

Artículos seleccionados

Abordajes de violencia de género en salud mental: desafíos y estrategias desde el trabajo social.

Valentina Losso^a

Fecha de recepción:	7 de marzo de 2025
Fecha de aceptación:	19 de mayo de 2025
Correspondencia a:	Valentina Losso
Correo electrónico:	valentalosso3@gmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

Resumen:

El presente trabajo surge en el marco del primer año de la residencia de Trabajo Social en un Hospital monovalente de CABA. El interés por el tema nace de haber abordado situaciones de violencia de género con equipos interdisciplinarios en un dispositivo ambulatorio de salud mental, donde surgieron interrogantes a la hora de intervenir. El escrito articula fragmentos de experiencia práctica con desarrollos teóricos. Para ello, se realiza una revisión crítica del marco normativo vigente, haciendo principal hincapié en la Ley N° 26.657 y la Ley N° 26.485, de las políticas públicas vigentes en materia de violencia de género y salud mental. Se analizan datos epidemiológicos sobre la problemática y sus efectos sobre la salud mental, así como también las dificultades que trae el subregistro de las situaciones de violencia de género en el ámbito de la salud. Algunas de las categorías que atraviesan las reflexiones y los interrogantes de este trabajo son riesgo y autonomía. En las conclusiones, se destaca la importancia de trabajar con perspectiva de género desde una mirada interseccional que nos permita analizar la problemática desde un enfoque integral que comprenda su complejidad. Además, se pone en valor el trabajo a través de una red intersectorial de instituciones y organizaciones sociales, así como también con la red de socio-familiar.

Palabras clave: Salud Mental - Violencia De Género - Trabajo Social.

Summary

This work is the result of the first year of a social work residency in a psychiatric hospital in the city of Buenos Aires. The interest in this topic arises from the experience of addressing situations of gender-based violence within interdisciplinary teams in an outpatient mental health facility, where various challenges were encountered during interventions. This paper integrates fragments of practical experience with theoretical developments. To this end, a critical review of the current regulatory framework is conducted, with an emphasis on Law No. 26.657 and Law No. 26.485, as well as on current public policies regarding gender-based violence and mental health. Epidemiological data on this issue and its effects on mental health are analyzed, along with the challenges posed by the underreporting of gender-based violence cases within the healthcare sector. Some of the key categories that frame this study are risk and autonomy. Finally, the importance of adopting a gender perspective from an intersectional approach is highlighted, as this allows for a comprehensive analysis of the issue while considering its complexity. Additionally, the significance of working with a socio-family network and an intersectoral network of institutions and social organizations is emphasized.

Key words: Mental Health; Gender-Based Violence; Social Work.

Introducción

Este trabajo fue desarrollado en el marco de mi primer año de residencia de trabajo social en un Hospital monovalente de CABA. El mismo se constituye como un trabajo analítico sobre algunas de las intervenciones que tuvieron lugar en el dispositivo ambulatorio de Consultorios Externos de dicho Hospital. Las temáticas que atraviesan este escrito se enmarcan en el campo de la salud mental y género, más específicamente el abordaje de situaciones de violencia de género en tratamientos ambulatorios de salud mental.

Durante mi rotación en este dispositivo ambulatorio, he participado en diferentes entrevistas de admisión, interconsultas y tratamientos interdisciplinarios. De los/as usuarios/as que atendí, la mayoría han sido mujeres cis adultas de diferentes edades. Muchas de las cuales han relatado, con el correr de las consultas, diferentes situaciones donde sufrieron violencia de género. Haber observado esto y encontrarme con diversas dificultades en la intervención me motivó a escribir sobre esta temática. Si bien cada situación es singular, hay cuestiones transversales en los relatos de las usuarias.

Este escrito se organiza en cinco apartados. Iniciando por una revisión del marco normativo y las políticas públicas vigentes, así como también sobre un recorte de

datos epidemiológicos sobre el tema. Luego, a partir de una viñeta clínica, se analizan los posibles abordajes de situaciones de violencia de género con usuarias de tratamientos por salud mental, tomando categorías como riesgo, autonomía, interseccionalidad, entre otras.

