonces saltó que se dio cuenta que estaba re loca. Me empecé a dar dos turnos, no uno; por eso me daba dos. Claro, adonde me vio cómo estaba lastimada, cómo estaba cortada, cortada por todos lados y que yo me quise matar, porque ya había llegado a la locura todo esto, porque yo ya no... Era tanta la presión que yo ya no la soportaba.

Comparó la labor de la terapeuta (que la atendía al momento de la entrevista) con otras intervenciones fallidas, que tuvieron lugar dentro del sistema de salud.

Y no... no entiendo cómo nadie, nunca, me daba pelota, porque en realidad, yo... Después de otra paliza embarazada, fui también al Hospital XX, y tampoco me dieron tanta bola, porque si no, no me hubiese quedado.

Para Rocío, las características de la profesional y algunas de sus intervenciones podrían ser atribuidas a aspectos personales que valoraba ampliamente, pero que dudaba en asociarlas con el profesionalismo y el cumplimiento de la labor de la terapeuta.

Y en realidad con Luján fue distinto porque como que ella... no sé qué le pasó, o conmigo, o es así de profesional. Y ella tomó... un compromiso conmigo ¿entendés? De que si yo de repente no iba, ella me llamaba, me llamaba, me llamaba. Entonces, yo me sentí que le importaba a alguien, o... o que algo tenía que cambiar, o que ella... iba a hacer que cambie. O sea, si yo no iba, ella llamaba. No sé si eso pasa por lo social y lo profesional o por lo humano.

Se evidencia que el tan valorado compromiso de la terapeuta es claramente reconocido por Rocío como un facilitador, tanto para el acceso como para la continuidad del tratamiento.

Como señalamos anteriormente, los abandonos de los tratamientos psicoterapéuticos de las mujeres en situación de violencia son permanentes. A la comprensión cabal de esta situación, corroborada desde los datos cuantitativos, no tenemos acceso.

Sintetizando algunas de las principales cuestiones que aparecieron en los testimonios de por qué adhirieron al tratamiento, podemos inferir elementos que aportan a la comprensión del fenómeno.

Las principales cuestiones institucionales que operaron negativamente son de índole edilicia y organizacional. Personal y ambientes poco cálidos no serían acordes con la contención esperada. Horarios rígidos y restringidos conspirarían a la hora de captar a las mujeres que sienten que el impulso para buscar ayuda podría abandonarlas si no consiguen respuesta institucional inmediata.

Las entrevistadas reconocieron como útiles un cartel que las *llamaba* y una profesional que hacía lo propio cuando la paciente se alejaba. Valoran el compromiso de una institución hospitalaria que

explicita a todos sus usuarios¹² que está asignando un espacio a la atención de “Violencia Familiar”.¹³ Rescatan el compromiso de profesionales que diseñan estrategias personalizadas de acuerdo con las necesidades de las pacientes.

El espacio de escucha y la contención que se percibe personalizada contribuirían a la constitución del vínculo terapéutico y al apego al tratamiento.

¿Y el género? Enfoques psicoterapéuticos

Planteamos que para abordar la violencia en los servicios de salud, en ocasiones, se evidencia cierta resistencia a considerar otras causas que no sean las biológicas, de modo que se ignoran características específicas del fenómeno.

Pero se produce también otro tipo de desplazamiento cuando se atribuye la causa de la violencia a un conjunto de mitos basados en la culpabilidad de la víctima (Lemelson, 2008). La adopción de comportamientos de sumisión no puede ser, en estos casos, atribuible a la responsabilidad de las mujeres, a quienes, como sostienen varias de nuestras entrevistadas, se las muestra como masoquistas y se las acusa de disfrutar con el trato brutal.

Si bien el poder simbólico no puede ser construido sin aporte de quienes lo toleran, es menester considerar que esta construcción práctica, lejos de ser producto de una deliberación intelectual y consciente de un sujeto individual, es:

[...] el efecto de un poder inscripto, de manera duradera en el cuerpo de los dominados bajo la forma de esquemas de percepción e inclinaciones (a admirar, a respetar, a amar, etc.) que hacen sensibles a unas manifestaciones simbólicas del poder. (Bourdieu, 2010: 59)

Ciertos modelos explicativos o terapéuticos, que suelen resultar útiles para el abordaje de algunas situaciones, se tornan ineficaces e

12. También se puede acceder a esa información por la web del gobierno de la CABA o directamente por la web particular del Hospital.

13. Un hospital XX de la CABA, en el sector admisiones, tiene un cartel que dice “Aquí no se atiende Violencia. Dirigirse al Hospital Álvarez”.

incluso riesgosos si se los aplica a mujeres maltratadas, ya que pueden producir una segunda victimización.

Colocar a la mujer en el mismo nivel de responsabilidad que el agresor y culpabilizarla por permanecer en el vínculo violento, ya sea por “obtener beneficios psicológicos” de la violencia, por “instinto de muerte” o “masoquismo”¹⁴ (Lemelson, 2008), pone al descubierto la ausencia de perspectiva de género.

Escritos freudianos,¹⁵ combatidos por las teóricas feministas (que eventualmente llegaron a considerar el psicoanálisis como parte del aparato ideológico que da soporte a la opresión de las mujeres), sostendrían esos abordajes (Meler, 2009).

Dentro de este subcampo de la salud mental que se dedica a la atención de las personas afectadas por violencia, suelen coexistir diversos enfoques que responden a marcos teóricos contrapuestos.

Los profesionales abocados a dicha tarea suelen referenciarse en “el modelo ecológico”, “el psicoanálisis”, “la orientación psicoanalítica lacaniana”, “la perspectiva de género” o “el psicoanálisis con perspectiva de género”. Dan lugar a intervenciones que pueden tener un carácter específico o focalizado, o que buscan abordar todos los aspectos que hacen a la subjetividad y no aquellos que se centran en la violencia. En ambos casos, el trabajo analítico perseguiría un cambio de posición subjetiva para que, entre otras cuestiones, no se repita el modelo de elección de pareja (Rojas, 2013).

En este sentido, Meler (2012) sostiene que en el espacio de articulación entre género y psicoanálisis coexisten perspectivas que se enfrentan, juxtaponen y eventualmente se complementan.

Es un campo polifónico y atravesado por numerosos debates, donde como es difícil evitar, en un país periférico, las lealtades a las tradiciones intelectuales norteamericana y europea se enfrentan de modos que convendría superar. (Meler, 2012: 1)

14. Es posible observar estas argumentaciones detrás de ciertas preguntas o comentarios de los terapeutas en instancias de intercambio con pacientes y en actividades destinadas a los profesionales (ateneos, supervisiones, capacitaciones, presentaciones académicas, etcétera).

15. Entre los supuestos sexistas, Freud planteó que las mujeres eran más narcisistas que los varones, lo que sugería una menor capacidad de amar y que desarrollaban una forma específica de masoquismo, razón por la que asociaba a la femineidad con el deseo de sufrir (Meler, 2009).

Este (des)encuentro de perspectivas se refleja en el dispositivo de atención desde el cual partimos para analizar las trayectorias de las mujeres, tal como lo señala una de las terapeutas que integra el Equipo de Violencia.

Entonces hay muchos conflictos, por ejemplo, la hipótesis de género: no coincide exactamente con una posición psicoanalítica. El equipo que atiende violencia es rigurosamente psicoanalítico y ahí ya tenemos un primer choque. Hablamos lenguajes distintos [...] Que da cuenta de una mirada del mundo diferente, el abordaje es diferente, lo que se espera es diferente. El tratamiento es diferente y genera conflicto. Casi te diría es incompatible. (Entrevista de contexto con profesional N° 2)

En el relato de esta misma profesional se expresa claramente que, a la hora de intervenir, le resulta imprescindible recurrir a elementos que escapan al estricto marco del psicoanálisis.

[...] cuando yo escucho en el consultorio en casos donde entiendo que los menores están en riesgo, no sólo físico sino psíquico, soy mucho más enérgica, intervencionista no tan psicoanalítica en términos de... a ver esperamos. [...] y ahí soy directriz, creo que el psicoanálisis no debe ser ni educativo ni de enseñanza, pero hay situaciones en que el psicoanálisis no es suficiente, a veces hay que aportar ideas más concretas... (Entrevista de contexto con profesional N° 2)

En la argumentación de otra de las psicólogas a cargo de la atención, se evidencia un claro posicionamiento teórico e ideológico que ubica a las mujeres en situación de violencia con sus malestares en una trama más compleja, en un espacio social e históricamente construido.

Recursos simbólicos, materiales... Yo creo que hay algo con los recursos materiales, yo no creo que no es algo más allá. Pasa por ejemplo: cuando vos le decís que vaya a hacer la denuncia a tal lado... por ahí no tiene plata para el colectivo... o no conoce Buenos Aires, son inmigrantes... Lavalle 1220 es como decirle... estás en un país que no conoce... (Entrevista de contexto con profesional N° 1)

Cuando se consulta a esta misma profesional acerca de la actitud de sus colegas a este respecto, emerge nuevamente el conflicto de perspectivas que tiene lugar en este campo de intervención.

Yo creo que hay de todo, me parece que el sector salud esta recargado respecto de la respuesta, debe dar respuesta... Me parece que, en este punto, hay gente que se encierra más y hay gente que sale más a pensar alguna otra cosa... Desde la psicología creo que por momentos hay una creencia que hay una respuesta que tenemos que dar entonces el psicoanálisis peleándose con los cognitivos... que hay que implicar, que hay que reeducar... Me parece que a veces es cuestión de pensar cómo nos relacionamos con otras áreas para ver efectivamente qué se puede hacer... (Entrevista de contexto con profesional N° 1)

No es nuestro objetivo aquí profundizar el análisis en torno a los marcos conceptuales que sustentan los dispositivos de atención de las violencias en el campo de la salud mental, ni mucho menos establecer un posicionamiento acabado al respecto.

Sólo señalaremos para concluir dos aspectos que parecen conjugarse: la dimensión epistemológica y la práctica del analista.

En una forzada comparación entre antropología y psicoanálisis, Segato (2003) plantea que este último constituiría un método cautivo de su teoría ya que, a diferencia de la antropología, cuenta con categorías previamente enunciadas que orientan la escucha y su interpretación.

En otras palabras, el psicoanalista sabe desde el comienzo adónde se dirige, cuál es su puerto de anclaje, pues la teoría ya indica lo que busca, aunque no dónde lo encontrará, es decir, bajo qué significantes son revividos los personajes de la escena originaria y fundante de la triangulación edípica. (Segato, 2003: 90)

Como una de las corrientes hegemónicas en el ámbito de la salud mental, el psicoanálisis tiene por delante un desafío.

El psicoanálisis está vivo y productivo en casi todas las ciencias humanas. Quizás su parte más detenida y relegada sea la experiencia analítica como terapia, pero esto involucra a la actividad y a la producción de los psicoanalistas, no al psicoanálisis cuyo valor en la cultura se ha expandido. (Galende, 2008: 33)

Respecto de la práctica del analista, Vainer (2008) sostiene que la preparación de los analistas siempre ha sido pensada para el trabajo individual. Aunque muchos psicoanalistas realicen actividades en equipo (en consultorios externos, en centros de salud, en hospitales de día,

etc.), concluye que éstas no han “merecido” el nombre de psicoanálisis, situación que atribuye a una idealización que obstaculiza el avance en la construcción de dispositivos adecuados para el abordaje de la complejidad (Vainer, 2008).

Ciertos dispositivos que intervienen en la formación de los psicólogos hacen que, mediante la producción de discursos que utilizan un determinado lenguaje legitimado como académico, se ejerza violencia encubierta, ya que impide escuchar otros discursos. Luego, la repetición y la aplicación de lo ya repetido obturan la posibilidad de un pensamiento crítico y la conciencia de su responsabilidad respecto a las cuestiones de interés público (Giberti, 2008).

[...] los psicólogos se piensan a sí mismos en relación con los autores estudiados y no en relación con la realidad en la cual viven asumiendo historias y contenidos ya instituidos que reproduce su propia lógica, pero sin avistar el universo de lo posible respecto de sus propias prácticas y respecto de las responsabilidades que les caben respecto de esa realidad social de la cual no son ajenos sino partícipes y a veces víctimas. (Giberti, 2008: 2)

Los cambios sociales y culturales generan transformaciones en la subjetividad, así como ciertas características psíquicas de los sujetos debido a modos de ser que pueden operar en el sentido inverso y relacionarse con el entorno que ha sido interiorizado. Por este motivo, los estudios sobre cuestiones subjetivas que mantienen toda su vigencia deben articularse con los hallazgos de las ciencias sociales (Meler, 2009).

Una de las características de los “objetos complejos” es que pueden ser abordados en sus múltiples estados de existencia, debido a que operan en diferentes niveles de la realidad. La sociedad tiene dos formas de existencia: lo colectivo, depositado en cada individuo, y lo individual, que lejos de oponerse a la sociedad, es una de sus formas de existencia (Bourdieu, 1990). La complejidad de un fenómeno que se resiste a ser abordado desde una sola perspectiva requiere la integración progresiva de saberes que se consoliden en un trabajo en equipo. Diversidad de abordajes que contemplan fronteras disciplinarias flexibles brindan mayor oportunidad para el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario.

Para abordar y construir los *nuevos problemas observables*, se requieren operaciones transdisciplinarias que rescaten a su vez la noción de integralidad del conocimiento, que implica entender su carácter

relativo y contextual, para alejarse de la pretensión de conocimiento absoluto (Almeida Filho, 2006).

Retomando los planteos de Giberti (2012) sobre el área de abordaje de la violencia, y el rol de los psicólogos en particular:

Precisamos una ecología de los saberes capaz de abrir los diques que contienen las culturas del sometimiento, el engaño y el abuso de poder de las que provienen esas “otras”, las víctimas. Paradojal espejo de quienes podríamos estar sometidas, engañadas y victimizadas por el abuso de poder que los claustros universitarios ensayaron en nosotros/as. (Giberti, 2012: 3)

VI. Casillero la policía y el sistema judicial

La mayoría de los femicidios han estado precedidos de denuncias no tramitadas, exclusiones del hogar violentadas sin sanción, y falta de protección y garantías para las víctimas.

Diana Maffia (2012)

Walter Tomaselli, el hermano del imputado: “Yo estaba en contra de que mi hermano saliera en libertad”, sostuvo ante cámaras y micrófonos. Walter aseguró que él le había pedido a Carla que no hiciera nada para que su hermano saliera en libertad. “Ella me lo juró, me dijo que no lo iba a sacar a Marcelo de adentro, no sé qué pasó, no puedo entender por qué se casó.” “Carla le pidió al abogado que por favor lo sacara y ella le mandó una carta a los jueces de Santa Rosa porque tenía un corazón muy grande, pidiendo que lo sacaran a Marcelo.” (Página 12, 14 de diciembre de 2011)

(A raíz de un caso de femicidio perpetrado por el autor de una violación, quien había contraído matrimonio con su víctima para obtener el perdón y eludir su condena, el Parlamento argentino eliminó la figura del *avenimiento*¹ del Código Penal.)

El Estado y sus límites para brindar protección

La institución policial y el sistema judicial se cuentan dentro de las instituciones a las que más han recurrido las mujeres de nuestro estudio. Indirectamente lo corroboramos al analizar el canal de acceso al tratamiento en salud de las mujeres.

Como planteamos anteriormente, la totalidad de quienes fueron registradas por la admisión muestra que más de un tercio llegó por

1. “En los casos de violación, estupro, rapto o abuso deshonesto de una mujer soltera, quedará exento de pena el delincuente si se casare con la ofendida, prestando ella su consentimiento, después de restituida a casa de sus padres o a otro lugar seguro” (art. 132).

recomendación judicial (en la mayoría de los casos presentando oficio judicial o nota de derivación de una Defensoría de Niños y Niñas). En el mismo grupo, hemos estimado que la intervención policial se concretó en al menos la mitad de los casos.

Entre las mujeres contactadas en las entrevistas y observaciones, esos valores se incrementaron significativamente: ascienden a 73% los casos que contaban con al menos una denuncia policial y a 67% los que habían alcanzado la instancia judicial.

Entre las mujeres entrevistadas que se habían presentado ante instancias del Poder Judicial para iniciar un proceso de denuncia, registramos un caso en el que, frente a la respuesta obtenida en la OVD, la mujer (embarazada y afectada por violencia psicológica por parte de su pareja no conviviente) desistió de iniciar el proceso judicial. El resto llevó adelante causas judiciales por violencia, en el marco de las cuales, tanto a ellas como a sus hijos, en numerosas ocasiones se les había indicado realizar un tratamiento psicológico.

Como ya observamos, en los casos que accedieron por recomendación judicial, la gravedad, la antigüedad del problema de la violencia y el grado de deterioro eran mayores que en los casos en que las y los usuarios llegaron por demanda espontánea.

Tal como se planteó en la discusión sobre el marco normativo, en los últimos años el problema de la violencia ha adquirido mayor protagonismo en la sociedad. La notoria ampliación del marco normativo y la creación de espacios institucionales fueron acompañadas por una creciente visibilidad de las violencias en los medios de comunicación.

No obstante, los mecanismos legales con los que cuenta el Estado para brindar protección a estas mujeres dejan traslucir la continuidad de antiguos problemas sin resolución. Aun cuando en relación con las violencias se han implementado importantes cambios en la legislación, la administración de justicia resulta excesivamente lenta y burocrática.

La complejidad del escenario estriba en que, en la mayoría de las ocasiones, se despliegan de manera combinada procesos en los fueros penal y civil. Ello se debe a que, además de agresiones físicas o sexuales que implican causas penales, algunos casos requieren un abordaje desde la instancia civil por la presencia de violencia patrimonial, tema de guardas, visitas y manutención de los hijos.

Primer contacto: la institución policial

A pesar de la escasa credibilidad que se les suele atribuir a los organismos estatales de justicia y seguridad, en coincidencia con otros estudios (Sagot, 2000; ELA, 2012), las mujeres entrevistadas han recurrido a ellos en numerosas oportunidades.

Signos de desconfianza en la relación con el sistema policial y judicial se observan en el relato de Rocío, que transcribe un comentario intimidatorio de su marido, quien supuestamente habría llegado a un acuerdo con funcionarios judiciales para perjudicarla.

[...] que él le comió la oreja al juez y que por 300 mugrientos pesos, me arregla porque no valemos más que eso.

Otra de nuestras entrevistadas también pone de manifiesto esa situación de descrédito en la institución de seguridad, al narrar el comentario irónico que efectuó su marido violento luego de haber concurrido a una citación policial.

[...] él contaba cuando vino como un chiste que él le compró una pizza y una coca y le dio a los comisarios... Sí, le hablaron todo, pero..., nada más, lo largaron. Y se vino acá.

Los agresores utilizan con suspicacia esa desconfianza en las instituciones. Pero, al margen de reconocer esta situación de desprestigio de ciertos organismos oficiales, las mujeres apelaron de todos modos al Estado para la búsqueda de soluciones. El hecho de apelar a un agente extrafamiliar deja en evidencia, claramente, que las mujeres no consideran la violencia como una cuestión privada.

Entendemos con Sagot (2000) que, al igual que en el resto de la región, la institución policial es una de las más accesibles en términos geográficos. Una investigación (ELA, 2009) concluyó que el recurso más presente entre las mujeres es la policía. En muchos casos, era el único que mencionaban conocer al momento de presentarse la situación de violencia.

Para que Rocío concretara una denuncia policial, fue necesaria una intervención atípica por parte de la terapeuta que la atendía. Dos meses antes de nuestra entrevista, en el marco de una consulta de rutina, la psicóloga había tenido que intervenir directamente para que Rocío, desde el consultorio de Violencia Familiar, efectuara un llamado

al servicio de protección policial a víctimas. La necesidad de llamar al 137 para que actuara el programa Las Víctimas contra las Violencias se debía a que, en esa ocasión, el marido había seguido a la paciente y la esperaba afuera de la institución con una amenaza de muerte.

Rocío sostiene que, en numerosas oportunidades, la terapeuta le había indicado la conveniencia de presentarse en la OVD para denunciarlo, pero hasta ese momento no había logrado cumplir con la recomendación. Recordó que la terapeuta le había manifestado “que ella no iba a ser... cómo es que se dice... como cómplice de lo que me pasara, que el tipo estaba loco, que no tenía que volver, que no se tenía que acercar, que...”.

En la CABA se hallan más de cincuenta comisarías de la Policía Federal y dos dependencias de la Policía Metropolitana. Se ha implementado, por parte del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, como señalamos, un dispositivo de atención telefónico y el programa Las Víctimas contra las Violencias, una brigada policial móvil para la atención. En el Área Metropolitana, a su vez, la Policía de la Provincia de Buenos Aires cuenta con cerca de veinte Comisarías de la Mujer y la Familia.

Sin embargo, los relatos de las mujeres muestran que la institución policial sigue exteriorizando una importante e histórica resistencia a intervenir en casos de violencia familiar, e incluso a cumplir y a hacer cumplir las normativas vigentes en la materia.

En la comisaría es como que... fui directamente a la oficina de guardia y en la oficina de guardia no... O sea, te dicen: ah no, pero esto no es acá. No sé, no saben. ¡Ah! Me acordé de algo, mirá. Una noche que... que, digamos estaba todo mal, que Gonzalo me rompe las cosas, yo no sabía adónde tenía que ir a hacer una denuncia. Fui directamente, fui como a las tres de la mañana a la comisaría.

Y en la comisaría, bueh..., o sea, directamente es como que dicen: bueno, ¿este muchacho hizo algo o no hizo algo? Directamente como que me tratan de que... No sé: arreglatelás. Como que no, no, no vayas con tonterías a molestarlos.

Frente a las demandas de las mujeres en situación de violencia, los funcionarios policiales desoyen, desestiman y hasta las maltratan, como pudimos observar en casi todos los relatos.

Y bueno, hago la denuncia. Y bueno, fue terrible, ¿no? Fue un momento muy feo en la comisaría. [...] En la comisaría un

desastre, obviamente. Se rigen por un régimen totalmente machista y que se manejan ellos así, ¿no? O sea, son regímenes que no me gustan, que manejan unos conceptos muy cerrados y muy sectarios y del año 20... [...] Bueno, nena vos estás segura que querés... Yo iba rota, o sea, destruida, mal, angustiada...

Estas situaciones se repiten incluso cuando se presentan evidencias físicas del maltrato. Como en otros estudios (Sagot, 2000; Meneghel, 2007), las mujeres entrevistadas manifiestan un gran descontento por esa actitud descuidada e ineficaz del personal policial, que no atiende la gravedad de las lesiones o amenazas a las que están expuestas.

Investigadora: ¿Ibas con golpes en ese momento?

María Paz: Estaba marcada. Eh... Ah, sí, pero eso te lo cuenta cualquiera. O sea, siempre tienen una palabra ¿no?, claramente. Y uno va en una postura con miedo. Vos vas con mucho miedo.

La institución policial opera habitualmente con un patrón similar, según lo relatan nuestras entrevistadas. Experiencias negativas con el personal policial se repitieron también en instituciones que, en principio, por su especificidad contarían con una mayor sensibilidad para el abordaje de la problemática: las Comisarías de la Mujer y la Familia, en el conurbano bonaerense.

En una Comisaría de la Mujer y la Familia de la zona oeste del conurbano bonaerense, donde por primera vez denunció por violencia a su marido, Rocío recibió una atención inadecuada.

Y en la comisaría me hicieron esperar afuera, sin banco, sin nada, o sea, que me tuve que sentar en el piso [...] vino el concejal y le dije... y le dijo "ella...", por... porque es... es mi tío, "ella es mi sobrina, la atendés ya" le dijo. "¿No te das cuenta cómo está?"

Cuando finalmente luego de una prolongada espera la atendieron, debió enfrentar reiterados cuestionamientos por parte del personal policial.

Bueno, entonces ahí empezaron a cuestionar y... "Para qué lo ibas a ver si... sí". Entonces, en un momento... yo no soy una ignorante tampoco. O sea, en realidad, uno me ve y me dice pero para qué yo lo iba a ver. "Vos me tenés que tomar la denuncia. Porque no es tu asunto por qué yo lo iba a ver. Sí, tenés razón, estoy enferma. Yo lo admito. Pero, o sea, qué tengo que lidiar con contarte a vos y a todo el mundo por qué lo iba a ver."

En otra Comisaría de la Mujer del conurbano bonaerense, Carolina tampoco encontró la atención esperada.

Me mandan a la Comisaría de la Mujer, en la Comisaría de la Mujer no me toman ninguna denuncia, nada. [...] Cuando el día ese en que nos separamos eh... me empujó, me golpeó y eso no lo, no lo vieron como con mucha importancia, no [...] Claro, no, no estaba como muy golpeada, no sé, no sé qué esperaban ellos como para tomarme una denuncia. Y me dijeron que no, que no; que no tomaban denuncias, que lo que yo tenía que hacer era ir a la Defensoría y... bueno, pedir lo que era régimen de visitas y esas cosas.

El cuestionamiento que los funcionarios policiales y judiciales hacen a las mujeres, y la falta de contención e información que les brindan, son constantes a las que ellas deben enfrentarse. Sobrellevar el recorrido en estas circunstancias les exige multiplicar su capacidad de resistencia.

Lo que me pasó a mí, puntualmente, es muy mala información, o sea, muy..., no... no sé si decirlo..., no muy cuidada, no muy apoyada; porque también cuando llega la asistente social con este problema, que él me seguía, que yo le hago una denuncia, que ya estaba mal, me sentía muy mal, lo que me por ahí me dice la asistente social es bueno, me dice “nadie te mandó”. Y yo, una no espera en ese momento que te digan “nadie te mandó”, por ahí, “a casarte, a juntarte, a tener hijos”, por ahí, son cosas que por ahí uno no espera, y más la desinformación que uno viene; por ahí yo fui a la comisaría y esperaba otra cosa. Esperaba por ahí, que te digan “mirá, vos tenés hacer esto, esto no”; o “dirigite acá, allá”.

Pero la Policía no sólo tiene presencia al inicio del proceso. Como se detalla en el caso de Lorena, a lo largo del extenso proceso recorrido requirió en múltiples oportunidades su intervención.

En la semana iba ponele, que sé yo, cuatro veces. Todas por violencia. No dejaba pasar ni una al principio. “No, pero ya estuviste hace dos días, no podemos tomar una denuncia de nuevo, andá al juzgado y hacé la denuncia, hacételas allá.” Hablaba con mis abogados, iba para allá a hacer la denuncia: no me la tomaban tampoco en el juzgado. “No, pero la carpeta no está en despacho, ya pesa denuncia de hace 48 horas”, se llenaban los papeles y demás. Muchísimas veces no me han tomado la denuncia. Pero tanto en el juzgado como en las comisarías.

Una buena víctima, se busca

Los campos de la salud y el derecho se cruzan y se contaminan mutuamente en el proceso social de construcción de las “víctimas” (Green, 2007) de violencia. En ese proceso, las víctimas presentarán determinados atributos que las harán identificables y las legitimarán socialmente (Sarti, 2009).

Para obtener justicia o recibir tratamiento, una mujer en situación de violencia debe presentarse como víctima, exhibir su sufrimiento de una manera particular, legítima,² y ese posicionamiento contribuye a reforzar el proceso de victimización que se asienta en esos dispositivos. Como planteamos en el proceso de objetivación/construcción de la *víctima ideal*, las personas afectadas y sus experiencias aparecen escindidas del proceso de victimización. Quedan afuera sus vivencias, sus padecimientos.

En nuestro caso, los dispositivos públicos de atención requieren que las víctimas prueben su condición. Se deben habituar a reproducir escenas de sus experiencias:

Delante de una multiplicidad de instituciones y agentes que tienen, en diversos grados, los poderes de decisión sobre su existencia [...] todo esto no está ciertamente exento de consecuencias sobre el doble proceso de subjetivación y sujeción, dicho de otra manera de construcción de sí y de sumisión al Estado. (Fassin, 2003: 70)

Para obtener el reconocimiento de sus derechos, las mujeres deben exponerse y contar su vida delante de expertos y funcionarios, tal como se manifiesta en este diálogo con Mirta.

M: *El 19 me entrevista una trabajadora social, le cuento todo. Me preguntó mi historia del momento que estuve de noviazgo hasta este momento. Le conté todo lo que me hizo, cómo me trataba, qué es lo que hacía.*

Investigadora: *¿Qué trabajadora social, del juzgado?*

2. Green (2007) recupera categorías marxistas para intentar interpretar la construcción social de la vulnerabilidad donde ser etiquetado como víctima parece responder a un estado natural y no a un proceso social. Establece un paralelo entre la noción de alineación del trabajador y la construcción de la víctima ideal: los trabajadores se pierden a sí mismos, son expropiados y las víctimas aparecen como alienadas por su victimización.

M: Del juzgado número 5.

Investigadora: ¿Ahí le contacte por primera vez todo?

M: Todo. Así estuvimos dos horas y media de entrevista. Como me golpeaba, cuántas veces, todo, todo, porque ella me preguntaba todo y yo le contestaba todo como fueron pasando las cosas, desde el momento que yo me casé al momento que estaba viviendo.

A su vez, para *constituirse en víctimas*, a las afectadas se les pedirá un comportamiento adecuado. La respuesta de la *víctima* debe ser acorde con los daños recibidos. Entran así en escena su discurso y sus manifestaciones de angustia.

En el proceso de victimización según Green (2007), las víctimas son cooptadas por fuerzas políticas y económicas, grupos de presión y organizaciones, que las moldearán sobre la base de expectativas sociales respecto a su rol social y a una lógica de mercado que proveerá una serie de servicios (jurídicos, de salud, etc.) para satisfacer la demanda de las víctimas.

La prueba: el cuerpo del delito

En ocasiones, las características particulares de la situación vincular de las mujeres afectadas por violencia no se corresponden con una tipología preestablecida para abordar los casos de violencia, tal como se observa en el relato de Gimena, quien se encontraba embarazada y había sufrido violencia psicológica por parte de su entonces novio. Cuando intentó denunciarlo en la OVD, encontró que la denuncia resultaba infructuosa ya que no contaría con medidas de protección: “Como yo no convivía... no era motivo para exclusión ni límite de acercamiento”.

En ese contexto, Gimena relató su único y frustrado paso por el sistema judicial:

Fui [a la OVD], hablé con la chica, te toma todos los datos, te empieza preguntar... después te hace hablar con un abogado que tiene una asistente que toma nota de todo lo que vos hablás... cuando terminé de hablar, me lee todo, yo no me había dado cuenta, el contacto con la psicóloga... como yo sentí que hay que ir con un ojo negro... y a 5 horas de que te pegó, no sabés... esa impresión me dio. Entonces ese sentimiento tuve, tenés que venir con la cabeza rota y vivir una situación más extrema como para que... te tomen en cuenta... pero no te pasó tampoco tanto, me dio esa impresión...