Además, se aborda la necesidad de trabajar desde equipos interdisciplinarios y con redes intersectoriales, así como también el trabajo articulado con la red sociofamiliar de las usuarias. Por último, se plantean interrogantes que surgen de la práctica como residente de Trabajo Social en un servicio ambulatorio de salud mental.

Marco normativo y políticas públicas

En primer lugar, en relación al campo de salud mental, es posible mencionar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y la Ley básica N° 153/99 de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

La Ley 26.657 define a la salud mental como un "proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (2010, Art. 3). Así, plantea una nueva definición del concepto de salud mental entendido como un proceso dinámico y multideterminado. Dicha ley, en el artículo 8 y 9, hace referencia a cómo debe ser el proceso de atención en salud mental. Especifica que debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, terapistas ocupacionales, enfermeros/as, entre otras. Además, debe priorizarse que la atención sea desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial que se alíe con los principios de la atención primaria a la salud (APS). Por otro lado, la ley hace referencia a que la internación hospitalaria es una medida restrictiva, de carácter excepcional y que debe ser lo más corta posible dentro de los criterios terapéuticos. En este sentido, impulsa un cambio significativo que busca evitar las internaciones compulsivas, la vulneración de derechos y restricción a la autonomía de las personas con padecimientos mentales.

En segundo lugar, la Ley Nacional 26.529, sancionada en 2009, regula los derechos del paciente en relación a su autonomía y a la información que debe recibir sobre los procedimientos y tratamientos a los que será sometido/a. Esta ley cobra particular relevancia en el campo de la salud mental, ya que las personas con padecimientos mentales han sido históricamente limitadas en el ejercicio de su ciudadanía y la toma de decisiones sobre sus tratamientos.

Por su parte, la Ley N°448 de Salud Mental de CABA, sancionada en el año 2000, tiene puntos en común con la Ley Nacional, principalmente en relación al tratamiento y toma de decisiones en manos de los equipos interdisciplinarios, aunque a diferencia de esta no especifica qué disciplinas deben integrar los equipos.

En relación a las políticas públicas, existen algunos recursos que actualmente permanecen vigentes y con los que trabajamos cotidianamente en tratamientos ambulatorios por salud mental. Algunos de ellos son: el Certificado Único de Discapacidad (CUD), la pensión no contributiva por invalidez, pensión por hijo con discapacidad, la pensión derivada, entre otras. Sin embargo, no hay suficientes políticas públicas enfocadas en una perspectiva de salud mental comunitaria tal como lo contempla la Ley 26.657. Desde su reglamentación, no se destinaron recursos para crear nuevos dispositivos territoriales basados en los principios de APS, en línea

con el proceso de desmanicomialización que propone dicha ley. En este sentido, es posible decir que si bien la ley implicó un avance significativo en materia legislativa, algunos de los derechos que la misma proclama aún se encuentran vulnerados (en parte) por su falta de implementación.

La Ley Nacional de Salud Mental explícita que el Estado debe promover, a través de sus instituciones, la implementación de acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Sin embargo, la falta de dispositivos ambulatorios y territoriales se constituye actualmente como una barrera de acceso a la atención y tratamiento por salud mental. La misma es una problemática creciente debido al aumento de demanda en CABA y la falta de políticas dirigidas a la atención en salud mental. También es posible detectar la falta de hogares, refugios y casas de medio camino, lo que en muchas ocasiones se convierte en una barrera para evitar internaciones y para concretar externaciones de los/las usuarios/as.

Por otro lado, la problemática de violencia de género está regulada en el plano internacional por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) de 1979, que incorporada por Argentina en 1994 con la reforma constitucional, así como también la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará), sancionada en Brasil en 1995.