Investigadora: ¿Estabas embarazada?
G: Yo estaba embarazada.

Para dar cuenta de una gravedad extrema, que pueda hacer visible a la violencia (y ser susceptible de intervención), Gimena apela a la imagen de “la cabeza rota”.

En un contexto semejante (en el sistema judicial) se ubica el relato de otra de las entrevistadas, Joana, quien también apelará a ubicar una violencia que se torne visible en la cabeza, que podrá aparecer en este caso como “abierta”.

Y bueno, ahí voy a la Defensoría [...] porque era la (feria) judicial, entonces me dan una derivación. [...] A mí no me han tratado bien, al contrario. Me han tratado como si yo, o sea, no existiera. Me parece que tenés que ir con la cabeza abierta para que te den bola.

Cabezas “rotas” o “abiertas” nos remiten a una integridad amenazada en su centro, la razón.

En el campo de la medicina legal, el predominio de un enfoque biologicista muestra una fuerte tendencia a valorar excesivamente la dimensión física de la violencia. Se ignora o soslaya la dimensión psicológica o los riesgos e implicaciones del maltrato, en aras de una pretendida objetividad. En ese marco, se acentúa el valor de la “prueba” visible y se desdeña la experiencia de padecimiento de las mujeres (Sagot, 2000).

La requisitoria de pruebas parece ser uno de los modos en que el Estado se hace presente, y ello se refleja largamente en los relatos de las mujeres entrevistadas. Aquí la visibilidad/invisibilidad vuelve a ser uno de los ejes que atraviesan el proceso recorrido por las mujeres.

Deben exponerse a sí mismas como sujetos sufrientes, que buscan legitimarse como víctimas a través de una revelación física o de un ejercicio narrativo.

El cuerpo, enfermo o sufrido, está dotado, en estas situaciones, de una suerte de reconocimiento social que en última instancia se intenta hacer valer cuando todos los otros fundamentos de una legitimidad parecieran haber sido agotados. (Fassin, 2003: 53)

En ocasiones, el cuerpo es utilizado como último recurso. Al exhibirlo, es el cuerpo el que, a título de la enfermedad o del sufrimiento, otorga derechos.

A partir del conocimiento de que la exhibición de las marcas corporales de las lesiones podría serle de utilidad y previendo un futuro proceso judicial, María Paz procura la producción de pruebas.

Hago que me marcaran en el hospital las marcas, para que quede asentado para que tenga validez después la denuncia, todo. [...]. De ahí me fui a la OVD.

Como plantea Das (2002), para que puedan demostrar su condición de víctimas y ser reconocidas judicialmente, a las afectadas se les exige que aprendan a traducir su sufrimiento al lenguaje de la ciencia. En otras ocasiones los relatos dejan ver reacciones, que apelan a que la víctima manifieste cierta austeridad para lograr su reconocimiento. Situación que puede observarse en la reconstrucción que hace Rocío de un diálogo con una trabajadora social del ámbito judicial.

[...] yo porque en ese momento estaba vencida, pero si a vos te pasa, te pasa que te maltratan, vos vas a la OVD, la asistente social te dice: "No me muestres, porque yo no quiero víctimas", "no vas más, decime la verdad". O sea, ella le creía lo que él contaba entonces. Porque claro, yo ya estaba tan sacada y quizás lloraba por todo. Yo contaba y lloraba, porque era un dolor en el alma que vos tenés.

Claramente observamos cómo se produce una apropiación judicial y burocrática del sufrimiento que tiende, con supuestas buenas intenciones, a objetivar la experiencia de padecimiento y contribuye a aumentar la revictimización.

Me han llegado a, bueno, en muchos golpes feos que he tenido, te miden los golpes, porque la intención es dónde te golpearon o si te golpeaste. Y no podés pasar por eso. Obviamente, ¿cómo sabés la verdad, no? Pero bueno, o sea, yo venía desfigurada, ¿sí? Tuve que ir con los tres nenes, no tuve con quién dejarlos. Los chicos quedaron afuera de Azopardo, que es horrible ese lugar, en esa esquina, y cuando pasás, el profesional: bueno, desvestite, y te empiezan a medir los golpes, y bueno, a ver, poné la mano así, y a ver, poné la mano así... A ver si vos llegás al golpe que vos tenés en la espalda, o si te lo hicistes vos. Y me parece que eso es muy de... es, es, es, es muy mierda tener que pasar por eso cuando... Loco, ayer me cagaron a palos y estoy hecha mierda. Y sin embargo, fui a hacer la denuncia como mujer, sola. Vengo hoy acá y me expongo, el cuerpo, que me mires.

Se requieren medidas precisas, se establecen cálculos, se prueban o refutan hipótesis. El sistema judicial despliega toda una serie de procedimientos de índole racional/moral para la producción de la prueba.

Seguir en carrera

Las posibilidades que tienen las mujeres que sufren violencia doméstica de acceder a la Justicia dependen de la información, los recursos disponibles, y el capital social y simbólico que tenga cada usuaria en particular. Para este acceso, resultan sumamente relevantes los recursos que proporcione el sistema judicial.

En este sentido, la OVD, dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que presta atención las 24 horas del día durante los 365 días del año a través de un equipo interdisciplinario formado por abogados, psicólogos, médicos y trabajadores sociales, es reconocida por las mujeres en su rol de facilitador del acceso a la Justicia, o más precisamente de acceso a los servicios de Justicia.

Entre nuestras entrevistadas se destaca la cobertura horaria de atención y la disposición del personal, tanto como el trabajo interdisciplinario del mencionado organismo.

Sin embargo, también se registraron críticas en torno al alcance de las intervenciones judiciales promovidas, el perfil de los casos a los que estaría dirigido el servicio, el límite de su jurisdicción (CABA), y la demora en la atención debida a la gran demanda que tiene el organismo.

A la OVD, eso. Me mandaron. Mientras tanto me habían derivado a un (lugar del barrio), de ayuda a la mujer, [...] estaba para solucionar la situación de riesgo y ver qué decisión podía tomar y con acompañamiento legal de una abogada. [...] lo ves y es muy bonito. En la realidad, no sirve. En la realidad no sirve. Si bien capaz que te dan un turno dentro de todo rápido, la abogada nunca, absolutamente sirvió nada. Porque es una. Y no es porque ella tenga... no como un juicio de su carácter profesional, si no... Lo que te ofrecen y lo poco... O sea, te ofrecen por un lado y te sacan por el otro. O sea, yo tuve que hacer millones de orientaciones, tiempo. Y voy, y sin la abogada, no sé para 500 casos por decir un número. No existe, es un chiste.

En su relación con el sistema judicial, para nuestras entrevistadas el punto más conflictivo no resultó ser el acceso al sistema de Justicia, sino la dificultad en la continuidad del proceso judicial. Esta

disconformidad, que se reitera en diversos relatos, se corresponde con el análisis de la evolución de los casos de violencia en el sistema penal. Se presenta una cantidad importante, en aumento cada año, pero sólo unos pocos casos llegan a obtener sentencia (ELA, 2012).

Esta situación explica en parte que las mujeres afectadas tengan miedo de denunciar por temor a represalias del agresor, en un contexto en el que la protección de su integridad y la de sus hijos no quedan claramente garantizadas. Pero también se explica por la revictimización que se produce en algunos casos, a partir del inicio del recorrido policial y/o judicial.

La burocracia judicial es importante, incluso frente a las medidas de exclusión, que no siempre se cumplen por falta de control.

En tren de justicia

A la instancia judicial las mujeres llegan “vencidas”, “rotas”, “remal”. Describen este tránsito como tortuoso y extenuante. Adaptarse a la racionalidad propia de la burocracia de los servicios que les brindan asistencia lleva a que su mundo cotidiano requiera ser reformulado. El “cuerpo político” del dolor y su atención sirve como fuente y canalizador de su experiencia, modelando sus actividades y reformulando la vida cotidiana.

Para cumplir con todos los requerimientos judiciales, Lorena tenía prácticamente que *trabajar* de víctima. Y en el caso de Carolina, se evidencia cómo se ve afectada por esta exigencia. Son altos los costos que deben pagar para seguir en la “carrera” de mujer maltratada.

[...] *siento que por ahí a mí como madre me obligan a iniciar un juicio para pedirle alimentos; me, me obligan a iniciar un juicio para régimen de visitas, pero a él no lo obligan a nada como padre. Entonces es como que yo soy la que va, por decirlo de alguna manera, golpeada, con dudas, con miedos, con lo que fuere y como que me siguen golpeando más ¿no? Como que me piden todo a mí y a él no le piden nada. Yo tengo que hacer las cosas... [...] Yo hago las cosas para que se las lleve él de arriba.*

Los tiempos de la Justicia son largos y se encuentran atravesados por procedimientos burocráticos, que llevan muchas veces a que las usuarias desistan de continuar el proceso judicial.

Yo me sentía remal. Iba a otros lados, a Tribunales, a Talcahuano, después está ahí Lavalle 440. Ningún lado me escucharon. Fui a, al Juzgado de Menores, ahí mismo, me acuerdo, eh... y no era golpe violento sobre los niños y no me podían ayudar. Así me contestaban. Y fui a Tribunales también, ahí me asesoró una asistente social y le conté y me dijo: “No podemos hacer nada si no hay violencia entre... hacia los niños”. Entonces yo le decía: “Pero yo quiero una ayuda, quiero la tenencia de mis hijos, quiero tenerlos yo”. Le contaba todo lo que pasaba, lo que hacía él con el nene, no lo mandaba al colegio, [...] Yo quería justicia hacia mis hijos. Pero nunca me escuchó nadie. Me cansé de andar durante 2009 ahí en esa zona. Dejé, dejé, no fui más.

El alto costo de transitar el camino sinuoso, sin contar con la ayuda esperada, se refleja en este tramo del relato de Carolina.

Porque a mí en ese momento..., me hicieron sentir muy mal. Sí, me... Yo por ahí estaba mal, me sentía con el tema... ¿viste?... La verdad que yo sin darme cuenta me había debilitado... así psíquicamente, por ahí, porque él me seguía y me sentía mal; y por ahí, ir a un lugar donde yo pensaba que me iban, no sé si solucionar un problema, pero por ahí ayudar; quizás encontrarme con que choqué, ¿no? [...]

Respecto de los costos que puede tener para algunas mujeres el seguir adelante con el proceso judicial, una de las terapeutas entrevistadas reflexiona desde su experiencia.

Creo que hay de todo un poco. Las que ya entraron en el circuito recorren y recorren, y no paran y denuncian y no paran y son citadas y presentan...

Algunas veces el efecto de la intervención terapéutica es que cortan y terminan y aunque no se resuelva... porque lo otro que sucede es que las instituciones judiciales tampoco resuelven; complican, complejizan dificultan el proceso...

Se alivian cuando pueden decir: “Terminó, ésta es la realidad, esto es así. No puedo seguir peleando”...

Recuerdo una mujer que venía y decía que estaba en una pelea judicial por la cuota alimentaria.

“Cueste lo que cueste”, decía ella “se la voy a pelear” y terminó admitiendo que cueste lo que cueste era casi la vida de ella porque tenía miedo de salir a la calle porque el marido la iba a matar. Entonces terminó desistiendo y entendiendo que “si yo trabajo y mantengo a mis hijos voy estar más saludable que si

sigo peleando y que pague, hasta que me mate". (Entrevista de contexto profesional N° 2)

Los esfuerzos por mantener la continuidad del proceso judicial, según este testimonio, no estarían necesariamente orientados hacia el logro de una mejora de la situación personal y familiar.

Respecto a un servicio de vital importancia para el desarrollo de los procesos judiciales, la ley N° 26.485, en su artículo 16, se compromete a garantizar patrocinio legal gratuito. Para "garantizar el asesoramiento y el patrocinio jurídico gratuito a las mujeres víctimas de violencia", sostiene que se celebrarán convenios con ministerios, asociaciones, universidades y otros organismos.

Sí... En realidad, no tengo ningún abogado. Sé que alguien... alguien está cuidando mis intereses, pero ni lo conozco. Nunca tuve una entrevista con algún abogado. Y bueno, él que los está cuidando, está cuidando mal, porque no me mandaron... O sea, la única que conocí fue una chica que se llama Agustina que es del tribunal en lo penal.

A estos recursos gratuitos observamos que acceden las mujeres que más tiempo llevan en el recorrido.

[...] la primer denuncia la hago en el Juzgado, en cuarto piso, Lavalle 1212, Violencia Familiar. Este... cuento lo que estaba pasando y ahí mismo tomo como abogados, abogados personales, hasta que después, bueno, se me empezó a encarar bastante y terminé con los abogados de Talcahuano, los del práctico de la UBA. Eh, hace, eh, seis años que estoy con ese práctico; tanto civil como penal.

Sin embargo, aunque la legislación plantee que las mujeres en situación de violencia tienen garantizado el patrocinio legal gratuito, este servicio es limitado y se presta de manera precaria, según lo sostienen las entrevistadas al relatar sus numerosas experiencias. Éste es el caso de Carolina:

Y... también, me pasa lo mismo; que me pasó antes. No tengo información, no tengo por ahí eh... Al no tener recursos, me dan un abogado por el tema de la escuela de abogados [...]. Y yo no puedo tener contacto con el abogado. Entonces yo no le puedo preguntar ninguna duda que tenga, no le puedo por ahí consultar nada, no sé si hay... no sé, algunas... alguna duda

que te surja, cualquier cosa; no lo puedo consultar ni con nadie, ni con él.

El servicio de asesoramiento y patrocinio legal es caracterizado como inapropiado también por María Paz, quien describe detalladamente su contacto con dos instituciones. En la primera, cuando necesita consultar con la abogada que le fue asignada, no logra que la atiendan telefónicamente. Respecto a la atención telefónica, ella pudo observar que “dejan el teléfono sin atender” y en algún momento en que logró comunicarse le dijeron irónicamente “que [la abogada] no estaba, que si sabía dónde estaba, les avise”. También califica negativamente a otro dispositivo de patrocinio jurídico: “Desastrosa la atención de los servicios de abogados de la lista, poco saben de violencia, de divorcio nada [...]”.

En su relato, además, refiere que, al no lograr comunicarse con la abogada del CIM, se presenta en la OVD y le recomiendan “asesoramiento en Tribunales en el 8° piso”. Allí se presenta en cuatro oportunidades y destaca que “son alumnos los que atienden, a la titular nunca la vi”.

Medidas de (des)protección

La ley N° 26.485, en el artículo 26, plantea medidas preventivas con carácter urgente para:

[...] garantizar la seguridad de la mujer que padece violencia, hacer cesar la situación de violencia y evitar la repetición de todo acto de perturbación o intimidación, agresión y maltrato por parte del agresor.

Algunas de las medidas que se emplean son: la exclusión del agresor del domicilio común; la prohibición de acercamiento del agresor al lugar de residencia, trabajo, estudio, etc.; el reintegro del domicilio y/o efectos personales a la mujer; el establecimiento de medidas de seguridad en el domicilio de la mujer; la fijación de una cuota alimentaria provisoria; etcétera.³

3. Al momento de efectuar el trabajo de campo, aún no se habían implementado en la CABA medidas de protección y o supervisión electrónica para las víctimas y agresores en los casos de violencia doméstica que permiten dar alerta inmediata a las autoridades, como por ejemplo el botón antipánico.

Cada una de las medidas señaladas adquiere un protagonismo central en los relatos de las mujeres entrevistadas. Las mencionan sistemáticamente, las conocen en detalle y han apelado a algunas de ellas a través de la institución policial y/o judicial.

En el marco de las causas judiciales que llevaban adelante, la mayoría de ellas había logrado el dictamen para la aplicación de alguna de estas medidas. Sin embargo, en numerosas ocasiones su cumplimiento no se había hecho efectivo y se generaron situaciones de importante desprotección que incrementaron la vulnerabilidad de las mujeres y sus hijos.

La perimetral

Una de las medidas preventivas para la protección⁴ urgente de las afectadas y los afectados por violencia de género, que la ley N° 26.485 prevé en el caso de violencia doméstica, es la orden de prohibición de acercamiento del agresor a los lugares de residencia, trabajo y estudio de concurrencia habitual de la víctima y familiares. En general, el perímetro de exclusión suele ser de 300 metros y la vigencia de la restricción es de 90 días con opción a renovación.

Algunas entrevistadas, entre ellas Carolina, consideraron que esta medida podía hacerlas sentirse efectivamente más protegidas.

Yo por ahí pedía... En su momento pedí... una... un área perimetral como que [...] es el padre y lo que fuere, sí; pero a mí me hizo muchas cosas, o por ahí yo ya estaba mal en ese momento, y no sentía... no sentía que me protegían; por ahí, como yo

El 14 de mayo de 2012 se presentó el dispositivo que estaría destinado a las mujeres que sufren violencia doméstica y está conectado con una central de alarmas monitoreado por la Policía Metropolitana (<http://www.buenosaires.gov.ar/noticias/botones-antipanico-para-mujeres-victimas-de-violencia-domestica>, fecha de consulta: 15 de julio de 2012).

4. En la Justicia penal de CABA, según personal del Ministerio Público Fiscal, no es sencilla ni rápida la obtención de las medidas de protección. La demora se debe entre otros factores a que se necesita certeza absoluta para determinar la comisión del delito y la responsabilidad del imputado. Incluso porque se debe notificar al imputado. Pero si estas medidas llegan a ser violadas por el agresor, la pena que le cabe es la prisión preventiva, cuyo impacto es mayor que una condena por desobediencia civil –en la instancia civil no se registran condenas por este delito– (Entrevista de contexto con personal del sistema judicial de la CABA).

quería o como yo sentía... no sé, no lo sentía. Y más que nada no sentía que cuidaran a mi hija. Porque él... él era el padre pero, no sé, se acordaba que era padre cuando... muy rara vez.

Lorena, quien contabilizaba siete años desde la separación de su marido, a lo largo de la entrevista relata cómo se relacionó con los distintos mecanismos de protección provistos por el Estado. Sus alcances y su efectividad fueron nulos frente a la sistemática y violenta persecución a la que estuvieron expuestos ella y sus hijos en ese período.

Eh, a la escuela no fueron los chicos durante un mes y medio, porque estaba la medida cautelar y Jorge iba a estar como loco. No me servía cambiarlos de escuela a los chicos. [...] Yo mi trabajo lo dejé durante 9 meses casi no estuve trabajando. Nos manteníamos con esa plata y nos mantuvimos refugiados. Los primeros nueve meses, que fueron los más caóticos, en realidad, porque para salir de la escuela nos esperaba el remis en la puerta. Él estaba siempre, nos golpeaba, golpeó a la maestra, a la directora. Este... Hemos tenido episodios, millones, saliendo de la escuela. Tener que entrar por una puerta, salir por la puerta de los, de los eh, de los porteros. Eh. La escuela, entraban a las 8 de la mañana, teníamos que estar a las 7 de la mañana, una hora antes, para que los chicos pudieran entrar. Salían 12 y cuarto, teníamos que estar, que se yo, hasta la una del mediodía para que pudiéramos salir.

Investigadora: ¿Y protección policial...?

L: Olvidate.

Investigadora: ¿... tenías?

L: No, nunca.

Investigadora: ¿Por qué no te la puso el juez o por qué no se cumplió?

L: No se cumple, no te la ponen. En la escuela, la directora estaba cansada de pedir este, oficial de justicia, que estuviera en la puerta. Después de mucho tiempo apareció. Pero igual no sirve. Es a lo que vamos. O sea. [...]

Investigadora: ¿Cuánto duró esa persecución, Lorena?

L: No, los primeros cuatro, cinco años, fueron terribles, Claudia.

Evidentemente, ni la medida de exclusión de la parte agresora de la residencia común ni la prohibición de acercamiento se cumplían en este caso. En el siguiente pasaje se aprecia que Lorena conocía detalles técnicos de las medidas de protección, y en consecuencia efectuó

el reclamo en sede policial. No obstante, tampoco obtuvo la protección necesaria.

Llamo al 911, viene el 911, nos llevan a los dos de nuevo. Los chicos quedan en la escuela, [...] Cuento esto mismo, que estuvimos anoche, a la tarde, a la noche, en la comisaría 42, él tiene una medida cautelar. Estábamos con medida cautelar: menos de 300 metros no se puede acercarse. A más de 300... no, sí. Tiene un radio de 300 metros de no acercarse. Estaba vigente y el tipo no sólo que vino a la tarde a mi casa, sino que también vino ahora a la escuela. Quedamos los dos demorados. Yo quedo hasta las 12 y pico. Vuelvo de ahí a buscar a los chicos. Siempre fui sola. Vuelvo de ahí a buscar a los nenes a la escuela. A las tres de la tarde ¿quién estaba acá de nuevo? Jorge.

Reclamo al plato. La cuota alimentaria

Cuando un matrimonio o pareja se separa y tienen hijos en común, menores de 21 años, el padre que se retira del hogar está obligado a aportar para sus gastos de manutención. El monto puede ser acordado por las partes o fijado por vía judicial. En las situaciones de separación por motivos de violencia, las posibilidades de llegar a un acuerdo sobre el particular son mínimas. Y el inicio del trámite judicial para conseguir el pago de los gastos de manutención constituye otra de las tareas que deben asumir las mujeres a la hora de decidir la interrupción del vínculo violento, como el caso de Carolina.

Yo por ahí, de mi parte, no, no sé por ahí, adónde dirigirme, con quién hablar, adónde... Eso es lo que..., hay mucha, más allá del tiempo, que todo tarda un montón; porque yo ahora tengo que empezar un juicio, me dijeron que el mes de enero tengo que llevar los papeles y ahí tengo que esperar dos meses más, y eso puede tardarme hasta un año. Por eso tengo que esperar, ponerle, hasta el año que viene para ver si me llega a salir lo de la alimentación de mi hija, y llega a salir... o sea, para el régimen de visitas y todas esas cosas.

En ocasiones, la instancia judicial interviniente llega a dictaminar el monto de la cuota alimentaria, pero no logra imponer mecanismos para la efectivización del cobro, como ocurrió en el caso de Lorena, quien durante siete años debió asumir sola el mantenimiento de sus tres hijos.

Claro. Mirá, Claudia, eh... En siete años que hicimos divorcio, que hizo divorcio, que hemos pedido la manutención, nunca me ha dado 5 centavos. Nunca. La Justicia, por ese lado nunca lo corrió. Te lo digo sinceramente como se lo dije siempre a mis abogados: no me interesa. Te lo juro, que por suerte yo trabajaba.

Falta de información clara para que las mujeres inicien sus reclamos, dificultades para la notificación de los involucrados, problemas de jurisdicciones y depósito de montos irrisorios configuran las aristas de un problema que, al no ser abordado con eficacia por la Justicia, reactualiza el proceso de victimización de las mujeres en situación de violencia y de sus hijos. Así lo describe Mirta:

Dos veces, tres veces le mandaron notificación, nunca se presentó. Después pasamos al juicio con ese doctor. Y el juicio, nunca llegó a notificarse a él porque según él decía que... de Capital a Provincia mucho no se podían comunicar. [...] El Juzgado me pide que yo consiga la dirección exacta y con eso ellos sí pueden hacer [...], pedirle alimentos y divorcio. Pero no lo puedo conseguir porque la madre no me la quiere dar. Y él el otro día me llamó, me dijo que él no tiene paradero. [...] El día de hoy a mí me interesa que me dé el divorcio y hasta que sean mayor de edad los chicos, que pase la cuota alimentaria.

Una pena que no haya pena: el quebrantamiento de las medidas protectoras

Frente al quebrantamiento de las medidas preventivas y restrictivas por parte del agresor, por ejemplo, incumplir obligaciones alimentarias, el sistema judicial tiene posibilidades de aplicar diversas sanciones. Entre ellas, la comunicación de la situación a las instituciones laborales, a fin de obtener la condena social del agresor. Sin embargo, las consecuencias que dicha sanción podría tener para la mujer hacen que se desestimen dichas medidas y, en cambio, se hayan propuesto otras. Una sanción alternativa es la que impone que, para acceder a cargos públicos, se exija un certificado que avale que el postulante no ha sido condenado por infringir medidas de este tipo (Carlucci, 2002 *ápu*d Viar).

Frente al incumplimiento de las medidas judiciales, no se prevé el arresto de los infractores. En cambio, se suelen ampliar las medidas de protección para las mujeres, extendiendo el área perimetral de exclusión, o solicitando colaboración policial para vigilancia o detención del agresor.

Al tratarse de un delito de desobediencia, también puede intervenir allí la Justicia penal. Una medida altamente polémica es la que habitualmente toma el sistema judicial cuando solicita a los agresores la realización de trabajos comunitarios. En particular, en la CABA, como consecuencia de la implementación de la suspensión del juicio a prueba o *probation*, se ha impuesto a los agresores la exigencia de cumplir un tratamiento o participación en cursos para aprender a vincularse sin violencia.

Retrocede dos casilleros: distintas formas de discontinuar el proceso judicial

Una vez iniciado el proceso judicial, en algunos casos las mujeres no logran completar los trámites judiciales requeridos. Pueden no presentarse a ratificar una denuncia o directamente retirarla. Una situación que se repite en varias de las entrevistadas, entre ellas María Paz.

Por otro lado fui a una abogada que se dedica a toda la parte familiar, civil, también a lo penal. Pero, eh..., empecé a hacer un poco. Después, a mitad de año... Eso fue en diciembre. Después como que nos arreglamos un poco con él y fuimos juntos al Juzgado, todo, y desistí hacer denuncia.

Las medidas judiciales de protección pueden no ser sostenidas por las propias mujeres, que en el transcurso del proceso tienen otras expectativas para la resolución del vínculo violento y/o subestiman la situación de riesgo que comportaría el contacto con el agresor, como le ocurrió a Joana.

Y bueno, entonces después, después de un tiempo que se hizo la denuncia, qué sé yo, me dieron las medidas que, o sea, en realidad no eran cosas que yo había elegido sino eran cosas que, que, o sea, de protocolo; que había que hacer: exclusión, o sea, exclusión no, prohibición de acercamiento, porque yo ya estaba en el hogar, prohibición de acercamiento y demás... Cosas que yo no respeté porque no, no las quería digamos, no estaba convencida.

La valoración del rol del agresor como padre opera en el mismo sentido, ya que las mujeres no sostienen el cumplimiento de la medida perimetral que implica mantener la distancia con el agresor porque la consideran perjudicial para los hijos. Esta situación se advierte en las palabras de María Paz.

[...] y tenía un acta que por tres meses, no sé cuánto, no se podía acercar a casa... un tiempo, a mi casa. En tanto dentro de esos... él haga las pericias y vea cómo está, si era adicto o no y si el tratamiento en base a eso o si él quería accionar con su familia o no, los iba a ver a los nenes, si no, no. Error: lo empiezo a ver de nuevo. En el momento que yo lo veo...

Investigadora: ¿Y se terminó eso o no dejaste que terminara?

M: No, no, en el momento en que cortó eso se pierde.

Las partes que no son parte: las mediaciones judiciales y la violencia de género

En América Latina, las reformas judiciales tendientes a la modernización y democratización de la Justicia plantean la incorporación progresiva de las estrategias de mediación. En ellas, se apunta a que las partes en conflicto resuelvan en conjunto, de modo de evitar la orientación de los esfuerzos a la derrota de la contraparte (Facio, 1999).

Sin embargo, en el campo de la violencia familiar y desde una perspectiva de género, no es posible soslayar que la mediación se enfrenta con ciertas condiciones que pueden menoscabar los derechos de las personas más vulnerables que participan de la contienda.

Algunos de los elementos centrales para la efectivización de una mediación son la participación voluntaria de las partes y la paridad de poder entre ellas. Dichos requisitos, en el caso de la violencia familiar y/o de problemas relacionados con la separación vincular, no se cumplen ya que en principio no suelen hallarse *partes* en igualdad de condiciones, debido al deterioro producido por los efectos de la violencia y a la propia distribución desigual de poder entre los géneros a nivel social y familiar, que coloca sistemáticamente a las mujeres en una posición de subordinación.

También habría que considerar, como hicimos en el capítulo 1, el carácter no neutral y androcéntrico del derecho, que se encarnaría en las recomendaciones, posturas y propuestas de los funcionarios intervinientes en las instancias de mediación y conciliación.⁵

5. La mediación intenta proveer una alternativa de resolución al conflicto, donde las partes ayudadas por un tercero neutral tratan de abordar a un acuerdo sobre el problema en disputa; en cambio, la conciliación es un procedimiento necesariamente judicial. En él, quien llama a las partes para lograr un acuerdo es un juez que propone a las partes un mecanismo de solución del litigio (Facio, 1999).

Frente a la judicialización de los casos de violencia, el artículo 28 de la ley N° 26.485⁶ plantea expresamente como mecanismo de protección que “quedan prohibidas las audiencias de mediación o conciliación”.⁷

Sin embargo, en reiteradas ocasiones, esa prohibición se incumple. Por ejemplo, Miriam relata como traumática su experiencia de haber asistido a una audiencia/entrevista conjunta en el Juzgado interviniente en la causa por violencia que llevaba contra su marido. A dicha audiencia concurre sola; la abogada (perteneciente a un Centro Integral de la Mujer de la CABA) le dijo que no acostumbraban acompañar a las damnificadas. Previamente, Miriam había requerido información sobre el objetivo y características de dicha instancia judicial y la abogada le había respondido “que, si pasaba por Tribunales, se fijaba”. Finalmente, se trataba de una entrevista de conciliación con su marido. A ella ni siquiera le habían comunicado que el agresor también estaba citado: “No sabía que me iba a ver con él”.

Se cruzaron en el pasillo y, como ella sintió “miedo”, fue “a pedir ayuda” a una oficina (en una antesala del recinto de la audiencia), en la que la atendió una trabajadora social que “no entendía mi problema y atendía muy mal”, la cual desestimó el reclamo argumentando que estaban esperando separados. Frente a ese argumento, Miriam aclara que “a dos metros estaba”.

El relato de esa situación se completa con otra escena, en la que ella, esta vez, era testigo de “una pareja peleándose a gritos, eran de un caso de violación”.

En el caso de María Paz, se produce una audiencia conjunta cuyo resultado favoreció completamente al agresor como aquí lo narra.

M: Desgastante, totalmente. Eh... Bueno, seguí haciendo eso..., seguimos... empezamos a hacer audiencias, mediaciones, eh... a llegar a un acuerdo.

6. La Ley Nacional de Violencia Familiar N° 24.417 promovía el mecanismo de conciliación de las partes.

7. “Mediación o nada”, es la cuestión. En la Justicia penal de la CABA se requiere reunir una prueba legal muy importante para la obtención de una condena. En la CABA el Ministerio Público Fiscal, a partir del trabajo de un equipo interdisciplinario, evalúa caso a caso si es viable la posibilidad de iniciarse una instancia de mediación. Para dicha evaluación, se considera, entre otras circunstancias, si hay presencia de armas, si hay relación de sometimiento, etcétera (entrevista de contexto con personal del sistema judicial de la CABA).

Investigadora: ¿Mediaciones?

M: Sí, antes de ir a juicio, por el tema de los alimentos y todo eso.

Investigadora: Eso, ¿te acordás si era de la Ciudad?

M: ¿Cómo?

Investigadora: ¿Era en tribunales de la Ciudad o dependía de la Nación? ¿Era civil?

M: Sí, la parte de civil.

Investigadora: ¿En Nación era?

M: En Lavalle 1212. Ahí al lado de la [...], en esa cuadra.

Investigadora: Vos ibas a una mediación, te sentabas con él...

M: Fuimos y llegamos a acuerdos, eh... nada. Despachos raros. Por momentos mi abogado parecía refeminista, qué sé yo y de un día para el otro, se puso en contra la última audiencia me... fue terrible. Se llegó a que él tenga los días que él quería.

Una audiencia conjunta en el recorrido de Carolina no hace más que incrementar su incertidumbre y limitar su capacidad de acción:

Me mandan a... una Defensoría, y en la Defensoría lo único que hicieron fue... darme una fecha como para firmar un acuerdo con..., con el papá de la nena por el tema de... que la nena iba a estar conmigo, que yo me había ido, que... y era eso nada más.

¿Qué deseaba su señoría...? ¿Terapia por mandato o justicia psicoterapéutica?

Describimos algunos de los mecanismos para acceder a los tratamientos psicoterapéuticos en las situaciones de violencia y mencionamos que el tratamiento por indicación judicial resultaba relevante para el sistema de salud (al menos en el dispositivo estudiado).

El tratamiento psicoterapéutico que se efectúa por recomendación o indicación judicial, al que denominamos *terapia por mandato* (Logaris, 1999), presenta algunos puntos de conflicto para los actores intervinientes.

Para el sistema judicial, según un fallo de la Cámara Nacional Civil Sala E. (Viar, 2011), la terapia bajo mandato:

[...] consiste en que el sometimiento a terapia familiar acordado por las partes se homologa judicialmente y para futuro no es la fuerza del acuerdo, sino la fuerza de la autoridad judicial libremente aceptada por las partes la que rige el destino de esa relación familiar; y si las partes desobedecen la obligatoriedad de la terapia o sabotean el tratamiento, el Tribunal o Juzgado aplicará las sanciones que se aconsejen en cada caso, pues la terapia lo es desde ya bajo apercibimiento de las sanciones que correspondan. (Viar, 2011: 4)

En los casos de violencia, la aplicación de la mencionada doctrina tropieza con numerosos obstáculos, entre ellos la falta de consentimiento de someterse a tratamiento, la ausencia de sanción ante el incumplimiento y la inadecuación o ineficacia de los tratamientos (Viar, 2011).

En ocasiones, el sistema judicial establece tratamientos especializados compulsivos para las personas afectadas por violencia intrafamiliar, debido que se encuentran en peligro la salud y la integridad de adultos y niños. Cuando un agresor hostiga, lesiona, amenaza, el sistema legal es convocado por diferentes normativas a sancionar y evitar que las víctimas vuelvan a ser agredidas (Viar, 2011).

Otro malentendido de la cura

Tanto la respuesta que apunta a la medicalización de la violencia como la que sólo tiende a la judicialización, buscan reducir la complejidad del problema para volverlo manipulable.

Estableciendo un paralelo con el planteo que realiza Cortés (1997) sobre el difícil vínculo entre médico y paciente cuando se refiere al “malentendido de la cura”, observamos aquí que la relación entre el sistema jurídico y el campo de la salud mental estaría basada también en una desproporción, donde la demanda y su respuesta no son complementarias. Se entabla aquí una “relación imposible” entre el discurso jurídico y el psicológico, entre el campo jurídico y el campo de la salud mental.

Desde el campo de la salud mental, se tiende a considerar que, en casos de derivación por recomendación o mandato judicial, la demanda no necesariamente estaría ubicada del lado del paciente, sino que correspondería a “un otro”. Se trata de una demanda del sistema judicial a los servicios de salud, que lleva a transformar un tratamiento psicoterapéutico en un proceso de orden público. Esta situación provocaría una pérdida de privacidad y, al ser esta última una pieza central del proceso

analítico, obstaculizaría el encuadre terapéutico. En ese contexto, el profesional tratante suele verse comprometido a redactar informes y mantener distintas modalidades de comunicación con el personal judicial en torno del paciente y su tratamiento. De esta manera, la práctica del profesional queda vinculada al sistema judicial y a los dispositivos de control social que lo integran, y puede ser asociada por los pacientes y su entorno a la delación o a la producción de sanciones.

Los terapeutas contactados por nuestro estudio sostienen que funcionarios judiciales y psicólogos no comparten el mismo lenguaje y que, lejos de tomar a la violencia familiar como un objeto complejo, el sistema de justicia la reduce y simplifica.

El Poder Judicial tendría, a su vez, una mirada reduccionista sobre la función del psicólogo: le asigna una capacidad desmedida en relación con los posibles alcances y efectos de los tratamientos psicoterapéuticos. Los psicólogos, por su parte, observan que el Poder Judicial en ocasiones pareciera derivar a tratamiento psicoterapéutico para “hacer tiempo”, “diluyéndose” la tarea judicial en las instancias a las que deriva.

Dado que desde el sistema de justicia no se les solicita información acerca de los resultados de los tratamientos, los profesionales infieren que el sistema judicial sólo busca que la persona derivada *concurra*.

En relación con estos casos, funcionarios judiciales pueden llegar a considerar (erróneamente) que, si el paciente cumplió con el tratamiento, “se curó”. Suposición que se asienta en la atribución a la psicoterapia de un efecto mecánico (Registro de observación N° 10).

Por otro lado, esa posición del sistema judicial estaría reflejando una clara ausencia de interés genuino por escuchar la opinión de los terapeutas para enriquecer con ella la mirada de los jueces.

Asimismo, el mecanismo de solicitud de informes tendría severas implicancias para la relación terapéutica y para las personas en tratamiento, ya que, entre otras cosas, el Poder Judicial se estaría colocando en la misma posición de control que los victimarios.

Respecto a la indicación de un tratamiento psicoterapéutico en forma obligatoria, en general los psicólogos sostienen que no es conveniente acceder a brindar tratamiento a una persona solamente por recomendación judicial y que resulta imprescindible explorar en la “necesidad” de cada paciente, ya que se observan notables diferencias entre los pacientes que llegan de manera espontánea y aquellos que llegan sólo por recomendación judicial. Entre los primeros, entienden que el compromiso y la posibilidad de desarrollar el trabajo psicoterapéutico es mayor (Registro de observación N° 10).

Se señala críticamente también que, en ciertas oportunidades, el Poder Judicial desconoce la existencia de trastornos psicológicos en los pacientes a los que deriva y que, en ocasiones, solicita intervenciones inapropiadas y/o riesgosas para la integridad de los pacientes, como por ejemplo la revinculación de un hijo con un padre abusador (Registro de observación N° 10).

Ortopedia moral de la Justicia

La constitución del poder disciplinario en los albores de la reforma punitiva moderna asigna un rol particular a psicólogos, médicos y psiquiatras. Esta transferencia del poder de juzgar y la incorporación de elementos extrajurídicos a la operación penal se producen para “disculpar al juez de ser pura y simplemente el que castiga [...]” (Foucault, 1989: 29). La vergüenza que implica castigar se pone de manifiesto, “el psicólogo pulula así como el modesto funcionario de la ortopedia moral” (Foucault, 1989: 29).

En ocasiones, el Poder Judicial procura tomar a los terapeutas como auxiliares de la Justicia, solicitándoles intervención para localizar a una víctima o exigiéndoles la presentación de informes y evaluaciones, que los ubican en una situación de “peritos” o “forenses” más que en su función de terapeutas.

Los desencuentros, producto de este malentendido de la cura, se advirtieron claramente cuando el Equipo de Violencia debió efectuar sucesivas correcciones a un instructivo destinado a los juzgados para optimizar la derivación a tratamiento de casos de violencia familiar. En los oficios elaborados por los juzgados se confundían las características de los dispositivos de atención hospitalarios o los funcionarios judiciales entregaban a la persona derivada el documento de comunicación interinstitucional. Por el lado de los terapeutas, pudo observarse cierta distancia y desconocimiento de aspectos centrales del proceso judicial que atravesaban sus pacientes y un limitado conocimiento de la legislación vigente en la materia violencia. Esta situación es significativa ya que se trata de profesionales que se encuentran estrechamente vinculados a las demandas del Poder Judicial.

Dada su complejidad, el fenómeno sobrepasa el campo tanto del sistema judicial como del sistema de salud o de salud mental. Invita a cada sector a abandonar la pretensión de exclusividad para dirigir el proceso. Se trata de un campo que requiere ser redefinido como instancia

de interacción intersectorial. En el abordaje de estos pacientes, para algunos profesionales de la salud mental es preciso que:

[...] a nivel terapéutico, se realice un recorte del material a fin de profundizar sólo en aspectos de los pacientes que puedan ser abordados en un encuadre de derivación jurídica. (Logaris, 1999)

A la vez, en estos casos, existiría una doble vía, si no para garantizar, al menos para optimizar todos los recursos que lleven a alcanzar un tratamiento exitoso.

Cabe destacar que se trata de resolver situaciones que por su gravedad llegaron a la Justicia, razón por la cual, el proceso terapéutico deberá encontrar un correlato en medidas jurídicas que efectivamente logren reducir el padecimiento. (Logaris, 1999)

En las experiencias de padecimiento estudiadas, una confluencia satisfactoria de estos dos caminos (el psicoterapéutico y el judicial) es infrecuente.

Lorena: “justicia psicoterapéutica” y la triple jornada laboral

Es precisamente este último aspecto el que se refleja en el relato de Lorena, quien pone en cuestión la sintonía entre las exigencias de la Justicia, sus aportes concretos para la reducción del padecimiento y los efectos del tratamiento psicoterapéutico, a la luz de la sobrecarga de trabajo que se le impone por atravesar un recorrido en busca de resolución de su situación de violencia.

Las terapias surgen a partir del juzgado. [...] La verdad, no, no había tiempo. Por la parte del juzgado porque obviamente, de qué se agarra el juzgado: “Bueno, ante la situación de violencia que hay, hacé una terapia vos, los chicos, papapá papapá, para ver cómo están”. [...] Obviamente, soy de cumplir. Las veces que me citaban, iba. Hasta que en un momento dije: “No vengo más; esto no me ayuda para nada”. A ver, eh [...] estoy hecha mierda... corro para acá, corro para allá y yo me sentaba adelante del profesional y me decía: “¿Cómo estuviste? Y ¿qué te pasó esta semana?”. Y... yo, en ese momento, me colgaba a

hablar de lo que me pasaba: “Y, no, me pasó esto, porque Jorge me siguió, me pegó, [...]”. La semana siguiente, bueno, volvía: “¿Y cómo estuviste esta semana?, ¿estás más tranquila?”. “No. Cómo voy a estar más tranquila, si mirá todo lo que me pasa...”, y era siempre hablar de eso.

El carácter disruptivo de la violencia para la vida de las mujeres, sin embargo, no las exime de asumir sus responsabilidades cotidianas. Es más, en general las enfrenta a un incremento de la carga laboral doméstica y extradoméstica.

En la descripción que hace aquí Lorena, no se menciona el trabajo productivo. Al momento de desatarse la violencia física, trabajaba en una dependencia del gobierno de la CABA pero:

[...] tuve que dejar de trabajar porque estaba tan golpeada que ya no daban ni las bufandas ni los guantes para taparme el cuerpo, ni las camisas. Eh, aparte el malestar físico. Y a todo esto, hacer la denuncia. Ir a Azopardo a médico legista, a médico forense, eh... Los nenes, porque él me pegaba, me encerraba con los chicos, pero él se iba. O si no, él dejaba toda la mierda adentro, él se iba y yo quedaba hecha mierda, golpeada, los nenes llorando, la contención de los nenes. Siempre sola. Entonces era eh... ni siquiera ocuparme de mí.

El empleo que consiguió un tiempo después fue más precario y le demandaba varias horas al día. En los párrafos citados, se menciona la carga de trabajo de cuidados y de gestión institucional que, tal como ya argumentamos, implica una profundización de las obligaciones que atraviesa la mayoría de las mujeres trabajadoras: una doble presencia y una triple jornada laboral.

Como en otros casos, la demanda de cuidado se ve aumentada porque la separación vincular dificulta que el padre se encargue de tareas de cuidado o porque está impedido su acercamiento, por una medida de protección judicial o por la ruptura con la familia paterna de los hijos, lo cual impide que las mujeres cuenten con el apoyo de abuelos y otros parientes.

Lo que me costó sacar adelante la casa sola... No, no, es terrible, es terrible. Porque no dejás de ser madre, padre, trabajar, educarlos, ir al médico, acostarte de madrugada y levantarte para ir a trabajar y estar golpeada e ir a la mañana a la escuela también. Y llevarlos y traerlos y que no tengan faltas, y que hagan las pruebas.

Esta sobrecarga o sobreexigencia de trabajo para las mujeres explicaría el frecuente abandono de diferentes instancias de atención (aun bajo indicación judicial) y de vehiculización de los procesos de resolución del problema de la violencia.

Claramente, la lectura que hace una de las psicólogas que atienden casos de violencia revela que la situación de Lorena se repite en muchas de las pacientes.

Yo escucho algunas cosas que me causaron fuerte impacto: gente que hace años o estuvo en hogares durante meses y cuando sale no tiene trabajo, con lo cual tiene que volver a la casa del ex marido, y todo el ciclo de nuevo... o gente que ha pasado por varias situaciones de terapias [...]

Ese camino a transitar es tan pesado que la anula como sujeto...

La anula y la deja como arrojada a un camino en el cual, ella no puede hacer uso de su voluntad. Entonces ya está acá y como la recitaron y tiene que ir y le pidieron el certificado del chico y tienen que ir: entró como en una rueda donde su deseo, su voluntad, su decisión no está en juego. Queda como arrastrada por la inercia. Como un objeto de intervención... Eso lo registré en varios casos. (Entrevista de contexto profesional N° 2)

Nuevamente las respuestas parciales, terapéuticas y/o jurídicas, aisladas de las necesidades cotidianas de las mujeres y sus hijos (vivienda, trabajo, contención social, etc.), no sólo no alcanzan para resolver los problemas vinculados a la violencia, sino que pueden contribuir a su recrudescimiento.

De golpeadas a golpeadoras: las contradenuncias

A lo largo de los recorridos, algunas de las mujeres entrevistadas que habían iniciado un proceso judicial debieron enfrentar que quien era acusado por violencia hacia ellas (en estos casos el marido) les iniciara una demanda judicial. En el caso de Rocío se trató de una acusación por violencia cruzada⁸ y hacia los hijos, denuncia que prosperó y desembocó en una visita de evaluación que efectuó una trabajadora social del juzgado competente.

8. Ambos miembros de la pareja ejercerían violencia el uno hacia el otro.

Entonces ella le preguntó: “¿Tu mamá te pega?”. “No –le dice–, mi mamá no pega, el que pega es mi papá. Mi mamá nos reta, y a veces grita mucho como una loca, pero mi mamá...” ¿Viste cuando los chicos son muy inteligentes? Bueno, y ahí fue cuando la mina se fue sin mis hijos. “Pero mi mamá no pega, el que pega es mi papá.” “¿Y tu mamá qué hace...?” Porque él dijo que yo le pegaba a él también...

[...] vino a mi casa, vino a quitarme a mis hijos. Porque él me hizo una contradenuncia por violencia a mis hijos. Yo no sabía, yo pensaba que ella venía tipo trabajadora social, a ver qué onda; no a quitarme a mis hijos. Luján (la terapeuta) me contó que ella le dijo: “Yo me equivoqué, la verdad que ella tiene un ambiente renormal en la casa”.

En el caso de Lorena, ella fue denunciada por su ex marido por “abuso deshonesto” hacia sus hijos. Otra de las acusaciones, como la que recibió María Paz, fue la de impedir la visita a los hijos por parte del padre.

Y bueno, nos seguimos moviendo, mucha movilización, le llegaban las cartas documento a él, me metió denuncias penales. Investigadora: ¿Ah, sí? ¿En qué constaban?

M: Que yo no lo dejaba ver a los nenes. Yo... digo, no lo podía creer, me reía. [...] O sea, jamás, jamás en mi vida le negaría los hijos a un padre, por más adicto que sea. Con una supervisión los puede ver, con un familiar los puede ver, jamás en la vida lo separaría de sus hijos, ni a sus padres.

Expertas de tanto andar...

Hasta aquí hemos podido observar, en el contenido de las narraciones y en el lenguaje utilizado por las mujeres, que en el tortuoso recorrido ellas adquieren una suerte de competencia, de habilidad. Después de atravesar estas experiencias habrán hecho múltiples aprendizajes y ya no volverán a ser las mismas.

Hemos advertido entre las entrevistadas cierta *expertise*, tanto en materia de salud como en el campo jurídico.

En el ámbito de la salud se evidencia el conocimiento de diversos recursos y circuitos institucionales, insumos que permiten enfrentar y lidiar con distintas situaciones cotidianas.

Los procesos de atención sanitaria y de cuidados de salud en general suponen un conjunto de conocimientos que se adquieren durante

las trayectorias, conocimientos específicos que con el tiempo se hacen rutina. Tanto las experiencias de padecimiento como las de atención se materializan y afianzan. “Ser paciente supone una ocupación específica y el manejo de un saber que se adquiere con la experiencia” (Recoder, 2011: 96).

El término *expertización* designa el proceso mediante el cual los pacientes/los consultantes adquieren un conjunto de conocimientos que pueden ser prácticos (cierto saber-hacer) o discursivos (que se expresan verbalmente), que los acerca al saber legítimo que detentan los profesionales (Pecheny, 2002).

La noción de expertización de los pacientes fue acuñada en principio para aludir al proceso de aprendizaje mediante el cual las personas afectadas por enfermedades crónicas dejan de ser legos, en particular en materia médica. La misma noción podría ser aplicada en nuestro caso, tanto en materia de atención sanitaria como en materia jurídica, ya que implica básicamente la ampliación del conocimiento del padecimiento que se tiene y de los recursos para enfrentarlo.

La noción de expertización es útil también para reflexionar sobre la incorporación de conocimientos en materia jurídica y analizar el uso de la terminología que es incorporada al lenguaje cotidiano, incluso por personas antes completamente ajenas a tal vocabulario. El uso de términos jurídicos (como *pesa denuncia*, *no tiene paradero*, *la perimetral*, *régimen de visitas*, *no está en despacho*, *asentado para que tenga validez*) da cuenta de ese proceso de aprendizaje.

También advertimos en los relatos el manejo de un importante cúmulo de información técnico-jurídica por parte de las mujeres. En cuanto a los recursos jurídicos, la lista es voluminosa. Se han nombrado desde juzgados hasta organismos de peritaje forense, pasando por Defensorías y centros de patrocinio legal. En casi todos los casos, los organismos fueron referidos por sus nombres y/o sus direcciones.

La expertización se vincula a la experiencia previa de las mujeres; si en alguna oportunidad se vincularon con pares y/o pasaron por grupos de ayuda mutua, tal vez se nutrieron también de las experiencias de otras mujeres.

Joana tiene 23 años al momento de la entrevista. Sus padres fallecieron. Tiene un hijo de 4 años. Estuvo en pareja con el padre del niño y convivieron durante más de 3 años. Por haber sido madre adolescente, asistía a un centro de día, un hogar para madres y padres adolescentes: “Yo ya había estado anteriormente en el hogar, pero no por violencia sino por vulnerabilidad social, o sea... económica”.

En el siguiente diálogo se observa el manejo que tiene de los recursos locales para asistencia psicológica.

Investigadora: ¿Y qué te pasaba con eso? ¿No te cerraba ese lugar?

J: No es que no me cerraba el lugar. Por ahí probé... Probé en varios lugares: en el Centro de la Mujer, en el... ¿cómo se llama el que queda en Manuela Pedraza? El centro...

Investigadora: El centro de salud mental.

J: Sí, el número uno... Probé en muchos lugares, con distintas terapeutas, con la terapeuta del CIM.

El aprendizaje abarca diversos aspectos y, en el caso de Joana, el manejo de información por internet le permitió chequear los horarios para presentarse en el momento indicado a la admisión del Equipo de Violencia, donde al momento de la entrevista recibía tratamiento.

Por otra parte, se advierte que, cuanto mayor es la experiencia de las mujeres y más largo es el proceso recorrido, mejor resulta la adecuación de los recursos a sus necesidades.

Luego de siete años de proceso judicial, Lorena es una experta en el campo jurídico. Con ella reflexionamos al respecto.

Investigadora: [...] Y lo que veo es que te has convertido en una experta en derecho.

L: Y sí. Y aparte es lo que digo: no tengo un abo..., mi amigo abogado conocido, entonces me pasa letra. Todo lo hice con los abogados del letrado, de tribunales, este, del patrocinio. Y después lo que leo, lo que busco, lo que me intereso por mujeres que les pasan las cosas y a veces...

Investigadora: Sí, por internet.

L: Claro. O cuando escucho en la televisión esas cosas de las mujeres quemadas, que se yo, es como que... La Justicia es tan... tan, tan lenta en ese sentido, ¿no?, que esperan que pase la desgracia y después recién es como que nos lamentamos.

La *expertise* (y la desesperación también) las lleva a desarrollar cierta creatividad y a probar recursos novedosos.

Rocío y la carta a la presidenta

Así como Rocío comienza a tener contacto con las demandas de justicia de la mamá de Wanda Taddei, también escribe y envía una carta

personal a la presidenta Cristina Fernández de Kirchner. En la carta, plantea reclamos genéricos en torno a la violencia hacia las mujeres y hace pedidos específicos para ella y sus hijos.

Porque yo escribo una carta desesperada, pero nunca... porque yo le puse...: "Por qué tienen que seguir pasando estas cosas, por qué la leyes no cambian, por qué... o sea qué es lo que tiene que pasar para que la gente... para que todo esto cambie".

[...] Y pedí entrar en una... en un plan de vivienda, donde ya tengo número.

Porque yo le dije, que yo perdí todo, que yo dejé mi casa, que la vendí por monedas... Le conté la verdad de todo, en una carta ¿entendés? Y... al principio yo le puse que yo no sabía que si esa carta le iba a llegar o no, y que yo estaba escribiendo desde la desesperación, de no saber dónde... que puerta más tocar. Porque ya toqué todas las puertas y no hubo solución. Así más o menos fue la carta. Que... que escribirle a ella era como que le escribís a Susana Giménez, porque la ves por la tele parece que fuera de tu casa, que no la conocés de ningún lado.

[...] en un sobre verde... donde le puse al final: "dicen que lo verde es esperanza, lo mando en este sobre para ver si alguien lo lee". Y parece que... no..., está bueno. Entonces la chica me dijo que ella... y me dio el papel... No lo traje porque cambié de cartera.

La respuesta que era una cosa así pero donde me puso... "estamos tratando de solucionar todo este tema, por eso se creó la OVD, hace no... hace no mucho. Espero que todos tus problemas, tus inquietudes... Y desde ya sabés que... acá estamos, podés hablar con Romina las veces que quieras, ella te tiene que dar su teléfono, para lo que necesites y... y saber que lo que a vos te pasa, le pasa a la mayoría... a muchas de las mujeres argentinas pero que no estás... y que no estás sola. Saludo atentamente" y la firma todo, pero de una hoja... de una hoja en blanco así... Y me lo dio la chica diciéndome que ella lo leyó.

En el relato trata de reconstruir un tramo del texto de la carta enviada.

Dicen que tengo que denunciar, denuncié, dicen que hay que pedir ayuda, pedí ayuda. Yo soy la que está yendo al psicólogo, yo soy la que una asistente social viene a ver si yo agredo, como si... el problema fuera mío, yo soy... como si fuera..., y él vive... Y para colmo, este... la jueza dispuso que él me tiene que pasar \$300 por mes. O sea, ¿cuánto...? O sea, no solamente me está pegando él, me está pegando toda la sociedad, todos los... los que me tendrían que haber ayudado...

La *expertise* también se pone al servicio de la construcción de su legitimación como víctima (Fassin, 2003).

En apariencia, con menos caudal de recursos y en tratamiento psiquiátrico, Mónica, de 43 años, busca a toda costa ser admitida por el Equipo de Violencia. En una primera instancia, no se la admite porque se entiende que “la violencia es un problema más”, pero ella insiste. En esta insistencia subyace la solicitud de un certificado de que ella se encuentra en tratamiento por violencia. El comprobante le facilitaría el acceso al subsidio habitacional que está tramitando en el Ministerio de Desarrollo Social. Observamos aquí un modo de invocar al Estado a través de un cuerpo sufriente. Un cuerpo que no es sólo físico, sino que presenta sufrimiento psíquico. Se trata de un cuerpo “inmaterial”, que ha adquirido una legitimidad cada vez mayor en la gestión de las víctimas de desórdenes sociales (Fassin, 2003), y a ello apelan algunas de las mujeres.

Entre la militancia y la sanación

El grupo de mujeres, que en su relato plantea el problema en términos de derechos de un colectivo, por momentos se refiere a otras mujeres (afectadas por violencia) desde una posición de superación. Se distancian: son las otras mujeres, las que sucumben, las que no pueden resolver su situación. Pero también se observa un importante compromiso. Para María Paz, una postura activa y comprometida con el destino de otras mujeres parece ser otra de las vías para aplicar toda la experiencia adquirida en el proceso de afrontamiento de la violencia. La experiencia personal podría estar al servicio de quienes estén atravesando situaciones similares.

Y bueno... hoy por hoy, me dedico a eso. Soy profesora de yoga, hago masajes ayurvédicos, con acompañamiento terapéutico [...] Yo puedo ser la salvadora en el trabajo.

En María Paz se conjuga su acercamiento a la medicina alternativa y al yoga, con la militancia política en un partido de izquierda y con el proyecto de comenzar una carrera universitaria.

*Hoy por hoy, te lo quiero decir porque me parece reimportante...
Investigadora: Sí, dale.*

M: Hoy por hoy, estoy medio cercana a un partido donde tienen, qué sé yo, hay cosas buenas y otras no, pero tienen mucha movilización por lo que es la trata de personas, de la mujer, y tiene un grupo de mujeres bastante [...]. Y donde se hacen grupos, se hacen charlas, debates y cosas increíbles, donde ahí hay mucha carga y está buenísimo para movilizarlo. Eh, como que yo fui atando cabos por mí [...] Por eso empecé a estudiar también, empiezo a estudiar Derecho, eh, de abogacía. Porque me interesa mucho ese tema y poder ayudar a la gente, y más gente que viene acá que no tienen absolutamente nada. Vienen acá y no tienen dinero, no tienen familia, su situación es terrible.

Lobo, ¿está? Cuando el agresor ve que no hay sanción, la violencia recrudece

Cuando las mujeres buscan apoyo y no lo encuentran, enfrentan una situación de riesgo adicional, ya que el agresor revalida su comportamiento al comprobar que la mujer carece de respaldo.

Las mujeres tienden a bajar sus niveles de autoprotección y alerta una vez que concretan la denuncia, debido a la creencia de que el sistema les proporcionará protección en forma automática (Facio, 1999).

Por revictimización de una mujer agredida, la ley N° 26.485 entiende el sometimiento a:

[...] demoras, derivaciones, consultas inconducentes o innecesarias, como así también a realizar declaraciones reiteradas [...] ser objeto de exámenes médicos repetidos, superfluos o excesivos, y a toda práctica, proceso, medida, acto u omisión que implique un trato inadecuado, sea en el ámbito policial, judicial, de la salud o cualquier otro.

Aun con las mejores intenciones y no sin cierto paternalismo (Habermas, 1999), cuando el sistema judicial ingresa en la vida de estas mujeres, lo hace desconociendo su capacidad de autonomía. Por ejemplo, emplea dispositivos de mediación. La mediación se torna en un instrumento dañino y peligroso porque no fue concebida con perspectiva de género, aunque su aplicación se fundamente desde una posición pragmática y acorde con el principio de autonomía.

Los funcionarios judiciales a cargo de la aplicación de la legislación sobre violencia de género no llegan a garantizar la puesta de un freno a la violencia a partir del cumplimiento de las medidas protectivas, las

cuales son quebrantadas frecuentemente sin que ello comporte consecuencias reales para el infractor. Se trasluce, por tanto, una falta de implicación duradera de los jueces con la problemática (Viar, 2011).

Se ha comprobado que esta situación acarrea severos riesgos para la integridad de las mujeres y sus hijos, y también para los agresores.

Tal como plantea Giberti (2013), la Justicia se erige como “una muralla insalvable” y todo cuanto pueda avanzar en el campo de “la asistencia de las mujeres víctimas de violencia fracasa cuando deben intervenir los jueces”.

En su presentación al 57° período de sesiones de la Comisión Jurídica y Social de la Mujer de Naciones Unidas, Giberti sostuvo que la preocupación a escala internacional en la materia se centró en “qué hacer con los jueces. A veces juezas. Era la coincidencia con mayor consenso, acompañada por su par histórico: la policía” (Giberti, 2013).

Frente a los desalentadores análisis de situación en lo que respecta a algunas instituciones, encontramos a mujeres que muestran cierta tenacidad. En algunos casos superan su padecimiento personal; en otros, como apuesta a ello, se postulan como críticas o como salvadoras de otras, pares en la misma situación de violencia. Las denuncias de las inequidades en el acceso a la Justicia, efectuadas desde la experiencia adquirida, otorgan cada vez mayor legitimidad a las reivindicaciones. Algunas mujeres reconocen con orgullo que esa experiencia las ha cambiado.

O sea, yo digo ojalá muchas mujeres como me pasó a mí y tener fuerza para el día de mañana poder movilizarse y ser la voz para la que venga mañana y en la misma situación.