En línea con las convenciones, la Ley 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, desarrolla una definición de violencia contra las mujeres entendida como:

Toda conducta, por acción u omisión, basada en razones de género, que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, en el espacio analógico digital, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, participación política, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. (2009:Art. 4)

Además, establece en su artículo 5 los tipos de violencia por motivos de género que reconoce la ley, y sus moda-

lidades en el artículo 6. Entendidas estas últimas como las formas en las que se manifiesta la violencia según en qué ámbitos puede desarrollarse la misma. También establece las bases para la creación de políticas públicas, las instituciones y dispositivos que deben abordar con la problemática. La ley enuncia la necesidad de atender la problemática desde equipos interdisciplinarios y trabajar desde el ámbito comunitario a través de redes intersectoriales.

Respecto a las políticas públicas sobre violencia de género, es posible mencionar el Programa Acompañar y el programa Producir, así como también algunos hogares y refugios dependientes de CABA. Algunos de los dispositivos que trabajan la problemática que se abocan a la denuncia, el asesoramiento y el acompañamiento son: Los Centros Integrales de la Mujer (CIM) en algunas comunas de CABA, se dedican a acompañar, asesorar y brindar información a mujeres víctimas de violencia por motivos de género. En dicho dispositivo hay terapias individuales, patrocinio jurídico, grupos terapéuticos, entre otros. La Oficina de Violencia Doméstica (OVD), dependiente de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, funciona las 24hs, brinda información y orientación sobre la problemática en el ámbito de CABA y sobre trata de personas con fines de explotación sexual o prostitución en todo el país. También reciben y acompañan el proceso de denuncia, realizan informes de riesgo y diferentes informes con estadísticas sobre estas problemáticas. Por último, la línea 144, que también funciona las 24 hs desde todo el país, brinda atención a mujeres y personas LGBTIQ+ que atraviesan situaciones de violencia de género y la línea 137 destinada a víctimas de violencia familiar y sexual.

Luego de este repaso, resulta fundamental situar el momento en el que se escribe este trabajo, caracterizado por el desmantelamiento de las instituciones del Estado y de las políticas públicas de nuestro país. En lo referente al tema elegido, cabe mencionar que con la asunción del presidente Javier Milei, se eliminó el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad y se redujo a una subsecretaría que depende en una primera instancia del Ministerio de Capital Humano y luego del Ministerio de Justicia. La misma se llamó Subsecretaría de Protección contra la Violencia de Género y fue finalmente disuelta por completo el 6 de junio de 2024. Esto significa un retroceso, ya que por primera vez desde 1992 el país quedó sin una entidad responsable de la promoción y ejecución de políticas públicas que aborden esta problemática. Además, hubo despidos masivos del 80% de las

personas que trabajaban en los programas y algunos de los dispositivos anteriormente descritos.

Estos sucesos incumplen con lo que establece la Ley 26.485 en su artículo 8, que dispone que el Consejo Nacional de la Mujer debe encargarse del diseño de políticas públicas que aborden la violencia de género, y en su artículo 9 describe las facultades que debe tener esta institución. Además, incumple el artículo 11 de la misma ley donde enuncia que el Estado Nacional debe impulsar políticas públicas contra la violencia por motivos de género. Si bien antes de estos sucesos había políticas públicas que abordan la problemática, las mismas eran insuficientes. Principalmente en lo referente a dispositivos de tratamiento y acompañamiento, hogares y refugios para mujeres, así como también instituciones que trabajen con varones que ejercen violencia y sobre prevención.

El mismo proceso de despidos y quita de recursos ha sufrido la Agencia Nacional de Discapacidad (AN-DIS) y el ex ministerio de desarrollo social. También se han cerrado algunos Centros de Acceso a la Justicia y Centros Integrales de la Mujer. Ante este desmantelamiento institucional, caracterizado por despidos masivos, reducción de presupuesto y recursos, resulta incierto qué sucederá con las políticas anteriormente descritas.