Que puedan luchar y... A mí no me da vergüenza en lo absoluto. Que me pregunten: “Sí, me separé, sí, me pegaba”. No me... Es la realidad, le podría haber tocado a otra. Y orgullosa porque hoy me sirve como base para seguir. No sé... La verdad que no fuese el empuje para alguien, pero si lo tenés que pasar, está bueno transitarlo y salir y aprender.

Pero sí, es como una experiencia fuerte.

Toda la *expertise* adquirida con sufrimiento puede ser volcada a otras mujeres. El viejo lema feminista de los años 70 se mantiene vigente: “Lo personal es político” (Pateman, 1993).

VII. Casillero alternativo: los grupos, el yoga y la iglesia

Dispositivos grupales

Las estrategias grupales de autoayuda, históricamente surgidas en respuesta al alcoholismo, actualmente se organizan en torno de toda una amplia gama de procesos de salud-enfermedad-atención (enfermedades crónicas degenerativas y discapacidades), agrupando miembros caracterizados por un padecimiento y, en algunos casos, a sus familiares (Menéndez, 2006a).

En el campo de la violencia, frente a la ausencia de respuestas por parte del Estado, fueron las organizaciones de mujeres las que lideraron el proceso y forjaron sus propias estrategias de intervención (Ynoub, 1998). Los dispositivos de abordaje grupal constituyeron, en ese marco, la primera respuesta a la problemática.

Los dispositivos grupales, en general, son conducidos por pares: mujeres que han transitado la experiencia de violencia y buscan acompañar el proceso de otras mujeres. Este tipo de grupos se encuadra en la categoría de autoayuda y escapa a la lógica de la subordinación de las experiencias de las mujeres a un saber que pretende una posición hegemónica respecto a la atención del padecimiento (Menéndez, 2006). Otros dispositivos grupales cuentan con la coordinación de profesionales y se encuadrarían dentro de lo que denominamos ayuda mutua (Ynoub, 1998).

En los espacios de encuentro grupal, las dinámicas generalmente se dirigen al fortalecimiento de la autoestima y el desarrollo personal. Se orientan al restablecimiento de los vínculos para obtener apoyo social; se centran en una escucha no culpabilizadora y en la resolución de problemas concretos (legales, económicos, de vivienda, respecto a los hijos) privilegiando la búsqueda de alternativas para el manejo del conflicto (Mirraco y col., 2010).

Algunas de nuestras entrevistadas, que actualmente realizan una psicoterapia individual, participaron en este tipo de grupos. Sus experiencias en dispositivos grupales (que no conocemos ni podemos contextualizar)¹ presentan algunos aspectos en común. Lorena describe una experiencia poco exitosa.

Entonces me indigna un poco esa parte de la mujer, del ser humano, que tenemos de “ay, pero lo quiero, pero es el padre de mi hija, pero”... No, está mal. Vistes. Y las terapias, es mu..., se escucha mucho eso. Eh, no puedo, no puedo porque no sé qué hacer. Yo tampoco sabía qué hacer, Claudia [...] Entonces con los grupos me cuesta un poco eso [...] Y las terapias grupales, eh... me hace mal eso, porque como que quiero encontrar gente a mi par. Viste, gente que diga yo quiero salir, eh..., me está pasando esto pero vamos a buscar otra alternativa. Y no encontraba esas cosas. La mayoría de la gente se queda: por susto, por miedo. Yo también la padecí.

Para lograr cierta empatía entre las participantes del grupo, se requiere que cada una de ellas logre aceptar a las “otras” (con sus aciertos y sus miserias) y pueda prestarse al juego de identificarse con ellas, en lo que tienen de semejante y en lo que se diferencian. Es el caso de Gimena.

No creo que me hubiera enganchado en un grupo porque esto de que van y las muelen a palos, no porque era como ir y como cualquiera pero... ¿por qué soportan tanto?

En los relatos también se observa cierta dificultad para identificarse con las experiencias de padecimiento de otras mujeres. En general, esas otras son significadas como “las que sucumben”, las que no disponen de recursos materiales o simbólicos, etc. La percepción sobre sus “pares” queda claramente evidenciada en estas expresiones de Lorena, Rocío, Gimena y María Paz:

1. A pesar del origen no gubernamental de estas estrategias de abordaje, las experiencias de nuestras entrevistadas se desarrollaron en el contexto de organismos gubernamentales en su mayoría dependientes de desarrollo social de la CABA –Dirección de la Mujer y Centros Integrales de la Mujer (CIM)–. Dentro de las organizaciones de la sociedad civil sólo se logró identificar como prestador de estos servicios a una iglesia.

[...] *qué es lo que me pasa: la mayoría de mis pares mujeres [...] Me siento mal, me siento defraudada como mujer, me siento impotente.*

[...] *Esto no me pasa a mí; Rocío, Rocío la que terminó el secundario nada más, le puede pasar también a Paola, que era abogada, que tenía un carácter imponente, que trabajaba en un lugar... súper... [...] Y sin embargo le vivían pegando. O sea que... le pasa a cualquiera.*

[...] *la diferencia con otras mujeres es que yo tengo un trabajo, tengo una profesión y eso me da otras posibilidades... al tener mi trabajo de tener plata guardada, de alquilar si no, hoy seguiría en esa situación...*

Mientras esperaba, una señora, no sabe ni hablar. Y no es por desmerecer ni nada... Sino que su capacidad de disponer y de poder decidir es muy baja. Y le preguntaban algo y no podían responder porque no entendían el conte..., lo que le formulaban.

Joana, una joven que ha transitado por diferentes dispositivos grupales en su corto pero intenso recorrido, narró su experiencia durante la estancia en un hogar para madres, donde vivía con su bebé.

El hogar, o sea, me exigía que yo haga un tratamiento de violencia para poder vivir ahí. Así que dije que bueno, que lo hacía el tratamiento de violencia. Entonces me llevaron a noviazgos violentos. [...] una de dos. Y... Bueno, en noviazgos violentos eh... Todo lo que tenía con Gonzalo para mí no era un noviazgo. O sea, yo a ellos les decía: no es que somos novios, nosotros ya somos pareja, convivimos. Yo sentía realmente que me había casado. [...] yo estaba absolutamente convencida de que si él tenía la voluntad, podía cambiar y podía formar una pareja nueva conmigo. Entonces no me agrupó la terapia. Se iba y decía con esa convicción de que... que ay, voy a cambiar y para atrás todo. Entonces no fui más.

Investigadora: ¿Y no te dieron otra alternativa ahí?

J: No, no. En noviazgos violentos no me dieron otra alternativa. Lo que sí me dieron es la posibilidad de hacer una terapia individual en un CIM.

Al final la terapia individual en el CIM no la hice porque... No me acuerdo por qué no la hice. O sea, la empecé y la dejé, la empecé, la dejé, la empecé, la dejé. Y así, digamos, durante un tiempo...

Así como encontramos que algunas de las características de la experiencia grupal son resistidas, otras resultan ampliamente valoradas. Joana parece rescatar ese mismo aspecto que posibilita la confrontación de la propia vivencia a partir del relato de otro.

Yo hacía terapia, en un, en un centro para madres adolescentes, que se llamaba XXX y ahí había un grupo de, terapéutico, ¿no? [...] yo entré digamos, a comparar eh... eso con lo que me pasaba a mí, y bueno, me di cuenta de que sí. De que incluso aunque yo pensara de que era muy fuerte o de que eso no me podía pasar, sí, me estaba pasando.

El carácter directivo que pueden adoptar estos dispositivos suele hacer que las estrategias de acción que se les proponen a las mujeres colisionen con ciertos valores y creencias. En consecuencia, provocan fallas en la continuidad de la experiencia o alteraciones producto de la presión que sienten (Miracco y col., 2010). En el caso de Miriam, contribuyó a incrementar su padecimiento.

[...] no pude expresar el sentimiento... no tenía que llorar. La asistente social me decía que si llamaba era violencia, si tal cosa... era violencia, todo era violencia [...] explicaba el círculo de la violencia, me decía que él tenía características psicopáticas, me lo mostraban como un monstruo y más miedo me daba.

Si bien la psicoterapia individual es la modalidad más utilizada en el abordaje de la violencia en las instituciones públicas de salud y la implementación de dispositivos grupales es más frecuente entre los organismos de la sociedad civil, observamos un proceso de apropiación de este tipo de dispositivos por parte del sistema de salud. La adopción de prácticas consideradas “alternativas” no es nueva y puede ser atribuida a los fracasos de las prácticas de atención de la biomedicina² (Menéndez, 1994). La articulación de prácticas y saberes propuestos por el sector salud opera dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad. La biomedicina tiende a expandirse en determinados casos y se apropia de formas de atención de los padecimientos, incluyéndolas en su racionalidad como prácticas subalternas (Menéndez, 1994).

2. Menéndez define el MMH como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ha logrado constituirse en la única forma de atender la enfermedad, dejando como subalternos a los saberes, prácticas e ideologías que dominaban los conjuntos sociales (Menéndez, 1990).

“Ayudan mejor que en un hospital”: el yoga y la religión frente a los padecimientos

En el proceso de afrontamiento, observamos que se ponen en marcha diversos recursos pertenecientes a esferas de sentido diferentes y por momentos contradictorias. Cierta grado de indeterminación en las trayectorias de las mujeres lleva a que apelen a diferentes recursos. El recurso a la Justicia, al sistema sanitario, la participación en una iglesia o la práctica de yoga parecen coexistir y yuxtaponerse en las experiencias de nuestras entrevistadas.

Frente a un cierto vacío de patrones preestablecidos para enfrentar la experiencia y sus consecuencias, y la ausencia de formas usuales y sancionadas, y de soluciones tradicionales socialmente transmitidas (Souza Silva, 2007), se abre el espacio también para la elaboración de salidas creativas. La opción de María Paz por el yoga parece ir en ese sentido.

Creo que [...] ahí fue meditar, hacer yoga. Quizá era un escape místico, que lo era.

Investigadora: Claro, cuando no estabas haciendo terapia encontraste este otro espacio.

M: Encontré... Claro. Dejé la terapia, de hablar y todo para que sea más físico, ¿no?, para que sea realmente más vivido; como venía de la experiencia más vivida, de dolor y todo, y fue sacar todo eso para limpiarme y poder este... renacer, por decirlo así.

[...] Y empecé a hacer yoga porque me ayudó a poder sacar, a explorar, a aceptar, a aceptarme. Tenía muchísimos complejos de inferioridad, problemas con personas, por eso [...] terminar con alguien así. No sabía qué quería. Y toda esa búsqueda interna, de desapego material, de desapego emocional desde la aceptación y toda una cuestión súper más allá de todo, me ayudó muchísimo, todo el año pasado. Y... me ayudó a encontrarme, qué quería, adónde iba, quién era yo. Y bueno, hice acá y me sigo dedicando a eso. Lo tengo como filosofía, de hecho, ¿no?

De filosofía de vida, totalmente. Con eso, me ayudó mucho a estar con mis hijos, a estar tranquila; a llevar las situaciones de angustia, de estrés, relajando, [...] allá de con mis hijos, eh... Tratar de este (caos) en el que vivo, sacarlo, limpiarlo y vivir todos armónicos. Y... sí, no sé, es como un poquito de la experiencia, de estar acostumbada a hacer la actividad yo, de haber tenido esa profesora que era una persona para mí a seguir, una hermosa persona. Y se le ocurrió a mi papá, y me hizo acordar y así fue como empecé a hacer eso, el año pasado. Y bueno... hoy

por hoy, me dedico a eso. Soy profesora de yoga, hago masajes ayurvédicos, con acompañamiento terapéutico.

La indeterminación de los rumbos de las mujeres se observa en el modo de conjugar diferentes esferas de sentido que se suceden y superponen en las experiencias.

Siempre tuve en mí esa cosa de querer ayudar, acompañar. Por eso que me metí con una persona, yo [...] salvadora. El tema es de que, lo descubrí también en terapia, uno no puede meter su, su trabajo en la familia, ¿no?, afuera. En casa lo estable, lo tranquilo. Yo puedo ser la salvadora en el trabajo.

En el caso de la religión, su funcionamiento como un sistema de símbolos orienta a los sujetos en el mundo y da consistencia a un ordenamiento de la vida, sobre todo cuando el orden se ve amenazado de quebrarse por una experiencia límite. En lo que respecta a la forma de encarar un padecimiento, la religión, más que apuntar a evitarlo, se abocaría a indicar el modo en que se debe sufrir (Geertz ápuđ Souza Silva, 2007).

Apelando a la espiritualidad, a la religiosidad o a las medicinas alternativas, estas prácticas pueden postularse como contrahegemónicas respecto a las propuestas dominantes de la biomedicina. En los próximos pasajes, Rocío describe su experiencia.

A todo esto, empiezo a ir a una iglesia, ¿no?, donde me ayudaron un montón [...] Manejan mucho la autoestima de las personas... Vos entrás una semana, dos semanas, a la quinta semana vos sos otra persona, pero de verdad. No sé si es porque Dios, porque la palabra o porque de verdad te llega tanto lo que te dicen. Es... tan bueno, es tan bueno lo que hacen con la gente, eh... no tenés que pagar nada...

La existencia de ciertos rituales de curación es incuestionable en distintas sociedades. Como cualquiera de las formas de atención a los padecimientos, implica la existencia de un saber, la posibilidad de producción de diagnósticos (acertados o no), de tratamientos, más allá de que éstos resulten efectivos. Un saber que se ejercita en forma permanente y a partir del cual se organizan las relaciones con las otras formas de atención (Menéndez, 2003).

En los dispositivos que se despliegan tanto en el ámbito sanitario como por fuera de él, se construyen nuevos rituales a través de prácticas que identifican y diferencian a ciertos actores (Menéndez, 2006b).

¿Cómo llegué ahí? Fui a buscar un... Fui a buscar un lugar para que mi hija haga natación y... vi luz y entré. Entonces eh..., nada eh... me senté.

Pregunto qué era y me dicen: “una iglesia”. Pero había muchas mujeres, y estaban hablando del perro y el gato, y la mujer y... o sea esa Alejandra Stamateas³ saca un perro y un gato. Dijo que las mujeres somos generalmente perro. Viste que al perro vos lo llamás... “pichi, pichi, pichi”, y el pichi viene... y contento, y el gato vos lo llamás y el gato viene cuando quiere. Entonces, ella estaba hablando que a veces tenemos que ser como el gato, “seamos un poco más gato porque si no es como que el otro siempre está... que vos sos predecible y no tenés que ser predecible, vos... el otro nunca tiene que saber lo... lo que vos vas a hacer de... de tu vida. Te tenés que querer, te tenés que cuidar, y si no te regala rosas, regalátelas vos”. Y cosas así ¿viste? Entonces, me llamó mucho la atención porque nunca escuché una iglesia así. Bueno, después lo escuché a él y fabuloso también. Me mato de la risa, voy siempre y me mato de la risa.

El espiritualismo podría entenderse como un saber tradicional. Sin embargo, asistimos⁴ a prácticas religiosas que cuentan con cierto despliegue teatral, en un espacio escenográfico, donde la musicalización y el registro filmico de los encuentros “religiosos” son centrales. Asimismo, la incorporación de un discurso que, reflexionando sobre la vida cotidiana y los vínculos interpersonales, en algún punto contempla la perspectiva de género, exige otro ángulo de análisis. El tradicionalismo religioso sufre un desplazamiento, producto en parte de la expansión de las iglesias salvacionistas, consideradas por algunos autores “apropiaciones” religiosas (Menéndez, 1994).

A su vez, en estas experiencias es dificultoso establecer cómo se producen las relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994). En el caso de Rocío, se trata de un dispositivo muy ligado a estrategias comerciales y al fenómeno de la literatura de autoayuda, no exclusivamente a un fenómeno que podríamos caracterizar como místico-religioso.

3. Es una teóloga que, junto con su marido (psicólogo, sexólogo y teólogo), Bernardo Stamateas, despliega diversas actividades presenciales y en medios de comunicación. Ambos son pastores de la Iglesia Bautista Ministerio Presencia de Dios. Ver <http://www.presenciadedios.com> (fecha de consulta: 9 de noviembre de 2012).

4. Las imágenes de la Iglesia Bautista Ministerio Presencia de Dios, disponibles en internet, reflejan estos aspectos. Ver <http://www.presenciadedios.com> (fecha de consulta: 9 de noviembre de 2012).

Este hecho no resultaría relevante a la hora de considerar la respuesta a los padecimientos, como se refleja en las palabras de Rocío:

Y ahora yo no dejo que nadie me falte el respeto. [...] Y ahora tengo esas actitudes, así, que las saco mucho de la iglesia. Porque te enseñan a poder cortar...

Los caminos recorridos en la Justicia, en la Policía, en el sistema de salud, tan inciertos a pesar de la racionalidad mentada, llevan tal vez a las mujeres a establecer nuevas búsquedas. Algunas de las cuales vuelven a colocarlas como las únicas artífices de los cambios que necesitan.

VIII. Entre el cielo y la tierra

Y... las palizas se curan, lo que no se cura es lo otro... Después de eso... de ir a buscar ayuda a los lugares y... como tener las puertas cerradas, en realidad. Porque el horario de tal a tal, porque eso... Y eso no debería ser así, porque una mujer desesperada... Vos no sabés si vuelve y la van a matar. ¿Cuántas hay? Yo creo que debe haber un montón. (Rocío)

El *continuum* de la violencia y el riesgo de vida en las historias de Lorena y Rocío

Cuando proponemos entender la violencia que se ejerce contra las mujeres como un *continuum* que incluye la violación, la trata, la tortura, la mutilación genital, la esclavitud sexual, la prostitución, el abuso sexual, la violencia física y emocional, la heterosexualidad obligatoria, las esterilizaciones y maternidades forzadas, etc., ponemos en evidencia diferentes situaciones que pueden traer aparejada la muerte.

Al plantear que la violencia compromete la vida, no hacemos otra cosa que señalar que, en las diversas modalidades y tipos en que se presenta, lo que se pone en juego de manera particular es la vida.

El peso de los suicidios y homicidios asciende a más de un tercio del total de las muertes de mujeres por causas externas, pero aún se trata de un problema insuficientemente estudiado¹ (Fernández y col., 2010).

1. Fernández y col. (2010) observa que se presenta una inconsistencia en los datos registrados en algunas provincias: no aparecen homicidios por estrangulamiento o ahorcamiento, pero sí se registran suicidios por esta modalidad que resultaría una forma atípica de quitarse la vida para las mujeres. A partir de estos y otros hallazgos, se plantea un interrogante en torno a la cantidad de muertes de mujeres registradas como suicidios, que podrían estar encubriendo homicidios perpetrados por miembros del círculo íntimo. Hipótesis que lleva a cuestionar el alcance de las investigaciones policiales de los casos, y la aceptación de los dichos de familiares y del entorno de las víctimas como válidos. En ocasiones, las argumentaciones del entorno de las víctimas se amparan en el reconocido padecimiento mental de éstas, tomando como causa o consecuencia su larga experiencia de victimización.

A partir de aquí, de la mano de las historias de Rocío y Lorena, emprenderemos una lectura acerca del protagonismo de los fenómenos de suicidios y femicidios en las experiencias de violencia de género.

La ideación suicida y los intentos de quitarse la vida, las amenazas de muerte, los ataques y las tentativas de femicidio marcan con su presencia el imaginario y las experiencias concretas de las mujeres en situación de violencia. Son numerosos los padecimientos que se manifiestan pero también, en ocasiones, estas experiencias de vida aparecen con inusitada naturalidad.

Las historias

La selección totalmente intencional de estos tramos de las biografías de Lorena y Rocío se vincula con la propia vivencia de la investigadora. Con Lorena se inició la etapa de entrevistas. Respecto a Rocío, para poder entrevistarla, hubo que esperar casi hasta el final del trabajo de campo. La entrevista de Lorena se desarrolló en dos largos encuentros y en su casa. Allí, pudimos enmarcar aún mejor su historia y conocimos incluso a su hija mayor, que volvía de la escuela.

En el caso de Rocío, también ingresaron contactos de su entorno más íntimo a lo largo de la entrevista. Si se leyera la transcripción completa, se podría observar que recibió al menos cuatro comunicaciones de uno de sus hijos (el mayor) y más de cinco de su novio,² que atendió con toda naturalidad. Contrario a lo que podría suponerse, en ningún momento esos llamados hicieron que se perdiera la locuacidad de Rocío ni el hilo conductor del relato.

Presentar con más detalle algunos tramos de estas trayectorias tiene por objeto retomar aspectos ya analizados que se comparten con otras mujeres en situación de violencia y fundamentalmente rescatar la dimensión singular, si se quiere excepcional, de estas historias.

Para una de ellas, Lorena, el proceso recorrido parecía estar llegando a un exitoso final: una inminente alta en su tratamiento que, aunque no se sabía aún, se percibía. Se sumaría a ello, en nuestro segundo encuentro, el festejo por el reciente dictamen condenatorio del ex marido violento, luego de siete años de proceso judicial.

2. Hacia el final de nuestro encuentro sabremos más sobre este nuevo novio: *“Emiliano está preso..., también. O sea que tengo problemas psicológicos graves”*. Pero Rocío aclara: *“A él lo voy a ver, sí. Sí, pero él no me pega, no me maltrata, no”*.

Para la otra entrevistada, las circunstancias eran muy diferentes. Al momento de producirse nuestro encuentro, Rocío era acechada por el ex marido, quien la amenazaba personalmente, telefónicamente y vía email, situación que la obligaba a presentarse sistemáticamente en el juzgado donde finalmente, luego de muchos años, se había radicado una causa judicial por violencia.

A esa circunstancia se le agregaba que, diez días antes de la entrevista, Rocío había consumido psicofármacos en exceso, ingesta que todavía le ocasionaba numerosos malestares.

Lorena...

Al momento de la entrevista, Lorena tenía 34 años, vivía con sus dos hijos varones de 9 y 13 años, y una hija de 17 años (a quien conocimos en uno de los encuentros). Lorena fue invitada a participar de la investigación por su terapeuta, con quien llevaba más de ocho meses de tratamiento. Al llamarla, se mostró encantada de formalizar la entrevista, que se desarrolló durante dos encuentros en la cómoda casa que alquilaba en un barrio de la zona oeste de la CABA. El aspecto de Lorena es jovial y se expresa de manera directa. Su arreglo personal es básico y presenta un importante sobrepeso. Se encuentra en pareja desde hace dos años con un muchacho ocho años más joven que ella, a quien había conocido en su trabajo. Trabaja desde hace varios años en un local de fiestas cercano a su domicilio. Comentó que apenas se vinculaba con su familia de origen, de buena posición económica, a la que calificaba negativamente:

[...] me crié en un ambiente, toda mi vida, de chica, de mentiras, hipocresías y falsedades [...] Mi vieja nunca me dijo un te quiero, un te necesito, un hija, un... nada.

Del marido violento y padre de sus hijos se había separado siete años antes, luego de once años de matrimonio y dos de convivencia violenta. Lorena refiere que la situación de violencia fue creciendo de manera progresiva y se inició repentinamente después que ella, al salir del trabajo, encontrara a su marido con otra mujer.

Cuando le consultamos si anteriormente había sido maltratada, tardó en mencionar el maltrato psicológico que la acompañaba desde el comienzo de la relación.

Bah, ya hace un año, años, no hoy. Ahora lo entiendo que sí. O sea, si bien los golpes aparecen después de esto, psicológicamente, Jorge me lleva once años... Entonces, sí que había todo una cosa psicológica. De hecho cuando me caso, de que nos vamos a vivir juntos, de que "no veas más a tu familia..."

A partir del momento en que se devela la infidelidad, ella, que pretendía desvincularse de su marido, comienza a sufrir golpes, amenazas, persecuciones y diferentes vejaciones en forma permanente. En varias ocasiones, llegó a correr riesgo su vida y la de sus hijos.

Pero es terrible el daño psicológico, es terrible. Yo no, no lo entendía realmente lo que era. Hasta que empecé con pánicos, empecé con sustos, empecé, empecé a confundir los nombres de los chicos, empecé con no poder dormir. Bueno, eso me pasaba, hasta que Jorge me da un golpe en la cabeza y de ahí me inter... me llevaron al Álvarez y del Álvarez al Alvear, y ahí empiezo el primer tratamiento psicológico este... ambulatorio.

Rocío: "Dicen que mujer golpeada es a la que le pegan dos veces"

Ésta es una de las tantas frases ingeniosas que nos trae Rocío, una mujer de 32 años, de contextura pequeña.

Rocío se presentó a nuestra cita vestida con ropa cómoda y cuidada; llevaba una remera colorida y poco maquillaje. Su vasto léxico, su conversación ágil y ocurrente, dejaba traslucir por momentos rasgos (de una boca pastosa) que luego confirmaríamos que estaban vinculados al uso y abuso de medicación psiquiátrica.

Encontrarnos con Rocío llevó tiempo. Su psicóloga, quien nos había adelantado que tenía un caso que, por su gravedad y complejidad, sería ideal para nuestra investigación, fue sumamente cuidadosa al hacerle llegar nuestra invitación a la entrevista. Debimos esperar que Rocío se estabilizara emocionalmente para convocarla.

Al contactarla por teléfono, advertimos su interés por participar de la investigación. Accedió inmediatamente a concertar nuestro encuentro en un restaurante en el que habíamos entrevistado anteriormente a otras dos mujeres.

Rocío había completado la escolaridad secundaria y manejaba el idioma inglés. Al momento de la entrevista, no trabajaba fuera de su casa y vivía con su madre e hijos en un barrio de la CABA. Sus hijos, dos varones de 12 y 10 años, provenían de su primer matrimonio; sus

dos hijas de 6 y 3 años, del segundo. Respecto al primer marido, ella manifestó que lo había dejado porque era “adicto”. Sin embargo, rescataba que “era superatento, muy caballero”, que no la maltrataba, y que sus hijos varones habían heredado la actitud atenta y cortés del padre. Su segundo marido, que al momento de la entrevista tenía 27 años, fue quien ejerció sobre ella violencia psicológica, física y sexual durante los últimos seis años.

A lo largo de casi tres horas de entrevista, pudimos reunir aspectos relevantes de una historia de violencia que padecía desde los 26 años y que estaba lejos de haber concluido. Entre todas las historias que conocíamos, ésta no era de las más extensas en el tiempo pero, sin embargo, presentaba componentes únicos. Durante la conversación, por momentos tuvimos la impresión de que para nuestra investigación habría bastado con entrevistar a Rocío.

Su experiencia de violencia comenzó cuando su marido, condenado por haber cometido un robo, se hallaba privado de la libertad.

Esto empezó cuando a él lo... lo trasladan de la comisaría a un penal. Me parece que era tanta la presión que él tenía dentro de... de ahí, que... Ahora me doy cuenta, ¿no? Aparte él era un pibito, tenía 20 años.

“Yo iba a que me peguen”

El relato de Rocío, plagado de imágenes desgarradoras, descripciones de la violencia física padecida, lindantes con la tortura, remite a uno de los tantos ejercicios narrativos de Foucault (1989) en torno a la aplicación de suplicios.

En donde estuviera. Yo salía, con los ojos así, desfigurada, me mordía, me sacaba los pedazos; no sé cómo explicarte... lo que era. No era que era una piña; era... un desprecio hacia mi persona, no sé...

La espectacularidad de la violencia aplicada se plasma en el relato y se complementa con el gesto con el que descubre su hombro para que podamos *certificar* las marcas que dejaron las lesiones en su cuerpo.

Cabría pensar, también con Foucault (1989), en los vestigios de suplicio que se conservan en la prisión moderna; si bien se halla envuelta en una penalidad no corporal y ha pretendido abandonar el castigo

corporal como técnica de sufrimiento, mantiene sin embargo un “fondo suplicante”.

La mera privación de la libertad implicaría cierta medida de sufrimiento corporal que podría extenderse, replicarse, multiplicarse en la mujer del detenido.

Lo observamos en el caso de Rocío, quien viajaba semanalmente largas horas para visitar a su marido detenido. Allí, cada vez que concurría, él la golpeaba sistemáticamente. En la visita íntima o en el comedor del penal de Sierra Chica, Tandil, Mercedes o Ituzaingó, rodeada de internos, familiares y personal penitenciario, recibía golpes que le ocasionaban importantes lesiones.

En las visitas íntimas. Yo salía a veces, temblando... temblando de la paliza, porque después... Bueno, me metía debajo de agua, me hacía bañar y salía temblando de la paliza. Toda... golpeada... con sangre... en la ropa. Aparte me rompía la ropa, me sacaba para afuera desnuda... Decí que no sé, nadie me veía, pero me... me... me tiraba como un perro, que “andate”.

Como ya lo planteáramos, en cada uno de los ámbitos en los que se produce o aborda violencia intrafamiliar, se desencadena una contienda en torno a su visibilidad. ¿Qué del cuerpo se podía ver en ese ámbito? Para Rocío, en la cárcel era esperable encontrarse con golpes y sangre, pero no con el cuerpo de una mujer desnuda.

De todos modos... ¿se trataba de ver?

A lo largo del relato, Rocío realiza un análisis crítico sobre diversas intervenciones profesionales, donde la imposibilidad de que los otros la vean y/o de que ella hable, la enfrentan con situaciones de extremo peligro.

En este pasaje, se refiere a la intervención de una trabajadora social de un hospital público, con quien tenía contacto a raíz de haber atendido su embarazo y parto en la institución. Como Rocío debía trasladarse cientos de kilómetros para visitar semanalmente a su marido en prisión, a pedido de ella la trabajadora social elevó al tribunal a cargo una carta para pedir el traslado del marido a un penal más cercano. La gestión de la trabajadora social tuvo éxito y el traslado se concretó.

Y ella me dice: “Pero vos nunca me dijiste a mí que... que él te pegaba”. Es que yo escondía todo, ¿entendés? “Yo lo hice que lo traigan acá cerca para que te pegue todas las semanas, entonces...” “Y... sí, más o menos.”

Porque ella me veía golpeada, y ella me decía: “¿Qué te pasó ahí? ¿Qué te pasó allá?”. “No, me golpeé con tal cosa, no, me golpeé con tal otra.” Y ella me ayudó muchísimo en la época de mi embarazo.

Poniendo de manifiesto el aprecio por la profesional, Rocío ensaya una nueva explicación en la que se autorresponsabiliza por la situación.

R: Yo siempre le digo a... Yo iba a las... yo iba a que me peguen.

Investigadora: ¿Vos sentías eso o... no?

R: Ahora lo veo así. En ese momento no. Yo iba porque lo extrañaba y pensaba que esa visita iba a ser buena.

Investigadora: ¿Vos pensabas que eso no iba a volver a pasar, que lo que pasaba no iba a volver a pasar?

R: Claro. Yo ahora me doy cuenta que yo iba a que me peguen.

Entre tanto, Rocío seguía visitando a su marido semanalmente. En el ámbito de una institución de encierro a cargo del Estado, el pretendido carácter privado o íntimo de su experiencia de violencia se tornaba (un espectáculo) público e invitaba a actuar.

A todo esto yo le causé lástima a mucha gente, ¿entendés? Porque todo el mundo me veía que yo... era tanto el amor que le tenía que lo... lo seguía adonde estuviera y lo que... y lo que venía de él eran siempre palizas... No te digo que siempre era igual, pero eran más los momentos malos, que los momentos buenos. Siempre por cualquier cosa él se ofuscaba y... y me pegaba... me pegaba ahí adentro; y la... las del servicio penitenciario me decían: “No te quiero ver más acá, por favor, te pido que me firmes... denuncialo, firmalo, por favor, firmá”. Porque ellas lo veían también... A todo esto...

¿Se trataba de ver? Si veían, ¿intervenían? Si intervenían, ¿cómo intervenían? En el relato de Rocío se refleja que para las funcionarias penitenciarias³ se trataba de un asunto privado, y que su intervención se limitaba a preservarse y librarse del compromiso de ser testigo.

3. Suponemos que nombra a personal femenino porque sería el encargado del control de las visitas mujeres.

El contexto particular en el que se desarrolló la historia de violencia de Rocío aportó otras líneas de análisis. Permitió, entre otras cosas, corroborar que la violencia intrafamiliar podía ejercerse en el medio más ajeno y distante al ámbito doméstico: una cárcel. Este hecho muestra, por un lado, la futilidad de la delimitación de ciertas categorías que se utilizan para abordar las violencias, en particular la de violencia doméstica, que quedaría limitada a las situaciones ocurridas en el ámbito del hogar. Por otro lado, despliega detalles de la inusitada capacidad de tolerancia de la institución carcelaria frente a la presencia de violencias; no se contenta con que se la ejerza sobre los internos, sino que en este caso permite la violencia física de un detenido hacia su esposa.

Obviamente, la existencia y reproducción de la violencia psicológica (o emocional) que acompaña a la violencia física es insoslayable, y en este caso pudimos examinar el nivel de capilaridad que podía alcanzar. Aun frente a la ausencia física y prolongada del victimario por hallarse detenido, se practicaba un control sistemático, efectivo y permanente de la mujer, a través de constantes llamadas telefónicas.

Por la forma de expresarlo, Rocío parecía señalar que esta situación resultaba habitual entre las mujeres que tienen a sus parejas en prisión.

O sea, es como tener una mujer a control... a control teléfono. Por teléfono, todo. Saben dónde estás, a qué hora. La presión de tenerle que pagar las tarjetas y lo que vale todo eso, hablar de \$80 por día de tarjeta, que te tengan todo el día en el teléfono, vos no podés prestarle atención a tus hijos...

Aunque Rocío puso de manifiesto que comprendía claramente el objetivo de nuestra investigación “por la parte de la ayuda, que es la que a vos te interesa”, en su narración presentó con mayor nivel de detalle el tramo del proceso en el que ella manifiesta no reconocer ni comunicar su problema de violencia (nos preguntamos si, al momento de la entrevista, realmente lo reconoce). El espacio que ocupó el trayecto en el que ella expresamente buscaba ayuda es menor.

El recorrido que relata Rocío es corto. Claramente encontramos que comenzó a comunicar su experiencia de violencia y a pedir ayuda al respecto recién cuando su marido recobró la libertad y produjo un episodio de violencia extrema en su casa, frente a sus hijas, tres meses antes de nuestra entrevista.

Rocío había efectuado numerosas gestiones para que su marido obtuviera la libertad y, aun así, él permaneció detenido hasta que, cuando menos lo esperaba, consiguió la libertad condicional.

A las cinco de la mañana abren la puerta y era él, le dieron la libertad. Después que yo le había dicho todo lo que no le había dicho en todos los años... Cuando llegó me vio, me encontró dur... durmiendo, en la cama matrimonial, yo en el medio y las dos nenas... Prendió la luz, y me dijo: “¿Ah, no iba a salir y me iba a pudrir en la cárcel? Feliz cumpleaños”, me dijo pero tipo sarcástico. [...] Me dio la paliza de mi vida, no sé cómo explicarte. Me tuvieron que llevar a la comisaría a upa, de cómo me dejó.

En el proceso recorrido por Rocío, se conjugan estereotipos de género y mandatos familiares,⁴ que se añaden a la certeza de que el alcance de los mecanismos de protección provistos por el Estado es limitado.

Y él volvió conmigo. Porque después de que él me pega, a las dos semanas él viene, y mi mamá me dice: “Abrile la puerta así hablás con él”. Y él nunca más se va de mi casa, pero ¿qué pasa?, yo no le podía decir que se vaya porque yo ya sabía, que yo le hacía la denuncia y nadie hacía nada. Entonces, ¿cómo le iba a decir que se fuera?

Ella bien lo sabía, el Estado había permanecido inerte, aun teniendo al agresor entre rejas.

Padecimiento, psiquiatrización y suicidio

Como señalamos previamente, la biomedicina tiende a expandirse en ocasiones, apropiándose de diversas formas de atención de los padecimientos e incorporándolas a su racionalidad como prácticas subalternas (Menéndez, 1994). El mismo movimiento se produce, pero a la inversa, con la adopción por parte de las mujeres de medicación psiquiátrica que en alguna oportunidad fue recetada.

La automedicación pudo ser interpretada (en el Casillero salud) como una de las tantas prácticas de autoatención de los padecimientos que se sirven de instrumentos previamente legitimados por el saber médico científico (en este caso psicofármacos).

Esta situación, que también podríamos calificar como abuso de sustancias, puede ser considerada una estrategia de afrontamiento (de

4. Ya describimos el controvertido rol que juega el entorno social y familiar para las mujeres en situación de violencia.

carácter evitativo), muy frecuente en los casos de mujeres que padecen violencia (Miracco y col., 2010).

Las estrategias consideradas evitativas incluyen el abuso de sustancias legales o ilegalizadas, mientras que las estrategias pasivas pueden consistir en tolerar y someterse al agresor. Ambas se asocian también a la presencia de pensamientos y comportamientos suicidas, y se estima que dichas conductas estarían presentes en entre el 35 y el 40% de las mujeres que sufren la problemática de violencia durante o después de la finalización de la relación abusiva (Reviere, 2010; Miracco y col., 2010).

Por otra parte, la asociación entre maltrato en la pareja y suicidio en las mujeres es significativa y contundente. El abuso de un compañero íntimo incrementa significativamente el riesgo de pensamientos y comportamientos suicidas (Haarr, 2010; McLaughlin y col., 2012).

En este contexto, a la hora de evaluar los casos de sobreingesta de sustancias por parte de nuestras entrevistadas, no siempre es posible discriminar la intencionalidad. Resulta difícil establecer si se trata de prácticas orientadas a la inhibición de síntomas persistentes o de intentos de suicidio.

Los intentos de suicidio y la medicación psiquiátrica

Siempre es consolador pensar en el suicidio: de este modo se puede sobrellevar más de una mala noche.

Nietzsche

Con el objeto de relacionar las defunciones de mujeres por causas externas con la violencia de género, un estudio multicéntrico analizó estadísticas oficiales de defunciones violentas de mujeres durante 2005⁵ y describió la existencia de cierto patrón común en los suicidios. Para quitarse la vida, las mujeres habitualmente recurren a arrojarse al vacío o a las vías de un tren o subterráneo, o suelen envenenarse con plaguicidas domésticos o intoxicarse por sobreingesta de psicofármacos. El uso de armas de fuego o el ahorcamiento resultan poco frecuentes en los suicidios de mujeres (Fernández, 2010).

5. Del total de las 14.002 muertes de mujeres por causas externas, distingue 9.115 ocasionadas por accidentes (65%), 2.993 por suicidios (21%) y 1.894 por homicidios (14%).

En nuestro estudio se manifiesta claramente que el padecimiento que subyace a la práctica del suicidio está siempre referido al entramado de relaciones en las que están inmersas las mujeres como sujetos (Durkheim, 1994), y ésa es la dimensión que apuntamos a desplegar.

En el caso de Rocío, los intentos de suicidio estuvieron vinculados a las reiteradas situaciones de violencia, y más particularmente de abandono e infidelidad por parte de su marido. La ideación suicida es frecuente y aparece también en Nancy, quien tuvo varios intentos.

En Lorena, la idea de quitarse la vida llega a plantearse como salida desesperada para ella y sus hijos, acosados por su ex marido, y por problemas económicos, particularmente de vivienda. Describe con cierta autocomplacencia el plan macabro que había ideado para poner fin a su vida y a la de sus tres hijos:

Me piden la, la casa de acá: qué mierda hago, qué carajo hago, sola. Entonces dije bueno, ya está, digo me voy a la mierda. Estaba desesperada ese día. Tengo las dos garrafas ahí abajo. Dije, bueno, empastillo a los nenes, cosa que no se despierten, ninguno, a la noche nos acostamos, prendo las garrafas, abro las garrafas, porque yo me muero, pero mis hijos con vos tampoco van a quedar, si no te interesan. ¿Con quién mierda van a quedar? Fue la primera vez que dije, que me superó todo, en ese momento. Fue..., es la primera vez, eh, nunca me quise suicidar.

Este testimonio, que por su carácter inconmensurable sobrepasa nuestra capacidad de análisis y nos resulta hasta difícil de tolerar, muestra sin embargo la presencia singular de un elemento crucial en la ideación suicida: los psicofármacos.

Investigadora: ¿Y cómo volviste de esa situación?

L: Volví porque nada, la locura me parece que dura poco. O a mí me durará poco. Eh... Nada. Por empezar, tenía que buscar pastillas: dónde. Mirá la idea. Yo digo, bueno, les doy un cuarto de Lexotamil, Trapax, alguna mierda, cosa que no se me vaya a levantar uno a las dos de la mañana y me prenda la luz y explotemos todos. No. La onda no era esa. La locura, ¿no? Bueno, entonces: "Dónde consigo pastillas". Y después... "No me animo". O sea.

Entre las mujeres entrevistadas que reconocieron experiencias de intentos de suicidio o ideas suicidas, siempre se registró el consumo de psicofármacos. De un modo u otro, los casos de Rocío, Lorena y Nancy se vincularon con el uso de psicofármacos.

En todos los casos, las mujeres entrevistadas que expresaron ideas de suicidio o intentos de concretarlos contaban con experiencia de tratamientos psiquiátricos (algunos de carácter ambulatorio y otros con internaciones).

Llamativamente, no se registraron relatos de planes o prácticas semejantes en mujeres que no presentaban experiencia de tratamiento psiquiátrico.

Una vez más, la locura y la muerte se asocian a los pretendidos instrumentos de la cura, es decir, los medicamentos psicofarmacológicos.

Del dicho al hecho...

Como ya te he dicho, con muchas de estas hierbas, debidamente preparadas y dosificadas, podrían hacerse bebidas y ungüentos mortales. Ahí tienes: Datura Stramonium, belladona, cicuta... Pueden provocar somnolencia, excitación o ambas cosas. Administradas con cautela son excelentes medicamentos, pero en dosis excesivas provocan la muerte.

El nombre de la rosa, Umberto Eco

Rocío desafía a su psiquiatra (que a su vez la había desafiado) y termina por ingerir sesenta comprimidos del medicamento que se le había entregado.

Y la... y la psiquiatra me dijo: "Mirá, yo te paso todas las pastillas del mes" y eran muchísimas, porque me medicó hasta para respirar, no sabés, y me dijo: "Pero quiero que sepas que por más que te las tomes todas no te vas a morir [...] solamente te vas a drogar y mucho por un montón de días, pero no te vas a morir". Ah bueno, listo. En realidad, me dio una idea porque... No me tendría que haber dicho eso.

Investigadora: ¿Vos hiciste eso después que te lo dijo... la psiquiatra?

R: Ese mismo día. Yo ya había salido mal, porque, en realidad, yo ese día estaba mal, mal, y la psiquiatra lo único que me preguntó si qué quería tomar.

[...] "Vos sabés que yo... de vez en cuando me agarra la loca y tomo muchas pastillas, para matarme. Entonces Luján [la psicóloga] me dice: "¿Cómo es eso de que si él no te mata, te querés matar vos? Hay un tema con la muerte". Ella lo trata desde ahí, ¿no?

Y puede ser y es verdad. Si no me pega él, me termino haciendo daño yo. Yo la semana pasada hablé con él, después que me rompió la puerta de mi casa; y él me dijo: “¿Pero no ves que te..., que te reusé todos estos años?”. Y me quebró. Y quizás no es tan así, en realidad yo creo que él es el más dolorido de toda esta situación.

Pero me quebró y me tomé sesenta pastillas. Ahora estoy normal, pero la semana pasada estuve drogada toda la semana.

Impresiona el tono natural con el que Lorena y Rocío relatan diversos sucesos en los que se enfrentaron directamente con la muerte. A la hora de efectuar interpretaciones, podríamos asumir diferentes enfoques. Lejos de atribuir características patológicas a esa forma de comportarse, optaremos por destacar que, a causa de su experiencia de padecimiento, ellas tienen una conciencia inusual de su vulnerabilidad. “La vulnerabilidad –del cuerpo y del yo– es un compañero omnipresente [...]” (Good, 2003: 234). Vivir con dolor (físico y emocional), con una enfermedad o con miedo, obliga a enfrentarse con la idea de la muerte.

A la vez, al analizar la sobreingesta de medicamentos, como planteábamos al inicio, encontramos una delgada línea que separa la autoatención para manejar cierta sintomatología y los intentos de suicidio –como suele reflejarse en las emergencias hospitalarias–. Las intoxicaciones de mujeres por uso de psicofármacos que se atienden en los servicios de emergencias muestran que la ingesta, en general, es de una sola droga con una gran cantidad de comprimidos (Brasenco, 2010).

En el análisis de los relatos de nuestras entrevistadas, pueden señalarse dos aspectos: el rol del modelo de atención de la biomedicina y la dimensión social del uso de sustancias. En las prácticas médicas, está ausente la consideración del carácter transaccional de los procesos de atención de la salud-enfermedad, que llevaría a tener en cuenta cómo el saber profano se apropia y resignifica ciertas herramientas de la biomedicina.

Es decir que por un lado la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, y por otro impulsan, favorecen, incluyen o aceptan formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación. (Menéndez, 2003: 203)

El sector salud no sólo no reflexiona sobre su responsabilidad en la generación de prácticas de autoatención de sujetos y colectivos, sino que critica sistemáticamente una de sus modalidades, la automedicación. A la par que clasifica en términos de positiva y negativa la autoatención, no comprende que ambas forman parte de un mismo proceso.

Esta manera de pensar la autoatención por el SS (Sector Salud) contribuye por una parte a seguir responsabilizando a la víctima de los problemas que la aquejan, pero en este caso la responsabiliza negativamente de las soluciones que ha ideado a través de las diferentes formas de autoatenderse. (Menéndez, 2003: 203)

En nuestro caso, la sustancia implicada es una, el psicofármaco. De acuerdo con la cantidad y el modo en que se utilice, puede desplegar su dimensión de remedio o de veneno.⁶

6. Para los griegos la droga no era concebida en sí misma como buena ni mala, el propio término *drogas* (pharmakon) se utilizaba (hasta hace poco más de un siglo) para designar tanto al veneno como al remedio (Teodori, 2006).

IX. Convivir con la muerte: de la violencia extrema al femicidio

El poder que nos interesa aquí es de otra especie y atañe únicamente a las relaciones intersubjetivas: el de una persona sobre otra, y el goce que la primera obtiene del ejercicio del mismo [...] Lo importante aquí es que el otro dependa de mí, no que él viva tal o cual experiencia: ésta puede ser el placer o el sufrimiento, pero ha de establecerse el hecho de que yo sea el responsable de él.

Todorov (2009: 207)

“Muerta no me quiere ver”: el riesgo de perder la vida en el camino

En los relatos se observa de qué manera nuestras entrevistadas vivieron situaciones de violencia extrema y amenazas de muerte, por parte de sus entonces parejas o ex parejas. Lorena, durante dos años de convivencia y cinco de separación:

Qué es lo que decía Jorge: me cago en la Justicia, si no existe;... cuando yo quiero te mato... Aparte, bueno, denuncias de amenazas es lo más, qué se yo, para mí es un chiste ya hablarte de eso, porque: te degollo, te mato a vos y mato a tus hijos, eh, nunca vas a vivir en paz, eh, yo te veo con un hombre y los mato, te prendo fuego. O sea, eso es ya para mí, hablarte de eso es tan normal...

[...] como yo le decía a mis abogados: ustedes por lo menos saben la verdad igual que mis amigas. A mí el día que me pase algo, vayan a mi casa, busquen la carpeta. No tengo una denuncia, tengo ciento y pico de denuncias.

Pero también Mirta, que vivía en un contexto habitacional precario y con altos índices de violencia urbana.

Y con esa misma arma, eh, en muchas oportunidades, no me acuerdo, salvo siete, me puso a mí. Me dijo que me iba a matar, que él ya estaba podrido, que le molestaba mucho, que era una mujer cargosa, que no entendía, que a mí lo único que me importaba era la plata y el trabajo, que a él esa vida no le gustaba.

También María Paz reconoció haber corrido peligro de vida a manos de su marido.

Sí, la que [...] la de riesgo de muerte concretamente, porque, que era directamente, para hacer una denuncia, cien por ciento, y quedó todo asentado ahí en el juzgado, y con todas mis cosas ahí lo puse y lo dejé aclarado, lo que sucedió, que lean los expedientes, los, las cosas de actas...

Joana, por su parte, no sólo registró el peligro, sino que refirió haber llegado a naturalizar esa situación.

Después estuve por la calle varios días digamos, porque había días que no podía estar ahí, porque digamos, había un punto en que yo no podía estar ahí porque tenía miedo de que nos matáramos, de que pasara algo grave [...] yo tengo conciencia de que el tipo me puede matar. No, no... Pero igual no me da miedo, no sé...

Investigadora: Te acostumbraste.

J: Me acostumbré, claro.

Habitualmente aceptamos el mundo per se y tenemos en suspenso la conciencia de nuestra mortalidad. Schutz (1979) sostenía que, dado que la actitud natural es no dudar de lo aparente, admitimos el mundo como aparece hasta que se demuestra lo contrario. Por eso, queda en suspenso la conciencia de nuestra finitud. Vivimos en un presente que se extiende indefinidamente en el tiempo, pero cuando aparece la conciencia de la muerte todo es diferente. Y “con la irrupción de la conciencia de la mortalidad se produce una sensación de que el propio mundo no es de fiar” (Good, 2003: 234).

O sea, hasta el día de hoy... yo te puedo decir: Jorge no me ha matado, sinceramente, porque no quiso. No porque no ha tenido posibilidades. [...] Eh... Golpes, muchísimos, de los cuales podría haberme quedado muerta, o qué sé yo. Nunca llegué a golpearlo a él porque él es muy grandote y por el miedo que me da, la parálisis que me da: nunca habría podido lastimarlo yo. Y después entraron las persecuciones, de cuando vino acá que pegó tiros a la casa; tantas cosas que me ha hecho. Muerta no me quiere ver. Hasta no sé qué punto, algún día.

Una de las características del mundo cotidiano, como planteáramos también con Schutz (1979), es la de una perspectiva temporal

compartida. En el relato de Lorena, hallamos que esos parámetros temporales tendían a distorsionarse.

Para que Jorge no me agarrara, no me tocara y demás. Entonces llegaba la noche y para mí era desesperante. O sea, era luces prendidas por toda la casa como si fueran las 10 de la mañana y simulando el sol. No quería que llegara nunca la noche.

En el relato de Rocío el cuerpo sometido aparece inmerso en una suerte de ficción, una trama de dudosa realidad.

Yo estaba recién cortada, toda golpeada en la cara, me faltaban partes... ahora, creció, eh... porque lo que me sacaba..., los mechones de... Pero si vos vieras los muebles raspados porque me daba contra la pared, contra los muebles... la heladera raspada, este... viste cuando no lo podés creer, parece una película.

En personas aquejadas por una enfermedad u otro tipo de padecimiento, el tiempo puede experimentarse de manera particular. El sujeto pierde su relación con el mundo de los otros. Esta conciencia y experiencia subvertidas se observan también a nivel del cuerpo, a través del cuerpo; se actúa e interactúa en el mundo intersubjetivo:

El tema es cuando esas mujeres ponen el cuerpo y no hay un límite [...] En general el cuerpo es un límite: si a uno lo golpean y le duele, eso ya es un límite... En general el cuerpo es un límite. Cuando el cuerpo no funciona como límite... uno podría llegar a entregarle el cuerpo al otro: la vida. Uno podría hablar de la vivencia subjetiva porque alguien puede creerse una mierda y seguir sosteniéndose vivo creyéndose una mierda toda la vida. Cuando se pone en juego el cuerpo, se está dispuesto a perder la vida. [...] en relatos donde las mujeres hablan de una violencia extrema. En ese instante donde hay tipos que se van, tipos que las consuelan... Un límite real me parece que en este punto porque me encuentro con relatos en obstetricia específicamente, donde por momentos es muy duro, muy, muy duros... respecto al cuerpo donde las tiraron al piso... las empezaron a patear... (Entrevista de contexto, psicóloga)

Pero cuando el dolor ocupa todo, no permite una conciencia despierta y plena. El dolor distrae, fatiga, nos deja al margen.

Femicidio, feminicidio y femi-genocidio

En la actualidad, se utiliza el concepto de femicidio o feminicidio para identificar la forma más extrema de la violencia de género. Resultado final de un proceso que incluye desde la violencia emocional hasta la muerte; al calificarlo como “asesinato misógino de mujeres cometido por varones”, pierde su carácter neutral.

El término femicidio fue acuñado por M. Orlock en 1974 y utilizado públicamente en 1976 por Diana Russell ante el Tribunal Internacional de los Crímenes Contra las Mujeres, en Bruselas. Refiere a los asesinatos de mujeres por el solo hecho de ser mujeres y se lo considera como forma extrema de violencia basada en la inequidad de género, entendida esta como la violencia ejercida por los hombres hacia las mujeres en su deseo de obtener poder, dominación o control (Carcedo y Sagot, 2002).

Buscando ampliar y trascender el alcance del término que implicaba una “feminización” del concepto homicidio y aproximándose al sentido de aniquilación, Lagarde (2008) tradujo el vocablo inglés *femicide* como feminicidio y ubicó los asesinatos de mujeres por odio de género en términos políticos, responsabilizando no sólo a los perpetradores masculinos, sino también al Estado y a las estructuras judiciales que por acción, tolerancia u omisión normalizan la misoginia, entendida como un fenómeno político-cultural donde la construcción ideológico-afectiva y política sirve para legitimar la opresión, la exclusión, la discriminación y la explotación de las mujeres.

En referencia a los asesinatos de mujeres ocurridos en Ciudad Juárez, México, la autora plantea que el problema no es la existencia de asesinos que matan, sino de las condiciones que permiten que haya asesinos que maten. Y entre esas condiciones señala las que generan los Estados cuando no actúan y contribuyen a la impunidad, y la enorme tolerancia social a la violencia de género (Lagarde, 2010).

Frente al uso indistinto de las expresiones feminicidio y femicidio para referir a asesinatos de mujeres por razones de género, Segato (2012) por su parte propone establecer una diferenciación entre los crímenes que puedan estar enmarcados dentro de relaciones interpersonales o móviles de tipo personal (violencia doméstica o crímenes seriales), y aquellos de tipo impersonal.

La categoría de feminicidio expresaría todos los crímenes misóginos que victiman a las mujeres en un contexto de relaciones de tipo tanto

interpersonal como impersonal. El uso del término femi-genocidio¹ estaría reservado para los crímenes que, por su cualidad de sistemáticos e impersonales, se dirigen a la destrucción de las mujeres (y de los sujetos feminizados) solamente por ser mujeres, sin posibilidad de personalizar o individualizar ni el móvil ni la relación entre perpetrador y víctima.

La propuesta de Segato (2012) apunta a que las categorías que se adopten para nominar estos asesinatos puedan ser aplicadas al campo jurídico, tanto en cortes nacionales como frente a tribunales internacionales de derechos humanos, cuya importancia radica en la imprescriptibilidad de los crímenes que se juzgan, sean éstos de lesa humanidad o genocidios. A la vez, los aportes a la especificación normativa permitirían establecer protocolos para orientar la investigación de los diversos crímenes contra las mujeres, de modo de evitar la privatización² de la violencia de género y disminuir la impunidad (Segato, 2012).

Con este posicionamiento estratégico, la autora busca compensar y revertir el esfuerzo privatizador de la violencia de género que lleva adelante históricamente la cultura patriarcal (Segato, 2012). No sólo con el avance en la tipificación penal para aumentar la eficacia de la investigación criminal, sino también al utilizar una categorización superadora con la distinción entre femicidios no íntimos para reflejar la complejidad del fenómeno. Los femicidios íntimos remiten a relaciones íntimas, familiares o de convivencia entre el perpetrador y la víctima, al momento del crimen o en el pasado, mientras que los no íntimos, aunque motivados por cuestiones de género, no implicarían entre la víctima y el perpetrador relaciones íntimas, familiares o de convivencia (Fernández y col., 2010).

Las formas de registro y las cifras: la otra inseguridad

En la Argentina, el fenómeno de los homicidios de mujeres no ha sido suficientemente estudiado tomando como base estadísticas vitales ni desde un enfoque sanitario-epidemiológico (Fernández, 2010).

1. La introducción del sustantivo *geno* permite denominar a aquellos feminicidios que se dirigen, con su letalidad, a la mujer como *genus*, es decir, como género (Segato, 2012).
2. Segato (2012) sostiene que la constatación de que hay crímenes de género que se encuentran plenamente en la escena pública y bélica impactará en la mirada colectiva y contribuirá a instalar a las relaciones de género en una plataforma de importancia general de valor universalizable.

Los femicidios en la Argentina son contabilizados sistemáticamente por el Área de Investigación La Casa del Encuentro a partir de reportes periodísticos publicados en la prensa escrita nacional.³

Ningún organismo oficial lleva un conteo de femicidios o asesinatos por violencia de género. Tanto investigadores como funcionarios de áreas vinculadas a la temática de género toman, como ocurre en otros campos, datos provenientes de organizaciones locales e internacionales de la sociedad civil.

Durante 2009, se calcularon 231 femicidios, mientras que en 2010, como en todos los años desde que se comenzó con el conteo, la cantidad se incrementó: 249 casos (260 si se incluyen los femicidios vinculados).⁴

Se analizó el vínculo de las víctimas con los victimarios. Se puso de manifiesto que en la mayoría de los casos existía o había existido una relación de pareja entre ambos: el 37% eran parejas, novios o esposos; el 30% eran ex parejas, ex novios, ex esposos; y en el 10% no había vínculo aparente. En dicho informe, se observa que en el 20% de los femicidios se logró comprobar que existía al menos una denuncia previa y en cinco de los casos se encontraba vigente la medida judicial de exclusión perimetral del agresor.

Para analizar los sucesos más extremos de la violencia de género en la Ciudad de Buenos Aires, recurrimos al informe de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN, 2011). En él, se contabilizaron 168 homicidios dolosos ocurridos en el período, mientras que para 2002 esa cifra ascendía a 214 (Spinelli, 2005).

En 2010, el 14,29% de las víctimas de homicidios dolosos y el 5,03% de los victimarios eran mujeres. Del total de los casos de homicidios

3. Es constante la lucha para descubrir las tasas ocultas de violencia hacia las mujeres frente a esta suerte de “silencio estadístico” oficial (falta de estadísticas nacionales de crímenes diferenciados por sexo y por tipo de vínculo entre víctima y agresor o el móvil). En 2010, un grupo de investigadoras (Fernández, 2010) relevó y analizó las principales características de 142 casos de femicidios publicados en 2005 en periódicos nacionales de la Argentina: en casi un tercio de los casos la víctima tenía entre 15 y 25 años, tratándose en la mitad de los casos de mujeres de hasta 35 años. Se consignó a su vez que el 59% de los femicidios ocurrió dentro de la vivienda de la víctima y que en el 70% de los casos el agresor formaba parte de su círculo íntimo. Las formas de homicidio más frecuentes cometidas por parejas o ex parejas fueron por arma de fuego (28%) o apuñalamiento (24%).

4. Se llama así a aquellas muertes que ocurren a familiares, amigas/os, parejas actuales, que frente al intento de femicidio de la mujer quedan en la línea de fuego o son blanco de ataques directos por parte del agresor que pretende tomar represalias contra la mujer que considera su propiedad.

dolosos ocurridos en el período, en el 11,88% se identificó que el móvil fue la violencia familiar. Sin embargo, si se observa su distribución por sexo, para el 50% de las víctimas mujeres, la causa del homicidio era la violencia familiar, en tanto que para los varones ese porcentaje sólo alcanzaba al 5,8% (CSJN, 2011).

En un esfuerzo por diferenciar las violencias (en general) sufridas por mujeres de las ocurridas dentro del marco de la violencia de género, otro estudio (Fleitas Otamendi, 2012) se sirvió de fuentes estadísticas.⁵ El estudio describe la evolución de la ocurrencia de homicidios de mujeres, mostrando que a partir de 2004 descienden, y hacia 2010 se encuentran en una meseta. En ese mismo año, se registraron 377 casos con una tasa de 1,9/100.000 y un promedio anual para la primera década de 2000 de 425 homicidios de mujeres.

El trabajo plantea las dificultades que se presentan a la hora de determinar cuáles de los homicidios de mujeres corresponderían a femicidios, y se propone comparar y analizar estimaciones, por ejemplo, de localidades con bajas tasas de homicidios y alta proporción de asesinatos de mujeres. En ellas, se podría atribuir gran parte de las muertes a cuestiones de género, ya que en localidades con más alto nivel de homicidios y crimen en la vía pública se ha corroborado que los principales afectados son varones.

En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, se registran 461.000 mujeres que manifiestan haber sido golpeadas. Entre ellas se calcula que 275.000 no fueron golpeadas en ocasión de robo, por lo que más de la mitad de las agresiones podría deberse a violencia social y de género. El 69,6% de casos de mujeres que sufrieron golpes en la CABA no estuvo relacionado con la ocurrencia de robos,⁶ dato que lleva a la necesidad de repensar la construcción de la cuestión de la seguridad desde una perspectiva de género.