Datos epidemiológicos

Existen diferentes documentos que revelan datos estadísticos sobre la problemática de violencia de género en nuestro país, a continuación haré referencia dos de ellos con el fin de aportar al análisis del presente trabajo. Por un lado los informes que desarrolla la OVD de forma trimestral y anual correspondiente al territorio de CABA. Respecto al informe del último trimestre, el mismo refleja que se han atendido 4.430 personas en total de las cuales 2.013 fueron solo consultas informativas. Es decir que más de la mitad de las personas atendidas no continuaron con el proceso judicial.

De las personas que realizaron presentaciones 71% eran mujeres. Respecto a la evaluación interdisciplinaria del nivel de riesgo en el que se encontraban las personas que denunciaron, el informe indica que el 29% era riesgo altísimo y alto, 60% medio y moderado y 11% bajo. El 53% de las personas atendidas fueron orientadas a consultar al sistema de salud.

También esta disponible la encuesta de prevalencia de violencia contra las mujeres del 2021 del ex Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad en la cual se relevó información sobre diferentes centros urbanos de 12 provincias. En rasgos generales la misma revela que el 45% de las mujeres cis encuestadas manifiestan haber atravesado violencia de género de algún tipo.

En los resultados de la encuesta se detallan las consecuencias de la violencia en la salud y bienestar de las mujeres, destacando principalmente las consecuencias negativas en la salud mental (depresión, angustia, miedo, etc). Al respecto los resultados indican cifras alarmantes:

Casi el 30% de quienes vivieron situaciones de violencia ejercidas por una expareja y el 10% de quienes las atravesaron por parte de una pareja actual reportaron la falta de deseo de seguir viviendo. Asimismo, cabe señalar que estas consecuencias son más frecuentes entre quienes atravesaron violencia física por parte de una expareja. (Ex Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, 2021.p.6).

Por otro lado, resulta difícil de cuantificar las intervenciones realizadas sobre la problemática de violencia de género; es decir, que existe un subregistro de las mismas. Esto se debe, en parte, a que en muchas ocasiones los motivos de consulta iniciales se vinculan estrictamente a padecimientos de salud mental y luego, durante el transcurso de las consultas, comienzan a develarse situaciones de violencia que han atravesado las usuarias. Por otro lado, la historia clínica electrónica, si bien tiene beneficios, sobre este punto presenta un limitante vinculado al tema de la confidencialidad. En ocasiones no se documenta en detalle las situaciones de violencia abordadas y/o se restringe el acceso a dicha evolución con el fin de resguardar a la usuaria. En este sentido, no hay una estadística certera de las situaciones de violencia de género en las cuales se ha intervenido en el dispositivo de CCEE.

La violencia de género es considerada una problemática social, ya que la misma es el resultado de la opresión y discriminación a un grupo social que es percibido como inferior. En este sentido, esta problemática realiza un movimiento del ámbito privado al ámbito público, que requiere de intervención y acompañamiento. Poder medir la prevalencia de la problemática mediante un registro resulta fundamental como instrumento para dar cuenta de la magnitud de la misma a nivel epidemiológico.

Así, el subregistro se constituye como una forma de invisibilización de la problemática, impidiendo que se traduzca a una demanda concreta en torno a la misma. Como equipos de salud, debemos buscar estrategias para superar el subregistro y generar datos que nos permitan dar cuenta las múltiples dimensiones de la problemática, para pensar estrategias de abordaje.

Viñeta

Martina tiene 35 años. Comenzó a atenderse por guardia por presentar sintomatología ansiosa y afectiva mixta. Realizó un seguimiento en dicho dispositivo durante cuatro meses, momento en el que se inició el proceso de admisión en CCEE del mismo efector. Desde que realizamos la admisión, la presentación de Martina y su discurso desorganizado hacían que sea difícil ordenar y comprender su historia. Según lo que se pudo reconstruir a través de la escucha en las entrevistas, su vida había sido atravesada por sucesivas mudanzas, viajes y vínculos violentos a los que ella llamaba “tóxicos”. En la reconstrucción de su trayectoria vital había una variable que se hacía presente en gran parte de la misma, la violencia.