A partir de la información recogida por el Sistema de Vigilancia de Lesiones del Ministerio de Salud de la Nación,⁷ se observó que las

5. Estadísticas de Mortalidad del Ministerio de Salud de la Nación, del Sistema de Vigilancia de Lesiones y la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

6. En el mismo sentido, en el informe sobre CABA (CSJN, 2011), Zaffaroni calcula que sólo el 27% de las mujeres asesinadas fue en ocasión de robo.

7. Se relevan sistemáticamente 22 unidades Centinelas emplazadas en hospitales de ciudades medianas.

mujeres⁸ constituyeron el 25% de los casos de lesión por agresión. En esos casos, se consignó que el 21% habían sido lesiones causadas por sus parejas y que en más del 78% se trató de golpes. Las lesiones por armas de fuego, en ese grupo, sólo llegaron al 1,1% de los casos, mientras que entre los varones las lesiones con uso de armas de fuego ascendieron al 10%.

Femicidios y medios de comunicación: “Wanda va a ser un poroto...”

Haremos un salto en nuestra línea argumental en este apartado y describiremos el impacto que ha tenido en nuestras entrevistadas el tratamiento del fenómeno de la violencia de género por parte de los medios de comunicación. El importante y colorido número de referencias recogidas entre ellas amerita una breve aproximación al tema.

En la región, la cobertura mediática de la violencia de género y de los femicidios en los medios de comunicación históricamente se ha efectuado desde las secciones de noticias policiales y se ha tomado a estos crímenes como “pasionales” contribuyendo a reforzar su carácter disciplinador y ejemplarizador para todas las mujeres. En la actualidad se observan ciertos cambios: se ha ido desplazando la noción ligada a un amor excesivo que contribuía a la naturalización de la posesión de las mujeres por parte de los varones y a la responsabilización de las propias víctimas, pero el proceso no se ha completado aún.

La sistemática presencia de casos de violencia de género en los medios de comunicación es mencionada por la mayoría de las entrevistadas, con esos casos dialogan y se comparan.

Al hacer una crítica de la Justicia, Lorena se refiere a esas otras mujeres que comparten su situación y buscan ayuda.

Y lamentablemente, en ese sentido, la Justicia es lo que no ayuda. Porque si no, no estaríamos viendo a la mujer golpeada, a la mujer que fue muerta, a la mujer quemada. O sea, estamos hablando... ya me indigno: en esta parte, si ves que me voy, cortame. Me indigno cuando veo la mujer que aparece en la televisión. Yo tenía denuncias, mi hija tenía denuncias. La chica quemada la vez pasada, tenía 16 años. Yo tenía denun..., mi

8. Otro dato preocupante que emana de esta fuente es que, en el 69% de los casos, se trató de mujeres jóvenes de entre 15 y 34 años.

hija tenía denuncias, la Justicia las archiva, las archiva, y no se llega a una prueba hasta que la quemó y la chica murió; de hace más o menos veinte días, un mes. Eh... Te están pidiendo auxilio. Vos..., dónde están, dónde estás.

En los relatos aparecen varias referencias a un caso concreto y muy resonante, el femicidio de Wanda Taddei. Ocurrido en febrero de 2010, tal vez fue el asesinato de una mujer a manos de su marido con mayor resonancia en los medios de comunicación de la Argentina en los últimos años. El carácter espectacular que tomó puede deberse, en parte, a la fama del agresor, el ex baterista de la banda musical Callejeros, involucrada directamente en la tragedia de Cromañón.⁹

Otro de los componentes está dado por el modo en que se concretó el ataque: en el marco de una discusión de pareja, el marido roció con alcohol a la mujer y luego encendió fuego. Le provocó quemaduras de tal gravedad que, después de unos pocos días de agonía, ella murió.

Este episodio tuvo gran repercusión y un alto impacto en la vida de muchas mujeres: desde entonces y hasta mediados de 2012, se había documentado que 48 mujeres perdieron la vida por quemaduras, ocasionadas en su mayoría por sus parejas o ex parejas. Solamente en 2011 ocurrieron 28 de los casos, mientras que en 2009 se habían registrado seis y en 2008 sólo dos (Carbajal, 2012).

No sólo aumentaron los casos de mujeres asesinadas quemadas, sino también se registra un importante incremento en las amenazas de ataques con fuego a mujeres por parte de parejas o ex parejas, hecho que se refleja en consultas y denuncias en los centros de atención.

La violencia que suscita la amenaza del fuego y su posterior puesta en acto reproducen el tiempo de las mujeres quemadas en las hogueras de la Inquisición. Incorpora el terror previo de quien se imagina a sí misma envuelta por las llamas. [...] Ella no podrá hacer cosa alguna, paralizada por el espanto y el triunfo de la combustión. (Giberti, 2010)

9. El incendio de la discoteca del barrio porteño de Once ocurrido en diciembre de 2004 arrojó un saldo de 194 personas muertas, entre ellas la madre del mencionado músico. Este dato será tenido en cuenta por el tribunal (TOC N° 20), quien condenó en junio de 2012 al asesino a una pena atenuada alegando emoción violenta relacionada con la experiencia traumática vivida anteriormente (estrés postraumático) en el incendio de la discoteca de Once.

No es posible poner en duda la existencia de esta modalidad, que requiere cierto grado de premeditación, con anterioridad al ataque sufrido por Wanda Taddei. Cabe preguntarse también a qué responde un incremento de casos de tal magnitud. El efecto de los casos ocurridos se multiplica a través de la cobertura de los medios de comunicación, aunque sería aventurado sostener que el notable aumento de estos crímenes, a nivel local, se deba a su amplia y por momentos morbosa difusión televisiva.

La responsabilidad de los medios¹⁰ respecto a la comunicación de hechos de violencia de género aún se halla escasamente problematizada.¹¹ Diana Maffía (2012) sostiene que:

[...] la difusión produce un doble efecto: por un lado, la exhibición de límites aberrantes a los que llega la violencia contra las mujeres minimiza otras formas graves de violencia menos visibles (psicológica, económica, moral); por otro lado, el efecto de imitación en los victimarios y de amenaza sobre las víctimas (“eso mismo te puede pasar a vos”) refuerza el mensaje de impunidad que suele acompañar las noticias. (Maffía, 2012: 1)

Para Segato (Monfort, 2012), la construcción que los medios hacen de los relatos de violencia de género es en parte responsable de su aumento. “El mensaje de los medios es claramente ambivalente y ambiguo”, y aunque estos crímenes sean representados como monstruosos, “esa

10. En términos generales la mediatización del sufrimiento que se produce mediante la circulación continua de imágenes de desastres de diferentes partes del mundo, en lugar de producir solidaridad con las víctimas, transforma el sufrimiento en un bien de consumo. Un producto a ser consumido como “paisaje” por los telespectadores en la seguridad de sus hogares (Das, 2002).

11. En España, en el marco de un intenso debate en el que se postulaba que los casos de violencia de género debían ser sistemáticamente visibilizados, en 2009, un equipo de la Universidad de Alicante, tomando como antecedente la evidencia de “el efecto imitación” que podría suscitar la difusión de suicidios, estudió la asociación entre la publicación de noticias de femicidios provocados por parejas y la ocurrencia de estos hechos sobre la base del análisis de 3.733 noticias televisivas sobre el tema y 340 muertes de mujeres a manos de su pareja en España, durante el período 2003-2007. Algunos de los resultados a los que se arribó llevan a pensar en el rol de los medios de comunicación en el accionar contra la violencia de género, ya que se observó un efecto positivo en la difusión de noticias relacionadas con programas y medidas para la intervención en la violencia de género. La difusión de recursos disminuiría la ocurrencia de casos. Mientras que una cobertura televisiva inadecuada de los femicidios perpetrados por la pareja incrementaría en más del 32% la probabilidad de ocurrencia de este tipo de muertes (Vives-Cases y col., 2009).

monstruosidad no ridiculiza al monstruo que la produce. De cierta forma, lo demoniza, pero, por lo mismo, lo coloca en la posición de una potencia, que es lo que el agresor busca”. Afirma que los medios hacen un perjuicio a la sociedad al “construir el mensaje del monstruo agresor como demonio poderoso e interesante, merecedor de la atención del lente mediático, capaz de una acción aterradora y novelesca”.

Muchas de las mujeres atacadas con fuego sobrevivieron y conservaron marcas indelebles, como es el caso de Rocío, quien establece un paralelo entre su experiencia y la muerte de Wanda Taddei:

Conozco a Wanda Taddei... a Wanda Taddei... mirá, a la mamá de Wanda Taddei en un grupo. En realidad, fui a un grupo, y ella pasó por una galería y Paula, la abogada me dice: “Mirá, ahí está la mamá de Wanda Taddei, pará que la voy a llamar” [...] Ella me dice: “Claro, porque lo que le pasó a Wanda, avivó giles”. O sea, porque después de ella un montón de chicas fueron quemadas y a aparte porque tenía un montón de... de partes de la casa, con fuego. Y yo no tenía miedo, yo quería que ya me mate, ¿entendés? Eso es lo más triste. Porque ya no soportaba más. Yo le decía: “Bueno, dale, que se termine, hacelo, terminalo, hacelo”. Y él me seguía pegando y yo le seguía diciendo cosas, porque ya me daba por muerta. ¿Entendés? ¿Viste cuando...?

Investigadora: Sí, estabas entregada...

R: Ya estaba entregada. Me había pegado por horas. Bueno... [pasamos de una cosa a la otra] entra la mamá de Wanda Taddei, y entonces me empieza a hablar, y me empieza a decir que su otra hija también es víctima... de golpes y de todo. Y ahora está en su casa, pero que el tipo vive enfrente y tiene... y que ya van por la 74 denuncias y que nadie hace nada sabiendo que su otra hija...

Y a la vez pone de relieve el modo en que el marido de Rocío maneja información acerca del mencionado femicidio y la utiliza como amenaza.

Y él me mandó un mail... Porque él aparte no me puede mandar mensajes de textos, ni me puede llamar, no nada. Me mandó un mail diciendo que... que archive todo porque Wanda va a ser un poroto al lado de cómo me va a dejar él a mí, que... yo tengo la culpa de todo, que saco lo peor de él [...].

Referencias directas al asesinato de Wanda Taddei también pueden ser halladas en otros de los relatos de mujeres con experiencia reciente de violencia intrafamiliar. Tal es el caso de Lorena y María Paz, quien aquí describe cómo llegó a ser rociada con alcohol por su marido.

Y era la época en que prendió fuego unos [...], que estaban de moda, que se prendían fuego a las mujeres y las mataban, hombres... que fue el año pasado... este verano que pasó no, el anterior. Y vi cómo estaba la cosa, estaba muy agresivo, estaba revoleando todo, rompiendo todo [...]

Estaba en pánico. Tratando de pensar dónde estaba la plata y dónde estaban las llaves y mis hijos. O sea, mis hijos quedan resguardados. Hasta que empezó... no sé, no sé qué pasó, él trataba... “¿dónde está la plata, dónde está la plata?”, me decía. Todo el dinero que tenía. “¿Dónde está la plata?”, se pasaba buscando por todos lados. Yo lo guardé, así cosa que digo bueno. Me empezó a zamarrear, me empezó a golpear, hasta que me desmayé. Me arrastró y para... Me acuerdo que me zamarreaba. Yo estaba como desmayada pero medio consciente, o sea [...] que no me podía levantar, de mierda, todo horrible.

Mis hijos estaban al lado. No podían... duros. No podían parar de llorar. Y qué le pasa y gritando.

Y viene con una botella de alcohol y me la tira en la cara. Empecé a los gritos, el ardor en los ojos, todo. Y lo primero que pensé es, no sé cómo, me levanté y con... como un resorte, pensando en los nenes, y no sé desde dónde saqué fuerza ni nada, lo agarré, lo empujé. Le di una patada así a la [...]. Cerré la puerta con llave, con todo. Y contuve a mis hijos como pude. Y desesperada llamé a mi mamá por teléfono y le dije que por favor ya llámame a la policía y a una ambulancia.

Los agresores apelan a buscar que el ataque pueda quedar impune si consiguen hacerlo pasar por un accidente o un suicidio. Puntuando una diferencia sustancial entre este tipo de amenaza y la amenaza de un golpe, Giberti (2012) plantea:

Enriqueció el imaginario social con la incorporación del fuego como colaborador del ataque contra las mujeres. Enriquecimiento que se postula a sí mismo como más refinado debido a las huellas que puede dejar en la sobreviviente. (Giberti, 2012)

Al margen de los agresores y perpetradores con los que las mujeres tienen un vínculo interpersonal, ellas, como las teóricas feministas que citamos anteriormente, parecen decir que el problema no radica en que haya hombres que intenten matar, sino en las condiciones que permiten que maten. Allí el Estado también es señalado por ellas como responsable.

Quién te dice que ese... ese momento silencioso de él, donde no está apareciendo esta semana, no está planeando en hacernos algo. Él me mandó un mail diciendo que me iba a matar a una de las nenas. Yo lo llevé al Juzgado... ¿pasó algo? No, no pasó nada. Y mirá si pasa como Candela que un día se la llevaron, y la mataron, y... ahí... ahí sí va a ser importante.

X. Reflexiones finales y posibles líneas de acción

Las historias son un medio para organizar e interpretar la experiencia, sirven para proyectar experiencias idealizadas y anticipadas, y son un modo específico de formular la realidad y un medio idealizado de interrelacionarse con ella.

Good (2003: 156)

Los relatos y las experiencias

Reconocemos con Good (2003) que las estrategias narrativas, lejos de ser un medio para presentar la realidad, tienen un papel central en su construcción. En efecto, en las experiencias recogidas resulta evidente que los procesos de narrativización permiten situar el sufrimiento en la historia para abrir camino a otra historia posible.

En el caso de las situaciones de violencia, las estrategias narrativas cumplen varias funciones, entre las cuales la invocativa habilita a nombrar la fuente de sufrimiento. Si tomamos como punto de partida el momento en que se rompe el silencio, este hecho es de vital importancia para pensar el modo en que las mujeres inician el proceso de búsqueda de apoyo y atención.

A su vez, se destaca el valor que tiene la interpretación que hacen quienes, luego de narrar la vivencia pasada, buscan encontrar sentido y coherencia a actos fragmentados (Alves, 1999; Good, 2003). Sólo será posible obtener una unidad articulada (la trayectoria) cuando el actor, al ver sus experiencias pasadas, intente interpretaciones de acuerdo con las circunstancias que vive en el presente (Alves, 1999).

Cabe considerar también que las historias cambian a medida que se desenvuelven los acontecimientos, ya que los narradores (narradoras en nuestro caso) están a medio camino del desenlace de la historia (la cura/la resolución de su problemática de violencia/la sentencia judicial). “Apuntan al futuro con esperanza y ansiedad, y a menudo sustentan varias lecturas provisionales del pasado y el presente” (Good, 2003: 263). Siguiendo a este autor, observamos que las narrativas se componen tanto de una *trama*, que es el orden significativo que busca una historia ordenada y autorizada, como de *elementos subjuntizadores* que introducen el deseo, el anhelo, la posibilidad.

En este estudio, las entrevistas en profundidad pudieron concretarse porque las mujeres permanecían en tratamiento psicológico en la institución en la que desarrollamos el trabajo (a excepción de una entrevistada que había iniciado un nuevo tratamiento con una psicóloga particular). El encuentro con nuestras entrevistadas no se ubica entonces en cualquier punto del recorrido; ellas están describiendo sus experiencias de violencia, de sometimiento, de padecimiento y de búsqueda de soluciones desde ese presente. Un presente que transcurre en medio de un proceso de tratamiento que está necesariamente cargado de expectativas y desde el cual avizoran una posibilidad de cambio.

Los relatos de las mujeres reflejan entonces ese carácter dinámico (y por momentos contradictorio), característico del proceso de búsqueda de atención y apoyo. En las narraciones se plasmaban imágenes que dan cuenta de cierta autopercepción de movimiento: las entrevistadas se descubren transitando un recorrido, persiguiendo un objetivo o cumpliendo una misión.

En general, de acuerdo con la etapa del proceso vivido, su relato se carga de diferentes matices que traslucen fuertes emociones, que van desde la angustia y el agotamiento hasta la satisfacción por los logros obtenidos. En algunos casos, como el de Lorena, los pasajes de mayor congoja o abatimiento se corresponden con episodios que ponen de manifiesto la solitaria tarea de contención de los hijos, pero en la mayoría de los relatos la angustia (reflejada incluso a través del llanto) aparece ligada a los intentos frustrados de obtener respuestas institucionales, principalmente del sistema judicial. Sólo en dos de las entrevistas se registró un tono neutro o una narración racional escasamente emotiva.

Otro aspecto para destacar es que en algunos de los relatos los sucesos se presentan de manera ordenada, lo cual denotaría, según Good (2003), que han sido narrados en varias oportunidades. Sin embargo, aunque la práctica de relatar ese itinerario resultara una situación reiterada con la que las entrevistadas estaban familiarizadas, sus relatos cargados de detalles presentaban la experiencia como única, como siempre nueva. Una proeza, una epopeya con ciertas notas de suspenso...

Las mujeres entrevistadas ya habían compartido anteriormente esas experiencias con otros, pero al escucharlas, nos preguntamos en qué medida habían tenido la oportunidad de armar antes un relato tan completo. Seguramente, el relato de los hechos que pudieron haber concretado ante terapeutas, ante el sistema judicial o ante la Policía fue más selectivo y demandó el cercenamiento de ciertos aspectos en función de su carácter instrumental (la *cura*, la obtención de justicia o de seguridad).

La exposición del sufrimiento les fue requerida con anterioridad. Tuvieron que mostrar a veces físicamente su cuerpo y otras tantas veces relatar su sufrimiento. Debieron exponerse ante representantes del Estado, expertos, especialistas de diversos ámbitos; dar testimonio de su verdad para conseguir el reconocimiento de sus derechos.

Esas historias de violencia, varias veces contadas, seguramente suscitaron innumerables recomendaciones que las mujeres no siempre pudieron cumplir. Seguramente cierta frustración haya motivado su necesidad de reubicar y resignificar esas historias “mil veces” narradas.

Si bien entendemos que difícilmente esas vivencias hayan sido narradas por primera vez en nuestros encuentros, hemos recogido algunas reflexiones en torno al valor del espacio de la entrevista en profundidad, que funcionó para algunas de las entrevistadas como promotor de cierta organización o elaboración de la experiencia: “ahora que lo digo...”, “dicho así...”. La mayoría nos agradeció por haberlas escuchado. Coincidimos con Pierret (2000) en que las entrevistas, en un contexto como el nuestro, pudieron ser tomadas como una instancia de justificación, como un medio para salir del silencio y develar el “secreto”, y también como un espacio de sostén y contención.

Los relatos que proyectan y expresan anhelos, de acuerdo con Good (2003), se constituyen en un medio para imaginar la superación de la situación adversa. En nuestro caso, las mujeres, consideradas como protagonistas de una entrevista, tenían la ocasión de traducir esas historias (de sufrimiento) en oportunidad, ubicar la instancia nueva que transitaban como la definitiva, como la “vencida”.

Los relatos tienen indeterminación y un final abierto, reflejan un compromiso con el desenlace o el resultado de la historia. En ellos las mujeres revisan los hechos, los juicios y sus expectativas, siempre con la incertidumbre de cómo llegar a influir en ese desenlace.

Los sucesos (percibidos como éxitos o fracasos) en el proceso recorrido mostraron su capacidad de moldear los relatos. Al iniciar el segundo encuentro pautado con una de las entrevistadas, compartimos la inminente noticia de la condena de su ex marido violento por una causa judicial iniciada seis años antes. La situación judicial, que en la primera entrevista la apesadumbraba, la semana siguiente se convertía en motivo de festejo: se había producido el tan deseado reconocimiento social a partir de la condena.

Frente a los testimonios, muchas veces nos preguntamos si algunos tramos de las historias eran verdaderos. Sabemos que no es posible tener acceso directo a la experiencia de otros por más que formulemos

preguntas en forma directa. Interrogados sobre la relación que puede establecerse entre relato y experiencia, diremos que todos los relatos son historias de experiencias reales; describen episodios a la par que el significado que le atribuyen las personas que lo vivieron. Nos preocupamos entonces de esa posible “fabulación” de la experiencia que podría resultar tan reveladora (Good, 2003; Recoder, 2011).

La estrategia narrativa es una forma mediante la que la experiencia es representada y relatada, en la que los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, en la que las actividades y acontecimientos son descriptos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas. (Good, 2003: 255)

Las intervenciones terapéuticas también aportan para que surjan nuevas interpretaciones, nuevos mundos imaginativos (Good, 2003). A medida que se avanza en el camino y de acuerdo con la eficacia de las intervenciones, se pueden hacer nuevas relecturas (Good, 2003). De allí el lugar que ocupan en los relatos los discursos terapéuticos: voces de diferentes actores (psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, médicos) aparecen sistemáticamente en algunas de las narraciones de las mujeres, dialogando con ellas o prestándoles argumentos. En ocasiones reconocemos la emergencia de un discurso muy probablemente coconstruido con el terapeuta (psicólogo).

Varias cosas resultan evidentes en los relatos de las mujeres. Las búsquedas de algunas de las entrevistadas son múltiples y se yuxtaponen perspectivas de interpretación. En otras, los relatos se estructuran como la historia de una vida de sufrimiento. En algunos relatos, el eje es el problema desencadenado y la búsqueda de resolución. En otros, se observa que las mujeres estaban abocadas a comprender la situación problemática y encontrarle un sentido al padecimiento. En la mayoría, las historias se narran como puro anhelo... entre el padecimiento y la solución.

Visibilidad y temporalidad

Tal como planteáramos anteriormente, la visibilidad/invisibilidad de la violencia se constituyó en uno de los ejes para interpretar tanto las experiencias de las mujeres en situación de violencia como las respuestas institucionales y comunitarias.

En las trayectorias estudiadas, la violencia psicológica que antecede y acompaña las otras formas de violencia es difícil de precisar. Ni las mujeres ni su entorno logran percibirla claramente. A su vez, se trata de sucesos que en general se producen en el ámbito doméstico y por tanto son considerados como un problema individual que sólo concierne a las personas involucradas. Como pudimos observar en los relatos, algunas mujeres inicialmente tendieron a minimizar o a ocultar los hechos violentos por considerarse, en ocasiones, responsables de ellos. Para quienes padecen violencia, el deterioro de las relaciones interpersonales, asociado al quiebre del mundo cotidiano que experimentan, se suma a la fuerte percepción de que no se cuenta con recursos apropiados para apoyarlas.

Como quedó evidenciado en nuestro trabajo, tampoco son uniformes las posturas que adoptan familiares y amigos al respecto. En algunos casos, ayudan a las mujeres a identificar el problema; en otros (como los casos de Anahí y Rocío) claramente contribuyen a tapanlo, conspirando contra la posibilidad de hacer visible el problema.

La legislación actual incluye la detección de violencia como tarea de los equipos de salud y exhorta a la autoridad sanitaria a diseñar protocolos de detección precoz de todo tipo de violencia (artículo 11, ley N° 26.485).

A fin de enfrentar la violencia como un problema de salud, se convoca a los equipos de salud a contribuir a hacerla visible. Pero como vimos en ocasiones, estos equipos sólo intervienen cuando la violencia y/o sus consecuencias resultan demasiado evidentes. Incluso cuando los signos físicos resultan innegables, registramos casos como el de Miriam, que para obtener atención y tratamiento médico adecuado debe recurrir a una segunda consulta médica y mentir sobre el origen de sus lesiones.

Mientras que en la literatura especializada proliferan extensos listados de afecciones de salud que pueden vincularse con situaciones de violencia y constituirse en marcadores o indicadores de violencia, una serie de condiciones se combinan para obstaculizar su visibilización en los servicios de salud.

La violencia no está jerarquizada como problema de salud, y esta situación dificulta el avance en el estudio y abordaje de las consecuencias que tiene para la salud integral. La escasa jerarquía que se le otorga al problema en los procesos de atención de la salud entorpece a su vez el desarrollo de mecanismos para la identificación de factores de riesgo, síntomas y signos específicos que en cada especialidad puedan ser compatibles con situaciones de violencia. En consecuencia, tanto la

capacidad diagnóstica como la eficacia de las intervenciones quedan limitadas, y las posibilidades de contribuir a morigerar las experiencias de padecimiento de las mujeres afectadas se tornan escasas.

El insuficiente conocimiento de la propia dinámica del fenómeno se puede amparar también en la consideración de que los actos de violencia intrafamiliar corresponden al ámbito privado y/o que constituyen actos naturales y legítimos (Deslandes, 2000).

Como temática, la violencia de género se encuentra ausente en la formación de grado de la mayoría de las especialidades del equipo de salud; se expone a los profesionales a enfrentar sin recursos técnicos una problemática cuyo impacto emocional es significativo. Para tratarla, en la mayoría de las instituciones, el equipo de salud cuenta sólo con elaboraciones surgidas del sentido común y la propia experiencia personal y profesional.¹ En este contexto, es comprensible que en determinadas circunstancias el equipo de salud prescinda de datos de los pacientes que puedan colocarlo frente a conflictos ético-morales,² tal como ocurre también en casos de atención a potenciales delincuentes, intentos de suicidio, interrupción de embarazos, etcétera (Deslandes, 2002).

Particularmente los/as médicas, parecen tener conciencia de que la violencia intrafamiliar es como una caja de Pandora. Abrirla no necesariamente significa poder hacerle frente. (Riquer Fernández, 2002: 102)

Se trata de un problema complejo, que está aún en proceso de constituirse en problema de salud³ y cuyas dimensiones sobrepasan el campo de la salud. En la cotidianeidad de la mayoría de las instituciones de salud, si se reconoce la violencia familiar como problema de salud, se la concibe como un área de competencia de la psicología, pero no de la medicina.

1. En un estudio realizado en la CABA, los profesionales de salud reconocen diversos obstáculos para el abordaje de situaciones de violencia, entre ellos: no disponer de datos necesarios para derivar a las víctimas (casi el 50%), falta de capacitación en la temática (57,9%), sentir que se puede hacer poco para ayudar (57,8%) y limitaciones de tiempo en la consulta (47,8%) (Alemán, 2010).
2. Diferentes formas de manejar o gerenciar el dolor en el ámbito del trabajo llegan a ocasionar violencia institucional, en nombre de la ciencia y el conocimiento técnico.
3. Operación que no parece posible de completar si no se avanza en la consideración de la salud como derecho, entendiéndola desde una perspectiva integral como proceso sociohistórico.

En la esfera del tratamiento psicológico se presenta una dificultad adicional: el requerimiento de que la persona afectada demande el tratamiento que solicita. En estos términos, la demanda implicaría el reconocimiento verbal de la experiencia de violencia. Para la obtención de tratamiento, se exige al paciente que haga claramente visible su situación y, tal como pudimos comprobar en las instancias de admisión observadas, este reconocimiento no siempre sucede.

Cabe preguntarse también por el margen de maniobra que puedan tener los equipos de salud para visibilizar la violencia, cuando muchas veces las mujeres mismas no pueden o no quieren hacerla visible. Al describir la intervención de la trabajadora social por la cual trasladan al marido de Rocío a un penal más cercano, nos interrogamos sobre qué intervención es posible cuando la mujer esconde su situación. ¿Cómo demandar a los integrantes del equipo de salud que hagan visible algo que se quiere mantener oculto?

A pesar de los numerosos avances normativos y programáticos en torno a la problemática, advertimos que la escasez de información sistemática sobre las violencias a nivel nacional se traduce, como veremos, en silencio estadístico.

La carencia de datos estadísticos sistemáticos es común a toda la región y pone en evidencia las falencias de los Estados respecto de la protección y garantía de derechos fundamentales. Las fallas en los tan necesarios mecanismos de recolección y procesamiento de información comportarían así un genocidio estadístico, en el sentido que le han dado a la noción organizaciones indígenas en su lucha contra la invisibilización estadística, operada contra sus comunidades por parte del Estado (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2009). En nuestro caso, la invisibilización contribuye en forma indirecta a la naturalización del problema.

No es casual que usemos la imagen de un enorme iceberg⁴ para representar el carácter parcial de la información que manejamos sobre violencia y que remarquemos que la mejor prevalencia estimada es probablemente subestimada. Los datos emanados de consultas y denuncias de violencia permiten obtener sólo una precaria estimación de la incidencia. Constituyen apenas la punta del iceberg y no facultan para estimar la magnitud del fenómeno. Quedan como cifra oculta (Azevedo,

4. Ya en 1963, en el campo sanitario se ha utilizado la expresión *enfermedad iceberg* para dar cuenta de que la mayoría de los síntomas no desemboca en una consulta (Fitzpatrick, 1990).

2005) de la violencia todos los casos que no llegan a las consultas o denuncias, o llegan y no son registrados.

Si bien insistimos en que la violencia no es una enfermedad, para la evaluación de su magnitud y efectos sobre la salud sería recomendable la utilización de la noción de carga oculta para la salud (Heise y Pitanguy, 1994), pues facilitaría exponer la forma en que la violencia contribuye a aumentar padecimientos e incide en los procesos de salud-enfermedad-atención. Esta noción, que comprende el conjunto de efectos que no siempre son percibidos y entendidos por los servicios y sistemas de salud, permite evidenciar los múltiples costos que acarrea la violencia, tanto a nivel personal como a nivel comunitario, familiar y social.

Retomando la cuestión de la visibilidad, ésta reaparece cuando en el ámbito del sistema judicial se analizan los modos establecidos por la racionalidad jurídica imperante para convalidar las experiencias de violencia. Para ser legitimadas como víctimas, las mujeres deben pasar por tortuosos procesos de examen. Se les requiere, a través de una revelación física o de un ejercicio narrativo, la exposición de sí mismas como sujetos sufrientes. Tal como el lector recordará en el caso de Lorena, los procedimientos para la producción de las pruebas judiciales revelaron la jerarquía que el sistema judicial otorga a la prueba visible y el desdén que muestra por las experiencias de padecimiento de las mujeres.

Respecto de la cuestión de la visibilidad, por último, destacamos el rol de los medios de comunicación. A un nivel macrosocial, cuando la violencia se hace visible, es de un modo poco cuidado. En el tratamiento que hacen del tema los medios de comunicación, abundan imágenes brutales que producen en los espectadores sensaciones ambiguas y contradictorias, que pueden llevarlos a no reconocer como auténticas las situaciones que se les presentan. El sufrimiento mediatizado implica la transformación del sufrimiento en bien de consumo y puede obstruir la capacidad de movilización de la acción social (Das, 2002). Pero por otro lado, como tan claramente lo exponen Rocío, María Paz y Lorena, ese abordaje descuidado incapacita y paraliza a las afectadas, lejos de suscitarles una toma de conciencia.