La familia de Martina está compuesta por su padre y su madre, dos hermanos que viven en el exterior y su hermana. Al momento de la admisión, se encontraba distanciada de toda su familia, con quien no mantenía comunicación. Su niñez había sido signada por la violencia, principalmente proveniente de su padre, que era un militar retirado con diagnóstico de bipolaridad que, según Martina, se encontraba sin tratamiento. Ella se mudó de la casa donde se crió, aproximadamente a sus 20 años, y desde allí tuvo un vínculo intermitente con su familia. Al momento de comenzar su tratamiento, presentaba una escasa red socio afectiva.

Su historia se había caracterizado por mudanzas repentinas que no se vinculan con razones económicas ni proyectos personales. Martina había vivido en diferentes países, provincias, ciudades y barrios, parecía que ningún lugar la hacía sentir cómoda aunque añoraba encontrarlo. Al momento de iniciar el tratamiento, se encontraba viviendo en lo de una pareja de adultos mayores que había conocido de forma casual seis meses antes a través de uno de sus trabajos informales.

Con el correr de las consultas, fue relatando diferentes vínculos de pareja que tuvo desde que comenzó su adultez, los cuales definió como “intensos” o “tóxicos”, en

donde se podía leer diferentes situaciones de violencia psicológica y física. En algunas ocasiones, ella problematizaba estos vínculos refiriendo que quería "sanar" y alcanzar lo que llamaba su "verdadero ser", algo que estos vínculos le había arrebatado.

Durante todo el tratamiento el trabajo con el equipo tratante fue caracterizado por la continua comunicación, por la complejidad de la situación que estaba atravesando la usuaria y su sintomatología aguda. Durante el mismo se buscó abordar la problemática habitacional, laboral y vincular que la usuaria traía a las consultas. Mientras se encontraba en tratamiento, comenzó a entablar un vínculo de pareja con un hombre que vivía en la puerta del hospital, quien se encontraba en situación de calle y había sido expulsado de la institución por haber ejercido violencia en reiteradas ocasiones contra profesionales y pacientes. Desde el comienzo del vínculo, Martina refirió que él era muy "intenso" y al indagar comenzaron a aparecer situaciones donde él ejercía violencia psicológica contra ella. Esta situación que fue escalando, sumado a la exposición a diferentes situaciones de riesgo que iba relatando en las consultas, comenzaron a alarmar al equipo tratante. Ella parecía problematizar este vínculo y se había decidido a dejarlo luego de varias escenas de violencia verbal y psicológica en la vía pública.

En una de las consultas en el espacio de trabajo social, ella relata que habían ido a una obra en construcción en la que él trabajaba. Allí, comienza a describir una escena escalofriante, en donde él la amenaza con tirarla por el balcón de dicha obra en construcción, la empuja e intenta violarla. Ella logra escapar aterrorizada y vuelve a la casa de sus padres (con quienes se estaba re vinculando). Luego de ese suceso, Martina expresa que había decidido separarse definitivamente; sin embargo, se la notaba abrumada y agotada. En ese momento Martina había restablecido el vínculo con su hermana, quien estaba acompañando el tratamiento y tenía conocimiento de la situación de violencia que su hermana estaba atravesando. El mismo día por la tarde Martina se encontró con su agresor, quien la violó y la golpeó. A los pocos días Martina fue internada de forma voluntaria en la guardia del mismo efector por la agudización de la sintomatología de su padecimiento de salud mental y es derivada por su prepa.

Durante su tratamiento, se indicó realizar varias consultas semanales y controles por guardia en paralelo. La flexibilidad de los dispositivos y que parte del equipo tratante realizará su rotación por la guardia, nos permitió

que el tratamiento de Martina se mantuviera de forma "híbrida". Las situaciones de riesgo a las que se exponía la paciente propiciaron que por momentos presente criterios para atenderse en un dispositivo de urgencias que la expulsaba y frente al cual debíamos construir una estrategia desde lo ambulatorio.

Posibles abordajes en un hospital monovalente

Respecto al dispositivo ambulatorio de consultorios externos, en el mismo se realizan tratamientos interdisciplinarios presenciales con equipos integrados por profesionales de trabajo social, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría.

A partir de haber abordado esta problemática en este servicio, surgen preguntas en torno a cómo intervenir cuando la persona consultante se encuentra en un momento agudo de su padecimiento, sin recaer en intervenciones que limiten su autonomía. Durante el tratamiento, Martina se había expuesto a sucesivas situaciones de riesgo, aunque no categorizadas como riesgo suicida, lo que había imposibilitado la concreción de una internación. En relación a esto, las categorías de riesgo, autonomía y cuidado se presentan como un desafío en cada situación a abordar.

Respecto a la categoría de riesgo en salud mental, la Ley 26.657 lo define como el criterio que determina las internaciones involuntarias por salud mental, entendida como una medida restrictiva y excepcional, cuando se hayan agotado todas las instancias terapéuticas previas. Es importante detenernos en este punto para referirnos a la evaluación de riesgo desde una perspectiva integral, no sólo vinculado a un cuadro clínico. Sino también en relación a los determinantes sociales de la salud que forman parte de las situaciones en las que intervenimos. Entendiendo a los padecimientos mentales como procesos multideterminados, indagar y considerar las condiciones materiales de existencia juega un rol central a la hora de abordar cada situación singular.

En relación a la categoría riesgo es interesante incorporar el concepto de "dignidad del riesgo", que surge de la mano del modelo social de la discapacidad, como nuevo paradigma que tiene como antecedente la lucha de los movimientos sociales por los derechos de las personas con discapacidad. Sobre esta categoría Robert Perske expresa a comienzos de los '70:

La sobreprotección puede parecer amable en la superficie, pero puede ser muy mala. Puede asfixiar emocionalmente a la gente. Exprimir sus esperanzas y despojarlas de su dignidad. La sobreprotección puede impedir que la gente se convierta en lo que debería ser. Por otro lado, el riesgo es real porque no se sabe de antemano si una persona va a tener éxito. El mundo real no siempre es seguro y predecible. (Basz, S/F).

Basz (2011) retoma este concepto desde el campo de la salud mental y lo vincula a las categorías de autonomía y estigma. El autor entiende que “la dignidad del riesgo supone una redefinición de los derechos humanos, tanto con respecto a la diversidad como en el acceso a los recursos materiales necesarios para el desarrollo de los propios talentos” (p.191). La propuesta del Basz trata de hacer partícipes activos a los/as usuarios/as de sus tratamientos, exigiendo información, participando de la construcción del diagnóstico y de la toma de decisiones. Retomando la situación de la viñeta, durante el tratamiento de Martina el equipo se ha cuestionado si era posible abordar su forma de circular en el mundo, específicamente en relación a su exposición repetida a situaciones de riesgo, no vinculadas únicamente a la violencia de género. ¿Estas conductas estaban asociadas a la agudización de su sintomatología o había construido esa forma de circulación social durante toda su adultez? Realizar una escucha activa fue clave para poder dar lugar a cuestiones vinculadas al deseo de Martina como quería vivir y que situaciones ella podía problematizar.

Entender a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados como procesos multideterminados, situados en un contexto particular permite reconocer la compleja trama de entrecruzamientos que se ponen en juego en las situaciones que se presentan en el hospital. Si nos posicionamos desde una perspectiva de salud integral, de acuerdo con Tajer (S/F) es necesario pensar a la salud como una interrelación.

Pombo (2019) entiende el concepto de interseccionalidad como categoría teórico-metodológica que capta las múltiples relaciones de poder que construyen opresión sobre los sujetos. Estas relaciones de poder son productoras de violencias, desigualdades y discriminaciones hacia ciertos segmentos de la sociedad. Para la autora los patrones como clase social, raza, etnia y género deben ser situados geopolíticamente, teniendo en cuenta los procesos históricos, políticos y culturales en los que se

enmarcan, como también los contextos particulares en los que tienen lugar.