Nos preguntamos: ¿cuánto tiempo más llevará desterrar por completo la idea de crímenes pasionales?, ¿cuándo se logrará apaciguar la sed de espectáculo alrededor de la violencia de género?, ¿cómo se llegará a comprometer a los actores mediáticos para que difundan en forma permanente información sobre recursos disponibles para el apoyo y tratamiento de las y los afectadas/os por la violencia de género?, ¿cuándo se alcanzará una comunicación no sexista?, ¿cuánto tiempo más llevará

erradicar los estereotipos de género que resultan tan denigrantes como peligrosos para las mujeres y/o sujetos feminizados?

El tiempo, otro de los ejes centrales, aflora en las experiencias de las mujeres cuando analizamos el punto cero o comienzo del recorrido, la intermitencia en las trayectorias, la continuidad de los tratamientos, las exigencias familiares e institucionales y las limitaciones de las mujeres en el uso del tiempo.

La importante extensión de los recorridos (de casi una década en promedio) no parece ser reconocida por las instituciones que intervienen en ellos. Instituciones de salud, desarrollo social y Justicia se manejan de manera desarticulada y reciben a las mujeres como si ellas concurrieran por primera vez a alguna de las instancias en busca de ayuda, como si estuvieran al inicio del proceso. Los mecanismos institucionales no muestran la capacidad o el interés por considerar e integrar esas experiencias de las mujeres en el nuevo abordaje y efectivamente arrancan de cero. Las indicaciones se reiteran sin sopesar vivencias anteriores ni evaluar la expertise de las mujeres. No obstante, en ese importante lapso de tiempo, ellas han desplegado extensas trayectorias y recorrido numerosas instituciones, con una actitud que está muy lejos de ser pasiva.

Las vivencias de las mujeres en situación de violencia (al igual que las de aquellas que atraviesan otros padecimientos) adquieren una temporalidad singular ligada al gerenciamiento cotidiano del dolor, el miedo y la vergüenza. La vulnerabilidad, la muerte y la finitud adquieren allí otro significado.

En este nuevo tiempo, se producen a la vez cambios en el entorno social; los vínculos interpersonales o de soporte social tienden a deteriorarse. Las mujeres, para seguir en carrera (de afectadas⁵ por la violencia que buscan ayuda), también deberán adaptarse a nuevas exigencias que las llevarán a la reorganización de su vida cotidiana, para poder cumplir con trámites de gestión institucional y con el cuidado familiar. Al desdoblamiento de los tiempos de trabajo y la multiplicación de los espacios donde deben desplegar su actividad laboral, se les agregan nuevas tareas vinculadas a la gestión de las respuestas institucionales a la violencia. Hemos detallado profusamente las consultas realizadas en los servicios de atención, las diversas gestiones y trámites tediosos por los que debieron pasar como parte de sus trayectorias. La sobrecarga que ello implicó

5. Seguimos rechazando el uso de la palabra *víctima*.

rara vez fue tenida en cuenta por los diferentes actores institucionales involucrados en el proceso por ellas recorrido.

Con respecto al sistema judicial, puntualmente advertimos que, cuando ingresa en la vida de estas mujeres, lo hace desconociendo su capacidad de autonomía y sus necesidades. Terapia por mandato, programas de asistencia y medidas judiciales varias (exitosas o frustradas) conforman las respuestas del sector a la problemática. A través de programas que responden con una lógica compensatoria, muchas intervenciones del Estado terminan resultando normalizadoras de los modos de vida y contrarias a la defensa de la autonomía. Las compensaciones de daños se transforman así en una nueva clase de discriminación y la garantía de libertad se convierte en privación de libertad (Habermas, 1999).

En las materias jurídicas relativas a las mujeres, el paternalismo del Estado social adopta un sentido literal porque el Poder Legislativo y Judicial se orientan según modelos de interpretación tradicional que contribuyen a consolidar los estereotipos existentes acerca de la identidad sexual. (Habermas, 1999: 196)

Con la promesa de alcanzar sus derechos y velar por los de sus hijos, se somete a las mujeres a altas exigencias. Sin embargo, como se refleja en las experiencias de la mayoría de nuestras entrevistadas, la respuesta del sistema judicial arroja magros resultados. Problemas en la accesibilidad a los diferentes prestadores de servicios y desconfianza institucional atribuible a anteriores fracasos se suman a la inseguridad económica y a los miedos de separar a la familia; pasan a nutrir estos extensos e inciertos recorridos. Precisamente, el carácter cíclico de la violencia, que se manifiesta en las marchas y retrocesos permanentes que experimentan las mujeres, se vincula no sólo con los rasgos y las experiencias personales, sino principalmente con la falta de eficacia e integralidad de las respuestas.

Casilleros y la piedra que a veces cae fuera del dibujo...

Al analizar el rol de las instituciones intervinientes, observamos tanto su implicación en la producción de sufrimiento como en “la creación de una comunidad moral capaz de lidiar con él” (Das, 2002). Enfocándonos con Schutz (1979) en las instituciones de la medicina moderna,

vemos que éstas llevan adelante la tarea de reconstruir el mundo vital de los pacientes, pero... con muy poco ingenio.

La tendencia al tratamiento de los problemas de salud en términos individuales, desoyendo su carácter histórico-social y la exclusión de la población de la definición de éstos, obstaculiza un abordaje integral y promueve intervenciones con procedimientos separados y fragmentados. Allí se inscribe la medicalización de tensiones psicosociales y de desórdenes mentales, la cual constituye un inconveniente para reducir la incidencia de determinados padecimientos (Menéndez, 2003).

Entre los numerosos puntos problemáticos relativos al sector salud que desplegamos con nuestras entrevistadas, es de destacar la relación entre el abordaje psiquiátrico y las experiencias de intento o ideación suicida. No tenemos más que recordar el relato en el que Rocío describe la ingesta de sesenta comprimidos de psicofármacos suministrados por la psiquiatra que la atendía.

Sostuvimos que el uso de psicofármacos parece responder a una lógica de inmediatez, que atribuye en los trastornos mentales gran protagonismo a los aspectos biológicos y a la vez deja a la subjetividad atada al mercado. Señalamos también que, en paralelo, este modelo promueve entre las mujeres prácticas de autoatención y automedicación. Cuando estas prácticas son resignificadas y apropiadas, el modelo tiende a responsabilizarlas no sólo de los problemas que las aquejan, sino también de las soluciones que encuentran para enfrentarlos (Menéndez, 2003). En general, se ignoran las significaciones de los pacientes en torno a sus padecimientos y las expectativas que tienen sobre la atención; se les hace creer que son equivocadas e inoportunas (Deslandes, 2002).

“Ciertamente, las irracionalidades de la medicina en tanto institución social y política, a menudo contribuyen, tanto abierta como sutilmente, a la destrucción de la vida del paciente” (Schutz ápod Good, 2003: 234). De esto hablan con creces las trayectorias de las mujeres entrevistadas, quienes han transitado en forma continua por diferentes servicios de salud y obtenido respuestas similares.

A pesar de la sensibilidad de algunos servicios y la iniciativa de algunos profesionales que repiensen sus prácticas en forma permanente, como advertimos en el dispositivo estudiado, en general el modelo de atención en salud sigue mostrando una falta de reciprocidad entre el equipo de salud y las mujeres. Situación que nos lleva a colocar en el centro de la escena la relación profesional-paciente.

Retomamos con Good (2003) y Menéndez (2003) la idea de que la realidad que privilegia la biomedicina sigue siendo la biológica, y que

la premisa de la producción de salud es desplazada por una lógica de producción de procedimientos fáciles de cuantificar y de mostrar. Este predominio de la dimensión objetiva, biológica e individual en los procesos de salud-enfermedad-atención, por sobre su carácter histórico-social (Menéndez, 2003) y su componente subjetivo, ha sido suficientemente descrito como parte de un paradigma que reifica la técnica en nombre de la eficiencia. En pos de esta eficiencia, la racionalidad médico-científica hace que se reduzca a las personas a una colección de síntomas; busca objetivar la dolencia, pero termina por desvincularla del sujeto enfermo (Campos, 2006; Good, 2003). No se trata de que los profesionales médicos ignoren aspectos relativos al comportamiento y la experiencia de los pacientes, sino que los tomen como aspectos separados e independientes del objeto de la práctica médica (Good, 2003).

Por otra parte, la tendencia hacia la hiperespecialización y la fragmentación del conocimiento⁶ (Testa, 2006; Campos, 2006), que se profundiza en las últimas décadas, también contribuye a generar una disolución del compromiso de los profesionales, ya que los lleva a restringir sus responsabilidades al núcleo limitado de sus saberes y competencia de su formación original. Pierden así conocimientos medulares para contar con una visión global de los problemas que deben enfrentar (Testa, 2006).

A estos rasgos particulares de la práctica médica actual se suma la tendencia a la naturalización social de las mujeres, que como vimos se refleja principalmente en la atribución diferencial de características, oportunidades y responsabilidades en función de su capacidad reproductiva (Esteban, 2006).

En particular en el campo de las violencias, los profesionales cuentan con ciertos conocimientos específicos ligados a aspectos médicos (signos y síntomas) y quirúrgicos del trauma y a las pautas de detección. Como en todo acto de salud, el “maletín tecnológico” del que se dispone (Merhy, 2006) combina ese tipo de saberes con otro tipo de conocimiento (Deslandes, 2002) que podríamos denominar tecnologías

6. Los cambios tecnológicos que se presentan en paralelo a la creciente especialización provocan en los profesionales tanto una pérdida de la propiedad de sus herramientas de trabajo (instrumental diagnóstico y terapéutico, etc.) como de la capacidad diagnóstica (Testa, 2006) y reduce su capacidad para resolver problemas. En la medida en que cada especialista se encargue de un aspecto parcial de la intervención, ninguno asumirá la responsabilidad por el resultado del tratamiento (Campos, 2006).

blandas (Merhy, 2006). La tecnología,⁷ según la amplia definición de Merhy (2006: 33), no remite de manera exclusiva a los equipamientos y maquinarias, sino que también incluye “ciertos saberes que son constituidos para la producción de productos singulares, y hasta para organizar las acciones humanas en los procesos productivos, inclusive, en su dimensión subjetiva”.

Deslandes (2000) parte de esta conceptualización y va un poco más lejos, al plantear que los servicios de salud tenderían a contrapesar la creciente producción de “tecnologías de muerte” (conocimiento vinculado al desarrollo de armas y otros dispositivos de producción de daños) con “tecnologías de vida”, representadas tanto por avances clínicos y quirúrgicos para salvar vidas como por el desarrollo de saberes respecto al vínculo paciente-profesional (acogimiento, recepción y gestión).

En el caso estudiado, dejamos constancia de las diferentes estrategias adoptadas por la institución hospitalaria para optimizar la respuesta a las personas en situación de violencia. A lo largo de dos décadas se implementaron nuevos dispositivos de tratamiento, se desarrollaron actividades de capacitación destinadas a profesionales, se incluyó la problemática en eventos científicos destinados a diversas especialidades, se diseñaron protocolos, se implementaron encuestas de detección a usuarias del hospital, etc. Esta inusual priorización de la temática convirtió a la institución en un referente para la CABA. No obstante estos esfuerzos, los avances quedaron limitados a ciertos ámbitos institucionales más sensibles que cuentan con equipos de salud personalmente implicados y comprometidos.

Ver, actuar y registrar para cuidar

A pesar de la tecnología con la que se cuenta actualmente, los sistemas de información vigentes siguen en ocasiones desvinculados de la intervención y no logran hacer aportes significativos para el trabajo con los casos (ni a nivel individual ni comunitario). Se colectan datos con la finalidad de control de las prestaciones de los servicios, datos que

7. Las tecnologías comprometidas en el campo de la salud, para Merhy (2006), pueden clasificarse como duras (equipamientos, estructuras organizacionales, normativas, etc.), duras blandas (saberes bien estructurados como la clínica médica, la epidemiología, la clínica psicoanalítica, etc.) y las tecnologías blandas, como las que se refieren a la producción del vínculo (equipo de salud-paciente o comunidad), la autonomización, el acogimiento y la gestión.

quedan subsumidos en estadísticas generales y no suelen ser utilizados como insumo para la práctica del equipo y la gestión.

En el campo de la salud, la labilidad de los registros y el subregistro redundan en la opacidad de eventos de salud que permanecen en las sombras, a la vez que llevan a establecer análisis de situación débiles, que reducen la capacidad de comprensión de los fenómenos, y derivan en el diseño y la ejecución de prácticas institucionales inadecuadas y políticas estériles.

La precariedad del registro de los casos de violencia, entre otros mecanismos institucionales, obstaculiza su seguimiento e impide que el equipo de salud conozca el destino del paciente (si se recuperó o no) y si la intervención realizada resultó efectiva. Situación que conspira contra la asunción de responsabilidad sobre los casos y reduce la práctica profesional a una mera aplicación de procedimientos rutinarios con consecuencias devastadoras, tanto para la población como para la práctica profesional misma.

En el dispositivo estudiado, del cual destacamos su carácter, podríamos decir, contrahegemónico, advertimos sin embargo que la importante casuística que presentaba en el área de violencia sólo aparecía reflejada parcialmente. Nuestra entrada al campo logró evidenciar esta situación y promover el interés en la sistematización de los registros producidos por el Equipo de Violencia y la institución en general.

Las devoluciones sistemáticas realizadas al equipo de salud respecto a sus tareas y sus prácticas permitieron corroborar también que nuestra investigación se podía constituir en un insumo para la gestión.

Respecto al establecimiento de normativas y pautas de actuación para los casos de violencia, diremos que resulta una preocupación de quienes están a cargo de la gestión en la institución estudiada. Algunas de las normas de procedimientos y protocolos de actuación, pioneras en la temática, han dado lugar a resoluciones ministeriales y funcionan como guías para la intervención del equipo de salud.

No obstante, entendemos que limitar la intervención a la implementación de protocolos de atención podría comportar un riesgo de automatización del trabajo clínico y la pérdida de toda motivación creativa. “No hay vocación que resista a la repetición mecánica de actos fragmentarios. Trabajar en servicios de salud así estructurados llega a transformarse en un suplicio” (Campos, 2006: 107).

Podemos situarnos en el ángulo opuesto y plantear que, cuando no se cuenta con normativas a seguir y el problema (en este caso la

violencia) no está jerarquizado, el abordaje queda limitado a acciones voluntarias por parte del equipo de salud, sin un despliegue de capacidades técnicas y desarrollos institucionales adecuados.

En resumen, la respuesta de los servicios de salud a la violencia y sus consecuencias no está ligada solamente a la sensibilidad de los equipos de salud, sino que depende de las condiciones objetivas en las que se desarrolla la tarea. La resistencia de muchos profesionales a involucrarse en el tema es sólo una de esas condiciones (Riquer Fernández, 2002).

El gran desafío que se les presenta a los servicios de salud en el campo de las violencias, como en otras problemáticas, es el de dar lugar a un saber específico que corresponde al vínculo paciente-equipo de salud, a las relaciones interpersonales y a la gestión. Hace falta plantear este desafío como un eje central del quehacer profesional y no como algo accesorio por fuera de la tarea o como un problema del campo de la ética, totalmente desvinculado de la técnica.

Nos hallamos frente a una nueva paradoja: se busca que el equipo de salud se forme y se capacite en el abordaje de la violencia, pero para detectarla y realizar una intervención inicial que resguarde de oportunidades perdidas no es necesario contar con “especialistas”, sólo basta con profesionales que amplíen su mirada hacia el paciente. Tal vez no se requieran especialistas. Sin embargo, no quedan dudas de que, sin una gestión institucional que acompañe técnicamente y con firmeza el proceso, la tarea será encarada exclusivamente desde la militancia o el voluntarismo.

Como cualquier problema social

La violencia se vuelve un analizador privilegiado para pensar el trabajo en salud. Su abordaje, o mejor dicho las dificultades para su abordaje, revela las limitaciones de la racionalidad médico-científica para hacer frente a los factores no médicos que implican las situaciones de violencia. Otro tanto ocurre con diversas cuestiones de la vida social que no pueden ser fácilmente etiquetadas como enfermedades.

Al verse interpelado y “forzado” a articular una respuesta a las violencias, el sistema de salud se enfrenta, como en otras problemáticas complejas, a la imposibilidad de reducir su intervención a la atención de las dimensiones biológicas.

Nos preguntamos con Deslandes (2002) hasta qué punto es posible esperar del sistema de salud y de los profesionales algo más que la aplicación de la racionalidad médico-científica.

Siguiendo las argumentaciones de Mallearel (2012) en torno a la respuesta histórica a las epidemias y su propósito de evitar el caos, diremos que las instituciones necesitan apropiarse de aquello que se les presenta como incomprensible. La apropiación de aquello que emerge como diferente, múltiple e ininteligible parece ser una propiedad del sistema capitalista y de la ciencia moderna (el sistema capitalista se apropia de materias primas, mano de obra, cuerpos, tiempos; la ciencia, de la naturaleza).

Más aún, por alguna clase de pavor, las instituciones necesitan apropiarse de lo que se le presenta enigmático. Este enigma mueve a una apropiación política. Pero esta apropiación conduce a un saber. (Mallearel, 2012: 265)

Resulta incierto el destino de este proceso de apropiación. ¿Será posible incorporar a la violencia como objeto del sector salud, adoptando una perspectiva ampliada de salud integral? ¿Imaginamos que es viable abordarla desde diversas miradas y discursos que excedan los recortes disciplinarios? ¿Se logrará la confluencia de diferentes saberes en torno a las situaciones problemáticas? ¿Resultará viable articular alrededor de ella un trabajo interdisciplinario que construya un conocimiento situado que permita interpretar o explicar la realidad desde el propio espacio situacional?

Anfibios, se buscan

La violencia y la salud conforman un campo necesariamente interdisciplinar que, entendemos con Almeida Filho (2006), demanda agentes anfibios capaces de transitar entre distintos campos disciplinarios, formados en etapas sucesivas de entrenamiento-socialización-culturización en campos científicos que componen la salud colectiva (Almeida Filho, 2006).

Sostenemos a la vez que uno de los principales desafíos de los dispositivos institucionales que se requieren (tanto de intervención como de formación) es el de lograr correr el tema de la “defensa de la vida” del campo de la ética, para transformarlo en el eje de la tarea y responsabilidad profesional, sin dejar de lado la toma de conciencia sobre la

centralidad de la subjetividad en los procesos de trabajo y la producción de salud (Campos, 2006).

En el trabajo en salud siempre hay una subjetividad del otro directamente implicada. Es una proximidad física, interferencia sobre el cuerpo y la vida de un tercero. A veces se escucha el jadeo, se siente el sudor, se percibe el miedo o la desesperación, o la indiferencia del objeto cuidado. [...] El trabajo en salud se basa, todo el tiempo, en relaciones interpersonales. (Campos, 2006: 124)

Sugerencias

Se observa una subvaloración de la capacidad instalada por parte del equipo de salud cuando no reconoce que en el ámbito de cualquiera de sus prácticas existen diferentes posibilidades de optimizar las respuestas que necesitan las personas afectadas por la violencia familiar. Señalamos:

- Deficiencias en la producción y registro de datos sistemáticos y confiables sobre violencias.
- Escasa sistematización y centralización de datos a nivel de cada efector (de salud y de otros sectores) y de las diferentes jurisdicciones.
- Limitada capacidad de relacionar situaciones de violencia con problemas de salud-enfermedad.
- Falta de capacitación en la temática, tanto a nivel de la formación de grado como en instancias de educación continua.

Entendemos que una auténtica jerarquización de la violencia como problema de salud pública requeriría que el sector de salud tienda a:

- Incorporar las temáticas de derechos, género y violencia al diseño curricular de grado de todas las especialidades del equipo de salud.
- Desarrollar actividades de formación continua sobre las temáticas de derechos, género y violencia en el equipo de salud.
- Establecer cálculos de prevalencia de violencias en poblaciones de mujeres y describir su perfil.

- Articularse con otros sectores, documentar y cuantificar los casos de consulta en busca de atención en los diferentes efectores de salud, la Justicia, la Policía, las organizaciones de la sociedad civil, entre otros.
- Incorporar significativa y jerárquicamente la subjetividad y la experiencia de las mujeres para articular la respuesta institucional del sector.
- Contar, como instancia superadora, con una base de datos informatizada para realizar seguimiento y evaluaciones sistemáticas de desempeño, en función de los resultados de las intervenciones en las personas usuarias de los dispositivos de atención.
- Evaluar el impacto de las intervenciones de los diferentes dispositivos de atención (adherencia a los tratamientos, efectividad, etcétera).
- Explorar la relación entre criterios diagnósticos y experiencias de victimización.
- Actualizar en forma permanente información sobre las características de los servicios o dispositivos de atención en violencia familiar existentes en la región de actuación.
- Georreferenciar a los usuarios de los diferentes servicios prestadores de atención en violencia.
- Profundizar el conocimiento sobre los obstáculos que se presenten para la atención de las violencias, desde la perspectiva de las usuarias y de los propios prestadores.
- En definitiva, avanzar en procesos de capacitación y de investigación para la gestión.

Estas líneas de acción necesariamente deben enmarcarse en un diseño institucional que acompañe de manera comprometida la capacitación de los recursos humanos en salud, apostando al trabajo intersectorial y a la transferencia de conocimiento y experiencias en forma continua.

Si bien los avances legislativos se reconocen como necesarios, el problema de la violencia de género no puede ser reducido a la cuestión jurídica. Es clara la dificultad de diversos actores para asumir el difícil compromiso de transformar patrones culturales que continúan reproduciendo estereotipos de género que denigran a las mujeres. Si no se logra la reflexión de los agresores y el desmantelamiento de los valores que sustentan la agresión, la punición no garantiza *per se* mejores resultados en la convivencia social (Segato, 2012).

Yo creo que también a... por ahí, ahora me doy cuenta que... después de dos años de, de estar separada, me doy cuenta que... me cuesta por ahí entablar relaciones con otras personas. No sólo con hombres, sino con, con mujeres... como que ya siento desconfianza de todo el mundo, como que... Y por ahí, la asistente so..., la psicóloga me ayuda a... me, me va a ir ayudando, me va a ir guiando bien eh..., o preparando, para... a enfrentar otras cosas, que por ahí no es todo como, como lo que me pasó, que son cosas puntuales... que... si me va ayudando, por ahí, a salir adelante. Con esto, con los trabajos, o con otra relación futura que yo tenga, con la vida, por ahí, puede ser... todo, sí.
(Carolina)

Referencias bibliográficas

- ADISSI, G. (2012), *Salud mental en la Ciudad de Buenos Aires: un abordaje cualitativo sobre las estadísticas en el sistema público*, Buenos Aire, CCC.
- ALAZRAQUI, M., H. SPINELLI, M. ORTIZ Y D. LEV (2009), “Perfil epidemiológico de la mortalidad por homicidios, Argentina (1990-2005)”, XXVII Congreso, ALAS.
- ALEMAN, M. (2010), *Detección de violencia basada en género (VBG) en la consulta. Análisis de situación del Sistema de Atención Primaria de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*, informe final Beca Carrillo.
- ALFONSO, L. (2004), “Acerca del concepto de adherencia terapéutica”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 30 (4). Disponible en: http://bvs/sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm (última consulta: 6 de junio de 2013).
- ALMEIDA FILHO, N. (2006), “Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva”, *Revista Salud Colectiva UNLa*, N° 2 (2), pp. 123-146.
- ÁLVAREZ, A. (2006), “Guía para la atención de mujeres maltratadas Murcia”. Disponible en: <http://www.mujaresenred.net> › *Violencia de género* › *Guías* (última consulta: marzo de 2013).
- ALVES, P. (1999), “Escolha e Avaliacao de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerario terapéutico”, en P. Alves, M. Rabelo e I. Souza, *Experiência de Doença e Narrativa*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- (2006), “A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica”, *Caderno de saúde pública*, N° 22 (8), pp. 1547-1554.
- AMNESTY INTERNACIONAL (2007), “Campanha Violencia Doméstica, Problema de Estado”. Disponible en <http://www.amnesty.org> (última consulta: 5 de marzo de 2007).
- ARPINI, P. y col. (2012), “La triple jornada: ser pobre y ser mujer”, *Revista Margen*, N° 66, pp. 1-22. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen66/04_arpini.pdf (última consulta: 19 de septiembre de 2012).

- ARTEMISA PERIODISMO DE GÉNERO (2009), “Caso Graciela Aguirre destacan cobertura mediática del juicio”. Disponible en: <http://www.artemisanoticias.com.ar> (última consulta: 3 de marzo de 2009).
- ASOCIACIÓN CIVIL LA CASA DEL ENCUENTRO (2009), “Informe de Investigación sobre Femicidios en Argentina en el año 2008”. Disponible en: <http://www.lacasadelencuentro.org> (última consulta: 9 de septiembre de 2009).
- AYRES, R., J. FRANCA, G. JUNQUEIRA CALAZANS y H. SALETTI FILHO (2006), “El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos”, en Czeresnia y Freitas (orgs.), *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- AZEVEDO, M. (2005), “Ponta de Iceberg. Pesquisando a violencia doméstica contra crianças e adolescentes”, Universidad de San Pablo. Disponible en: <http://www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/iceberg.htm> (última consulta: 19 de septiembre de 2006).
- BADINTER, E. (2003), *Hombres/mujeres. Cómo salir del camino equivocado*, Buenos Aires, FCE.
- BAUMAN, Z. (2002), *La modernidad líquida*, Buenos Aires, FCE.
- BELLANI, S. y C. TEODORI (2011), “Circuitos de atención a víctimas adultas de violencia en el Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez”, Jornadas Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez, Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (1986), *El oficio del sociólogo*, Madrid, Siglo Veintiuno.
- (1990), “Una ciencia que incomoda”, *Sociología y cultura*, México, Grijalbo.
- (1993), *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa.
- (2003), *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*, Buenos Aires, Quadrata.
- (2010), *La dominación masculina*, Buenos Aires, La Página.
- BRASESCO, M. (2010), “Consumo de psicofármacos y género en la Ciudad de Buenos Aires”, Observatorio de Políticas Públicas en Adicciones GCBA.
- BURÍN, M. y col. (1990), *El malestar de las mujeres, la tranquilidad recetada*, parte II, Buenos Aires, Paidós.
- BUTLER, J. (2005), *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*, Buenos Aires, Paidós.
- (2007), *El género en cuestión*, Barcelona, Paidós.
- BUVINIC, M. (2008), “Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención”, *Pensamiento Iberoamericano*, N° 2 (1), pp. 37-54. Disponible en: <http://www.pensamientoiberoamericano.org/articulos/2/52/0/un-balance-de-la-violencia-en-am-rica-latina-los-costos-y-las-acciones-para-la-prevenci-n.html> (última consulta: 8 de abril 2009).

- BYRNES, A. (1999), “El uso de las normas internacionales de derechos humanos en la interpretación constitucional de los derechos humanos de las mujeres”, en A. Facio y col., *Género y derecho*, Santiago de Chile, La Morada.
- CAMPOS, G. (2006), *Gestión en Salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- CARBAJAL, M. (2009), “Para que no parezca un accidente”, *Página 12*, 6 de mayo de 2009. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-117668-2009-01-04.html> (última consulta: 8 de mayo de 2009).
- (2012), “Ni una mujer más quemada”, *Página 12*, 15 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-196432-2012-06-15.html> (última consulta: 17 de junio de 2012).
- (2012), “Las cifras de la violencia de género”, *Página 12*, 6 de noviembre 2012. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-207228-2012-11-06.html> (última consulta: 20 de febrero de 2013).
- CARCEDO, A. y M. SAGOT (2000), “Femicidios en Costa Rica (1990-1999)”, Instituto Nacional de las Mujeres San José de Costa Rica. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/femicidio.pdf> (última consulta: 3 de marzo de 2013).
- CARPINTERO, E. (2011), *La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto*, Buenos Aires, Topía.
- CASTEL, R. (1991), *La dinámica de los procesos de marginalización*, Buenos Aires, Topía.
- (1997), *La metamorfosis de la cuestión social*, Buenos Aires, Paidós.
- CASTRO, R. y M. BRONFMAN (1993), “Teoría feminista y sociología médica”, *Caderno de saúde pública*, N° 9 (3), pp. 375-394.
- CEDAW (2010), “Informe Anual Report”. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/CEDAWIndex.aspx> (última consulta: 18 de agosto de 2012).
- CHEJTER, S. (2007), “Nudos críticos en las políticas públicas contra la violencia y las políticas de salud en Argentina”, *Jornadas Violencia Sexualidad y Reproducción*. Disponible en: <http://www.cecym.org.ar/investigacion> (última consulta: 10 de febrero de 2008).
- CIDH (COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS) (2007), “Relatoría sobre los derechos de la mujer”. Disponible en: <http://www.cidh.org/women/acceso07/cap3.htm> (última consulta: 4 de agosto de 2012).
- CNM (CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER) (2002), “La mujer y la violencia en la República Argentina”. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar> (última consulta: 10 de marzo de 2007).
- (2007), “3° Informe de Evaluación de Resultados Información producida por Servicios usuarios del Instrumento de Registro de Casos de Violencia

- Familiar”. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar> (última consulta: 10 de marzo de 2008).
- (2011), “Repertorio de recursos y servicios de atención a mujeres en situación de violencia CABA 2010-2011”. Disponible en: <http://www.cnm.gov.ar> (última consulta: 4 de marzo de 2011).
- CONTRERAS, J.M., S. BOTT, A. GUEDES y E. DARTNALL (2010), “Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios”, *Iniciativa de Investigación sobre Violencia Sexual*, Consejo de Investigación Médica Pretoria.
- CORTÁZAR, J. (1994), *Rayuela*, Madrid, Cátedra.
- (2012), *Corrección de pruebas de Provenza*, Buenos Aires, Imprenta 2.0 de innovación grafica.
- CSJN (2011), “Mapa interactivo homicidios dolosos CABA-2011”. Disponible en: <http://www.csjn.gov.ar/investigaciones> (última consulta: 12 de octubre de 2012).
- CORTÉS, B. (1997), “Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura”, *Nueva Antropología*, vol. XVI, N° 52.
- CUEVAS, S., J. BLANCO, C. JUÁREZ, O. PALMA y R. VALDEZ-SANTIAGO (2006), “Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México”, *Salud Pública Cuernavaca*, vol. 48, N° 2, pp. 239-249. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800004&lng=es&nrm=iso (última consulta: 1 de febrero de 2009).
- DAS, V. (1995), *Critical Events: An Anthropological Perspective on Contemporary India*, Delhi, Oxford University Press.
- (2002), “Sufrimientos, teodiceas, prácticas disciplinarias y apropiaciones”, *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, Unesco, N° 154. Disponible en: <http://www.unesco.org/lissj/rics154/dasspa.html>.
- DE ÍPOLA, E. (1998), *La crisis del lazo social*, Buenos Aires, Eudeba.
- DE SOUZA SILVA, G. (2007), “Reconstruyendo o cotidiano: ruptura e normalização na trajetória de vítimas de violência sexual”, tesis de doctorado, Salvador de Bahía, Universidad Federal de Bahía.
- DESLANDES, S. (2000), “Violencia no cotidiano dos servicios de emergencia hospitalar: representações, práticas, interações e desafios”, tesis de doctorado, Río de Janeiro, Escuela Nacional de Salud Pública Osvaldo Cruz.
- (2002), *Frageis deuses: profissionais da emergencia entre os danos da violencia e a recriação da vida*, Río de Janeiro, Fiocruz.
- DESLANDES, S., R. GOMEZ y C. PASSOS DA SILVA (2000), “Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Río de Janeiro”, *Caderno Saúde Pública*, vol. 16, N° 1, pp. 129-137.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo> (última consulta: 3 de julio de 2010).

- DIEZ ROUX, A. (2008), “Genes, individuos, sociedad y epidemiología”, en H. Spinelli, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- DURKHEIM, E. (1994), *El suicidio*, Buenos Aires, CEAL.
- ECO, U. (1992), *El nombre de la rosa*, Barcelona, RBA Editores.
- ELA (EQUIPO LATINOAMERICANO DE JUSTICIA Y GÉNERO) (2009), *Violencia familiar. Aportes para la discusión de políticas públicas y acceso a la Justicia*, Argentina, Iglesias Comunicación.
- (2009), “Informe sobre género y derechos humanos (2005- 2008). Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina”. Disponible en: <http://www.ela.org.ar> (última consulta: 8 de septiembre de 2009).
 - (2010), “Informe Sombra Argentina”. Disponible en: <http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?aplicacion=app187&cnl=42&opc=15> (última consulta: 19 de agosto de 2012).
 - (2012), “Más allá de la denuncia: los desafíos del acceso a la Justicia. Investigaciones sobre violencia contra las mujeres”, Equipo de Violencia Hospital General de Agudos Dr. T Álvarez, boletín informativo. Disponible en: <http://www.ela.org.ar> (última consulta: 19 de agosto de 2012).
- ESTEBAN, M.L. (2003), “Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales”, *Congreso Internacional Sare 2003 “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”*, Bilbao, Instituto Vasco de la Mujer.
- (2006), “El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”, *Salud colectiva*, enero-abril, vol. 2, N° 1, pp. 9-20.
- FACIO, A. (1999), “Género y derecho. El uso de las normas internacionales de derechos humanos en la interpretación constitucional para el adelanto de los derechos de las mujeres”, en A. Facio y col., *Género y derecho*, Santiago de Chile, La Morada.
- (2011), “Cultura patriarcal, desigualdad y violencia contra las mujeres. Algunas reflexiones”, texto para el tercer ciclo del curso virtual de posgrado “Violencia urbana e inseguridad desde un enfoque de género”.
- FANTÍN, J. (2001), “Estudio epidemiológico sobre la variación de la demanda en salud mental en las últimas décadas”. Disponible en: <http://www.psicohospitalalvarez.org/hospitalalvarez/trabajos> (última consulta: 20 de febrero de 2013).
- FASSIN, D. (2003), “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia”, *Cuadernos de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras-UBA, N° 17, pp. 49-78.
- FAUR, E. (2003), “¿Escrito en el cuerpo?”, en S. Checa, *Género y derechos humanos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.

- FEDERACIÓN MUJERES PROGRESISTAS (2007), “Detección de la violencia de género: pautas de actuación”, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación del Gobierno de España, AECID, Fundación Alicia Moreau de Justo. Disponible en: http://www.vivirsinviolencia.gov.ar/recursos/textos/investigaciones/protocolos/pautas_actuacion.pdf (última consulta: 14 de marzo de 2011).
- FERNÁNDEZ, A. y col. (2010), “Estudio cuali-cuantitativo de la mortalidad femenina por causas externas y su relación con la violencia de género”, *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 1, N° 3, junio, pp. 18-23.
- FERRÁNDIZ MARTÍN, F. (2004), “Una mirada antropológica sobre las violencias”, *Revista Alteridades*, N° 4 (27), pp. 150-174.
- FERRER, A. (2007), “Globalización, desarrollo y densidad nacional”, en G. Vidal, *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización*. Disponible en: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/vidal_guillen/25Ferrer.pdf (última consulta: 11 de noviembre de 2013).
- FIDALGO, V. (2004), “Informe gestión Decidir Asociación Civil”, no publicado.
- FITZPATRICK, R. (1990), *La enfermedad como experiencia*, México D.F., FCE.
- FLEITAS, D. y A. OTAMENDI (2012), “Mapa de la Violencia de Género en Argentina”. Disponible en <http://www.app.org.ar/wp-content/uploads/2012/07/MapadeViolenciadeGeneroenArgentina2012-2.pdf> (última consulta: 8 de agosto de 2012).
- FOUCAULT, M. (1983), *El dispositivo en Terán O. El discurso del poder*, México D.F., Folio.
- (1984), *El discurso del poder*. México D.F., Folio.
 - (1989), *Vigilar y castigar*, Buenos Aires, Siglo XXI.
 - (2003), *Historia de la sexualidad. 1: La voluntad del saber*, Buenos Aires, Siglo XXI.
 - (2008), *El nacimiento de la clínica*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- FRANCO, S. (1990), “Violencia y salud. Elementos preliminares para pensarlas y actuar”, *Revista Universidad de Antioquia*, vol. LIX, N° 220, pp. 18-27.
- FRIEDSON, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- GALENDE, E. (2008), *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- GALIMBERTI, D. (2010), “Implementación de estrategias contra las violencias en un hospital público: de las declaraciones a la práctica”, Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez. Disponible en: <http://www.accionarcontralaviolencia.blogspot.com> (última consulta: 1 de abril de 2011).
- GAMBA, S. (2009), *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Buenos Aires, Biblos.

- GARCÍA RAGGIO, A. (1998), “Transitando por los márgenes: Las transformaciones del trabajo y el debilitamiento de la ciudadanía”, en E. De Ípola, *La crisis del lazo social*, Buenos Aires, Eudeba.
- GEERTZ, C. (1989), *El antropólogo como autor*, Buenos Aires, Paidós.
- GIBERTI, E. (2008), “Psicólogos y psicólogas en la esfera pública; circulación y tropiezos. Conferencia Inaugural del Congreso Metropolitano de Psicología”, *Página 12*, 17 de julio. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-107937-2008-07-17.html> (última consulta: 18 de mayo de 2013).
- (2010), “¡Te voy a quemar viva!”, *Página 12*, Sección Sociedad, 25 de noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/157497-50493-2010-11-25.html> [última consulta: 11 de mayo de 2011].
- (2012), “Violencia de género, una expresión colonizada y rumiante”, *Revista Imago Agenda*, N° 1, 57, pp. 3-4 y 16-18.
- (2013), “Los jueces: Muralla insalvable”. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-217007-2013-03-31.html> (última consulta: 11 de marzo de 2014).
- GIDDENS, A. (2000), *Runaway World. How Globalization is Reshaping our lives*, capítulo I “Globalización”, Marcelo Raffin (trad.), Nueva York, Routledge.
- GOFFMAN, E. (1989), *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GOOD, B. (2003), *Medicina, racionalidad y experiencia*, Barcelona, Bellaterra.
- GREEN, S. (2007), “Crime, Victimization and Vulnerability”, en S. Walklate, *Handbook of Victims and Victimology*, Nueva York, William, pp. 91-117.
- GUZMÁN, V. (2001), “La institucionalidad de género en el Estado: nuevas perspectivas de análisis. Mujer y desarrollo”, Santiago de Chile, Naciones Unidas-CEPAL-ECLAC.
- HAARR, R.N. (2010), “Suicidality among Battered Women in Tajikistan”, *Violence Against Women*, vol. 16, pp. 764-788. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/content/16/7/764> (última consulta: 5 de mayo de 2013).
- HABERMAS, J. (1999), *La inclusión del otro*, Buenos Aires, Paidós.
- HARDING, S. (1989), “Is there a feminist Method?”, en Harding (ed.), *Feminism and Methodology*, Indianapolis, Indiana University Press.
- HÉRITIER, F. (1996), *Masculino/femenino. El pensamiento de la diferencia*, Barcelona, Ariel.
- HEISE, L. y J. PITANGUY (1994), *Violence Against Women. The Hidden Health Burden*, Washington D.C., The World Bank.

- HERZLICH, C. y J. PIERRET (1988), “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”, *Cuadernos Médico Sociales*, Rosario, CESS, N° 43, pp. 21-30.
- HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DR. T. ÁLVAREZ (2011), *Revista Científica Hospital General de Agudos Dr. T. Álvarez*. Disponible en: <http://www.hospitalalvarez.org.ar/revista/001/ESTADISTICAS.pdf> (última consulta: 2 de octubre de 2011).
- EQUIPO DE VIOLENCIA FAMILIAR (2011), “Newsletter o boletín informativo”. Disponible en: Psicoalvarez.org (última consulta: 3 de agosto de 2011).
- IANNI, O. (2006), *Teorías de la globalización*, México D.F., Siglo XXI.
- INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA) (2009), “Marco conceptual para enfocar estadísticas de pueblos indígenas”. Disponible en: http://www.ine.gov.gt/np/generoytribus/documentos/Marco_conceptual_pueblos_indigenas.pdf (última consulta: 9 de marzo de 2013).
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Susana Margulies (trad.), Programa de Antropología y Salud, ICA Facultad de Filosofía y Letras-UBA, Berkeley, University of California Press.
- LAGARDE, M. (2003), “Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción”, Congreso Internacional Sare 2003 “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”, Bilbao, Instituto Vasco de la Mujer.
- (2010), “Los feminicidios son la punta del iceberg de todas las formas de violencia cotidiana contra las mujeres”. Disponible en: <http://www.deia.com/2010/05/15/mundo> (última consulta: 21 de julio de 2011).
- (2008), “Antropología, feminismo y política: violencia feminicida y derechos humanos de las mujeres”, en M. Bullen, M. y M. Mintegui (comps.), *Retos teóricos y nuevas prácticas*, Ankulegi Antropologia Elkarte. Disponible en: <http://www.ankulegi.org/actas-del-xi-congreso-de-antropologia> (última consulta: 11 de septiembre de 2013).
- LAMAS, M. (1996), “La perspectiva de género”, *Revista La Tarea*, N° 8, Guadaluajara, México. Disponible en: <http://www.latarea.com> (última consulta: 3 de marzo de 2009).
- (2006), “La perspectiva de género en material de formadores en educación sexual y prevención del VIH/sida”, Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación.
- LEMELSON, B. (2008), “Mujeres víctimas de violencia doméstica en situación de crisis. Revictimización en el ámbito médico-institucional”, tesina carrera de Especialización en Violencia Familiar, Facultad de Psicología-UBA.
- LERNER, B. (1997), “From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of non-compliance”, *Social Science & Medicine*, vol. 45 (9), pp. 1423-1431.

- LEVY, S. (2007), *Patriarcado y violencia familiar. Desnaturalizar lo Naturalizado*, Buenos Aires, Taller Gráfico Arbel.
- LOGARIS (1999), “Condiciones para la producción de transformaciones en procesos psicoanalíticos con familias derivadas del sistema jurídico” (sin publicación).
- LÓPEZ, S. y col. (2008), “Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, Colombia 2005: Estudio de corte transversal”, *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, vol. 59, N° 1, pp. 10-19. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v59n1/v59n1a02.pdf> (última consulta: 21 de julio de 2010).
- LUBERTINO, M. (2009), “CEDAW”, en S. Gamba, *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Buenos Aires, Biblos.
- LUPICA, C. (2010), *Trabajo decente y corresponsabilidad de los cuidados en Argentina*. Buenos Aires, OIT-Organización Internacional del Trabajo.
- MAFFÍA, D. (2012), “Violencia de género: avances y retrocesos”. Disponible en: <http://dianamaffia.com.ar/?cat=83&paged=4> (última consulta: 21 de julio de 2012).
- MALLEAREL, J. (2012), “La medicina. Historia, saber y poder”, en H. Palma y R. Pardo (eds.), *Epistemología de las ciencias sociales. Perspectivas y problemas de las representaciones científicas de lo social*, Buenos Aires, Biblos.
- MARGULIES, S., N. BARBER y M.L. RECODER (2006), “VIH-sida y «adherencia» al tratamiento. Enfoques y perspectivas”, *Antípoda Revista*, N° 03 (julio-diciembre), pp. 281-300. Disponible en: <http://antipoda.uniandes.edu.co/view.php/107/index.php?id=107> (última consulta: 10 de abril de 2013).
- MARTÍNEZ BENLLOCH, I. (2003), “Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres”, *Anuario de Psicología*, vol. 34, N° 2, Barcelona, Facultat de Psicologia-Universitat de Barcelona, pp. 253-266.
- MC LAUGHLIN, J. y col. (2012), “Intimate partner violence and suicidality: A systematic review”, *Clinical Psychology Review*, vol. 32, pp. 677-689. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812001158> (última consulta: 12 de julio de 2013).
- MEJÍA, R. (2005), “Violencia basada en el género”, *Evidencias. Actualización en la práctica ambulatoria*, vol. 8, N° 5, septiembre-octubre, pp. 154-156.
- MELER, I. (2012), “Para una historia de los estudios de género. La mujer, las mujeres, los varones”, *Página 12*, 26 de enero. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicología/9-186234-2012-01-26.html> (última consulta: 8 de mayo de 2013).
- (2009), “Psicoanálisis y género”, en S. Gamba, *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Buenos Aires, Biblos.

- MÉNDEZ-HERNÁNDEZ, P., R. VALDEZ-SANTIAGO, L. VINIEGRA-VELÁZQUEZ, L. RIVERA-RIVERA y J. SALMERÓN-CASTRO (2003), “Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social Morelos, México”, *Salud Pública México*, N° 45, pp. 472-482. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000404> (última consulta: 3 de septiembre de 2009).
- MENÉNDEZ, E. (1990), *Morir de alcohol*, México D.F., La Casa Chata.
- (1994), “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”, *Revista Alteridades*, N° 4 (7), pp. 71-83.
 - (2002), “El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad”, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, Bellaterra.
 - (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciencia & saúde coletiva*, N° 8 (1), pp. 185-207.
 - (2006a), “Salud y género. Aportes y problemas”, *Salud colectiva*, vol. 2, N° 1, pp. 5-7.
 - (2006b), “Desaparición, resignificación o nuevos desarrollos de los lazos y rituales sociales”, *Relaciones*, XXVII (107), pp. 147-178.
 - (2012), “Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos”, *Salud colectiva*, vol. 8, N° 1, pp. 9-24.
- MENEGHEL, S. (2007), *Rotas críticas. Mulheres enfrentando a violência*, San Leopoldo, Unisinos.
- MERHY, E. (2006), *Salud: cartografía del trabajo vivo*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- MERHY, E., L. CAMARGO y R. BURG CECCIM (2006), “Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud”, *Salud colectiva*, vol. 2, N° 2, pp. 147-160.
- MESSINA, A. (2010), “La pregunta: Taller de sensibilización en Servicio de Obstetricia FLASOG”, en L. Távora Orozco (ed.), *Investigaciones e intervenciones sobre violencia sexual desarrolladas en América Latina y el Caribe*.
- MINAYO, M. (2004), *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial,
- (2005a), “Relaciones entre procesos sociales, violencia y calidad de vida”, *Salud colectiva*, 1 (1), pp. 69-78.
 - (2005b), “Laços perigosos entre machismo e violência”, *Ciência e saúde coletiva*, vol. 10, N° 1, pp. 23-26. Disponible en: <http://www.scielo.org/scielo> (última consulta: 11 de julio de 2009).
 - (2006), “A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica”, *Ciência e saúde coletiva*, vol. 11, pp. 1259-1267. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo> (última consulta: 11 de julio de 2009).
- MINAYO, M. (org.) (2003), *Investigación social: teoría, método y creatividad*, colección Salud Colectiva, Buenos Aires, Lugar Editorial,

- MINAYO, M., S. GONÇALVES DE ASSIS y E. RAMOS DE SOUZA (2005), *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales*, colección Salud Colectiva, Buenos Aires, Lugar Editorial,
- MINISTERIO DE SALUD GCBA (2006), Resolución N° 791. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/Resolucion_CAI_y_Comites.pdf (última consulta: 3 de abril de 2010).
- MIRACCO M. y col. (2010), “Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres”, Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología-UBA, vol. XVII, pp. 59-67.
- MONFORT, F. (2012), “Más allá de la urgencia”, *Página 12*, 7 de septiembre. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-7481-2012-09-07.html> (última consulta: 8 de septiembre de 2012).
- NAJMANOVICH, D. (1995), *Temporalidad, determinación, azar*, Buenos Aires, Paidós.
- NUÑO, L. (2007), “Nudos críticos en la intervención de la violencia de género en España”, *Violencia. Sexualidad. Reproducción. Tensiones políticas, éticas y jurídicas de jornadas Violencia Sexualidad y Reproducción*. Disponible en: <http://www.cecym.org.ar/investigacion> (última consulta: 10 de febrero de 2008).
- OBERLIN, A. (2012), “Violencia de género y abusos sexuales en centros clandestinos de detención”. Disponible en: <http://www.cels.org.ar/common/documentos/Balardini-Oberlin-Sobredo.pdf> (última consulta: 1 de agosto de 2012).
- OBSERVATORIO DE GÉNERO GOBIERNO CABA (2010), “Informe 2010”. Disponible en: www.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/mujer/observatorio_genero/estadistica.php (última consulta: 11 de febrero de 2011).
- ONOCKO, R. (2008), “Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria”, en H. Spinelli, *Salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2003), “Informe mundial sobre la violencia y la salud”, publicación científica y técnica N° 588, Washington D.C., OMS.
- (2004), “Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción”. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/adherencia-largo-plazo.pdf> (última consulta: 2 de febrero de 2013).
- ONS, S. (2009), *Violencia/s*, Buenos Aires, Paidós.
- ONU (1993), “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer”, Resolución de la Asamblea General del 20 de diciembre. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca> (última consulta: 11 de noviembre de 2009).
- OROZCO GONZÁLEZ, M. y col. (2003), “Ruta crítica y percepción de la violencia intrafamiliar contra la mujer en el Consejo Popular Los Maceo”, *Medisan*, N°

- 7 (4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san02403.htm (última consulta: 2 de agosto de 2012).
- PÁGINA 12 (2011), “El relato escalofriante de la única testigo”. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-183368-2011-12-14.html> (última consulta: 14 de diciembre de 2011).
- ORTEGA, L. (1999), “Mediación en casos de violencia doméstica”, en A. Facio y col., *Género y derecho*, Santiago de Chile, La Morada.
- PANIAGUA, I. (2012), “Elementos de Diseño Óptimo Planificación de tareas. Determinación del Camino Crítico”, Facultad de Ingeniería UNLP. Disponible en: www.ing.unlp.edu.ar/dquimica/paginas (última consulta: 17 de febrero de 2013).
- PARSONS, T. (1970), *El sistema social*, Madrid, Alianza.
- PATEMAN, C. (1993), *O contrato sexual*, Río de Janeiro, Paz e Terra.
- PAUTASSI, L. (2010), “El aporte del enfoque de derechos a las políticas sociales. Una breve revisión”. Disponible en: http://www.eclac.cl/dds/noticias/paginas/7/37567/LauraPautassi_Derechos_polsoc.pdf (última consulta: 19 de agosto de 2012).
- PECHENY, M. (2002), “Vida cotidiana con VIH/sida y/o hepatitis C. Diagnóstico, tratamiento y proceso de expertización”. Disponible en: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/doc/Cedes/sspp/20025.pdf> (última consulta: 17 de mayo de 2013).
- PÉREZ SERRANO, G. (1994), *Investigación cualitativa. Métodos y técnicas*, Buenos Aires, Docencia.
- PODER LEGISLATIVO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (2011), ley N° 26.485. Decreto Reglamentario 1011/2010, Buenos Aires, CNM-PNUD.
- PONTECORVO C. y col. (2004), “Violencia doméstica contra la mujer: Una encuesta en consultorios de atención primaria”, *Medicina Buenos Aires*, vol. 64, pp. 492-496. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo> (última consulta: 11 de marzo de 2009).
- PIERRET, J. (2000), “Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales”, *Cuadernos médico-sociales*, Rosario, N° 77, pp. 35-44.
- POMBO, G. (2010), “El trabajo doméstico y de cuidados no remunerado desde la perspectiva de las mujeres del Barrio Charrúa: desigualdades y resistencias en el ámbito de la domesticidad y la reproducción”, *IDES prácticas de oficio, investigación y reflexión en ciencias sociales*, N° 6, pp. 1-15. Disponible en: <http://ides.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/artic252.pdf> (última consulta: 10 de febrero de 2013).
- (2012), “La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género”, *Revista Margen*, N° 66,

- septiembre. Disponible en: http://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf (última consulta: 3 de marzo de 2013).
- PONTIGGIA, S. y col. (2012), “Investigación a partir de datos obtenidos de las admisiones realizadas en el equipo de violencia del Hospital Álvarez”, póster Congreso AASM.
- PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD MENTAL (PIVESAM), GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (2004). Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/descripcion_pivesam.pdf (última consulta: 11 de abril de 2013).
- PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA FAMILIAR Y SEXUAL Y ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS (2009), “Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención”, Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, Provincia de Buenos Aires.
- RABELO, M., I. ALMEIDA SOUZA y P. ALVES (2012), *Trajetórias, sensibilidades, materialidades: experimentações com a fenomenologia*, Salvador de Bahía, EDUFBA.
- RAMÍREZ, C. y col. (2005), “La percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal”, *Revista de salud mental Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*, vol. 28, N° 4, pp. 66-73.
- RAMOS, S. y col. (2004), “Para que cada muerte materna importe”, Buenos Aires, CEDES.
- RAPPAPORT, J. (2007), “Más allá de la escritura: la epistemología de la etnografía en colaboración”, *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 43, pp. 198-228.
- RED METROPOLITANA DE SERVICIOS DE VIOLENCIA (2009), “Jornada Violencia, logros fortalezas y dificultades de Red Metropolitana de Servicios de Violencia”. Disponible en: http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/s_mental/archivos/jornada_violencia_sm.pdf (última consulta: 3 de abril de 2013).
- RECODER, L. (2011), *Vivir con HIV-sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*, Buenos Aires, Biblos.
- REVIERE, S. (2010), “Intimate partner violence and suicidality in Low-income in African and American Women”, *Violence Against Women*, N° 13, pp. 1113-1129. Disponible en: <http://vaw.sagepub.com/content/13/11/1113.refs.html> (última consulta: 6 de mayo de 2013).
- RIQUER FERNÁNDEZ, F. (2002), “Salud y violencia de género: el relato de un intento de acercamiento”, en M. Gogna, *Experiencias innovadoras en salud reproductiva*, Buenos Aires, CEDES.

- ROJAS, M. (2013), “De pensar la «violencia contra la mujer» a pensar las «violencias»: ¿Qué violencias se abordan en el sector público de salud de la CABA”, resumen de resultados, maestría en Género, Sociedad y Políticas, Flacso.
- RUBIN, G. (1986), “El tráfico de mujeres: notas sobre la «economía política» del sexo”, en Navarro y Stimpson (comps.), *¿Qué son los estudios de mujeres?*, Buenos Aires, FCE.
- SAGOT, M. (1998), “Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar”, protocolo de investigación, Washington D.C., OPS.
- (2000), “La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina”, Washington D.C., OPS.
- SAMAJA, J. (2004), *Epistemología de la salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- SARTI, C. (2009), “Corpo, violência e saúde: a produção da vítima”, *Sexualidad, salud y sociedad revista latinoamericana*, N° 1, pp. 89-103. Disponible en: <http://www.sexualidadsaludysociedad.org> (última consulta: 6 de junio de 2013).
- SARTI, C., R.M. BARBOSA Y M. SUÁREZ (2006), “Violência e gênero: vitimas demarcadas”, *Physis: revista de saúde coletiva*, N° 16 (2), pp. 167-183.
- SCHUTZ, A. (1979), “Bases da fenomenologia”, *Fenomenologia e relações sociais*, Río de Janeiro, Zahar Editores.
- SCOTT, J. (1999), “El género: una categoría útil para el análisis histórico”, en Navarro y Stimpson (comps.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, Buenos Aires, FCE.
- SEGATO, R. (2003), *Las estructuras elementales de la violencia*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.
- (2004), “Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: La escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez”, *Serie antropología*, 362, Universidad de Brasilia.
- (2012), “Femigenocidio y feminicidio: una propuesta de tipificación”. Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-49/femigenocidio-y-feminicidio-una-propuesta-de-tipificacion> (última consulta: 12 de mayo de 2012).
- SEVERINI, S. (2005), “Las particularidades de la memoria”, en H. González, *La memoria en el atril*, Buenos Aires, Colihue.
- SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER (2009), “Análisis y evaluación de la ruta crítica de mujeres afectadas por la violencia en la relación de pareja”, documento de trabajo 107, Santiago de Chile, María Causa Vera. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/Ruta_Critica_de_mujeres_con_Violencia_SERNAM.pdf (última consulta: 2 de agosto de 2012).

- SOUZA SILVA, G. (2007), “Reconstruindo o cotidiano: ruptura e nomalização na trajetória de vitimas de violencia sexual”, tesis de doctorado, Salvador de Bahía, Universidad Federal de Bahía.
- (2012), “Corpo e tempo na experiência de recomposição do cotidiano de mulheres em situação de violência sexual”, en M. Rabelo y col., *Trajetórias, sensibilidades, materialidades: experimentações com a fenomenologia*, Salvador de Bahía, EDUFBA.
- SPINELLI, H. (2005), “Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, seminario VI, Buenos Aires, CEDES.
- (2007), “Políticas de salud”, apuntes de clase de materia Planificación y Políticas, maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús (sin publicación).
- (2008), “La violencia como problema de salud pública”, en H. Spinelli (comp.), *Salud colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- STOLKINER, A. (1994), “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental”, *Políticas en salud mental*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- SUÁREZ, M. (2004), “Provocando la reflexión sobre el discurso de la violencia contra la mujer”, Brasilia, Agende. Disponible en: http://www.agende.org.br/dados_pesquisas/violencia (última consulta: 10 de marzo de 2008).
- TAJER, D. (2006), “Ruta crítica de la salud de las mujeres. Integralidad y equidad de género en las prácticas de salud de las mujeres en la Ciudad de Buenos Aires”, *Anuario de investigaciones*, Facultad de Psicología-UBA, vol. XIV, pp. 251-258.
- TEODORI, C. (2000), “Alteraciones en el lazo social. De la sociedad preindustrial a la sociedad posindustrial: una mirada desde Durkheim”, en S. Severini (org.), *Fragmentación social y desprotección de las personas*, Buenos Aires, Del Signo.
- (2006), “La dimensión social del uso de drogas”. Disponible en: www.salud-ciudad.com.ar (última consulta: 3 de julio de 2007).
- TESTA, M. (2006), *Pensar en salud*, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- TODOROV, T. (2009), *Frente al límite*, México D.F., Siglo XXI.
- TORRES TORIJA, C. y M.C. LARA MUÑOZ (2002), “Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica”, *Salud mental*, pp. 2527-34. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262504> (última consulta: 9 de abril de 2013).
- TRAVASSOS, C. y M. MARTINS (2004), “Uma revisão sobre os conceitos de acesso à utilização de serviços de saúde”, *Caderno saúde pública*, N° 20, pp. 190-198.

- UNFPA (2008), “Guía técnica para la atención de partos culturalmente adecuados”, *Un enfoque cultural en la atención familiar*. Disponible en: <http://www.medicos-municipales.org.ar/titu100907.htm> (última consulta: 10 de octubre de 2011).
- (2012), “La «ruta crítica» de acceso a la Justicia de las mujeres víctimas de violencia de género”, *Boletín UNFPA*, N° 24. Disponible en: <http://venezuela.unfpa.org/doumentos> (última consulta: 10 de octubre de 2012).
- URQUÍA, M. (2006), “Teorías dominantes y alternativas”, *Epidemiología*, Lanús, Ediciones UNLa.
- VAINER, A. (2008), “El analista en equipo. Un obstáculo transferencial”. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/el-psicoanalista-en-equipo-un-obst%C3%A1culo-contratransferencial> (última consulta: 20 de octubre de 2011).
- VELAZCO ARIAS, S. (2006), *Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer.
- VIAR, J. (2011), “El seguimiento de los trámites de denuncia por violencia familiar: ¿qué hacer con los agresores que quebrantan continuamente las medidas proteccionales?”, III° Jornadas Nacionales de Asistencia a la Víctima, septiembre.
- VILCHEZ, A. (2012), “La regulación del delito de femicidio/feminicidio en América latina y el Caribe”, Secretariado de la Campaña del Secretario General de las Naciones Unidas ÚNETE para poner fin a la violencia contra las mujeres. Disponible en: http://www.un.org/es/women/endviolence/pdf/reg_del_femicidio.pdf (última consulta: 9 de septiembre de 2014).
- VIODRES, S. (2010), “Violência sexual contra a criança: estratégias de Enfrentamento adotadas pelas mães”, *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, vol. 44, N° 3, pp. 560-570.
- VIVES-CASES, J. y col. (2009), “The effect of television news items on intimate partner violence murders”, *European Journal of Public Health*, vol. 19, N° 6, pp. 592-596.
- WALKER, L. (2009), *The Battered Woman Syndrome*, Nueva York, Springer.
- WHO (2003), “Informe mundial sobre la violencia y salud”, *Boletín Publicación Científica y Técnica*, 588, Washington D.C.
- YNOUB, R. (1998), “Caracterización de los Servicios de Atención en Violencia Familiar del área metropolitana de Buenos Aires, Argentina”, *Caderno de saúde pública*, vol. 14, N° 1, pp. 71-83. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n1/0127.pdf>.
- ZALDÚA, G. (1999), *Violencia y psicología*, Buenos Aires, Eudeba.