La categoría interseccionalidad, por interactuar con el contexto adquiere un carácter dinámico, al respecto Clemente (2018) expresa:

Las formas de opresión interaccionarían entre sí y con su contexto concreto, de manera que determinadas prácticas de dominación emergerían en determinados contextos y no en otros. Habría ciertos privilegios y vulnerabilidades, que se activarían o no, en función del contexto y se reactualizarían de forma específica en la vida de las personas. (p. 255).

El género como constructo social interactúa entonces con otros ejes de opresión, y se encarna en la subjetividad de los sujetos. Según la autora uno de los puntos claves de la interseccionalidad es “que la interacción de los ejes de opresión se integra dentro del psiquismo de las personas y se encarna en sus cuerpos” (Clemente. 2018 p. 261). De allí la importancia de trabajar, desde el campo de la salud mental, con los procesos subjetivos de las mujeres que se encuentran sufriendo violencia. El enfoque interseccional permite historizar y situar la problemática, así como también abarcar la complejidad de la situación y evitar la fragmentación de la misma.

Por otro lado, a lo largo de mi rotación por el servicio ambulatorio de salud mental se me presentó dificultad de determinar en qué situaciones debemos hacer la denuncia por violencia como profesionales de la salud.

Otro de los puntos para reflexionar es la realización de la denuncia por parte del equipo de salud. Para esto es necesario realizar un diagnóstico situacional y evaluar los indicadores de riesgo de violencia de género, el tipo de violencia que la usuaria está atravesando y la posición subjetiva de ella ante la situación. Camp, Casal y Kojdamanian Favetto (2014) definen al diagnóstico situacional como “una instancia interdisciplinaria que tiene como objetivo poder identificar los factores protectores o compensadores y los factores de vulnerabilidad” (p.5).

Existen diferentes protocolos que determinan indicadores en relación al riesgo en situaciones de violencia de género pero la mayoría coincide en la evaluación interdisciplinaria de: el tipo de violencia, la frecuencia e intensidad en la que se manifiesta, la existencia de una red de apoyo continente y acompañante, la situación habitacional y

económica, el conocimiento sobre los dispositivos y recursos existentes respecto a la problemática, la naturalización o problematización de la situación de violencia, entre otros. Esto nos permitirá evaluar si como equipo de salud estamos en condiciones de planificar una intervención o es necesario actuar de forma inmediata para proteger y resguardar a la usuaria.

Para ello se requiere un abordaje interdisciplinario, que permita evaluar las situaciones singulares desde una mirada integral, que no fragmente la situación y la contemple en toda su complejidad. Stolkiner (2005) concibe a la interdisciplina como un posicionamiento, que obliga a reconocer la incompletud de los saberes y herramientas de cada disciplina. El abordaje interdisciplinario implica un trabajo cooperativo entre disciplinas, que sea continuo y sostenido para la construcción de estrategias de intervención conjunta. Por su parte Cazzaniga (2002) expresa que el abordaje interdisciplinario "permite la contención grupal de los profesionales tanto como la elaboración de alternativas políticas de conjunto" (p. 8).

El trabajo interdisciplinario permite elaborar estrategias e intervenciones superadoras, que nos permitan pensar a la salud desde una perspectiva integral que contemple los múltiples determinantes.

Tajer (S/F) reflexiona sobre cómo abordar la violencia de género desde el campo de la salud mental, retoma el tema de la construcción de ciudadanía y lo vincula a la autonomía de las mujeres. La autora expresa que gran parte del trabajo de quienes nos desempeñamos en el campo de la salud mental desde una perspectiva de género es "permitir que los sujetos, en este caso las sujetas mujeres construyan su ciudadanía, y poder revelarle cuáles son los obstáculos que tiene cada quién para instaurarse en un lugar de autonomía en su propia vida" (Tajer, S/F, p. 4). La autora propone abordar el campo de lo subjetivo, trabajando para deconstruir las estructuras de poder que generan opresión sobre las mujeres y acompañar un proceso de construcción de ciudadanía y autonomía de ellas. Además, sugiere que uno de los ejes a trabajar con mujeres, desde una perspectiva de género en salud mental es el tema de la autoestima. Tajer trae este concepto cuestionando la construcción histórica de los mandatos ideales establecidos sobre las mujeres de ser bellas, buenas, complacientes, etc. Trabajar con las usuarias el desarrollo del deseo, la autoestima y la construcción de un proyecto de vida, juegan un rol central a la hora de pensar en la construcción de autonomía.

Tejiendo redes

Para pensar en el abordaje de situaciones de violencia de género desde los tratamientos de salud mental, resulta necesario retomar el concepto de redes. Respecto a esta categoría Dabas y Perrone (1999) entienden que el universo es una red de interacciones entre personas, y entre éstas y el medio. Los/as autores/as plantean que la noción de red social implica un proceso dinámico de construcción permanente, tanto individual como colectivo. En este sentido, conciben a la red social como:

Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. (Dabas en Dabas y Perrone, 1999, p. 5).

La existencia de una red de apoyo fortalecida podría facilitar algunas intervenciones como alojar a la mujer en el caso de convivir con el agresor, acompañar las tomas de medicación y a las consultas en momentos de crisis si fuese necesario, apoyo económico, entre otras. Así como también contribuir a la resolución de conflictos en momentos de crisis, brindar acompañamiento y contención durante el proceso de denuncia. En ese sentido, resulta clave poder identificar qué personas forman parte de la red cercana a la usuaria que se encuentra en una situación de violencia de género. Como profesionales del campo de la salud mental, trabajar con la red de apoyo de forma continua y articulada, se constituye como una herramienta terapéutica fundamental.

Sin dudas, estas situaciones adquieren mayor complejidad en los casos en que las usuarias no tienen red de apoyo o la red es frágil. Esta es la situación de muchas personas usuarias que se atienden en servicios ambulatorios de salud mental. Esto se potencia con personas que sufren violencia de género, ya que en muchas ocasiones el aislamiento de su entorno forma parte del modus operandi de la violencia machista.

Por otro lado, es necesario conocer las instituciones y políticas públicas existentes en relación a la problemá-

tica de violencia de género. Conocer los protocolos y recursos disponibles permite realizar intervenciones adecuadas. En ese sentido, articular con los actores sociales que trabajan con la problemática y conformar una red intersectorial de instituciones, organizaciones sociales y de personas que pertenecen a ellas, resulta estratégico a la hora de intervenir con perspectiva de género.

Esta articulación entre instituciones y organizaciones sociales permite realizar derivaciones acompañadas, asesorar respecto a la denuncia y el proceso judicial, así como también tomar medidas de protección en caso que sea necesario. En este sentido, tanto la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales como la Ley Nacional de Salud Mental también refiere a la necesidad de un abordaje intersectorial de los padecimientos mentales. Desde el hospital se hace necesario romper con la lógica institucional que tiende a la fragmentación y pensar estrategias de intervención superadoras, desde un abordaje de redes.

Es necesario también posibilitar espacios de acompañamiento, contención y supervisión de los/as integrantes del equipo que trabaja esta problemática. Ya que trabajar con estas situaciones puede provocar frustración, angustia y miedo. En este sentido, armar red entre quienes trabajamos situaciones de violencia de género puede ser enriquecedor para pensar nuevas intervenciones posibles y abordar las preocupaciones emergentes del equipo tratante.

Reflexiones finales

En este trabajo se presentaron reflexiones sobre formas de abordar situaciones de violencia de género desde el campo de la salud mental. Para ello, se realizó una revisión de la normativa vigente, marcando la distancia entre el avance en materia de desarrollo normativo desde una perspectiva de derechos y los limitantes que se presentan en la práctica diaria a partir de su falta de políticas públicas para su efectiva implementación.

Si bien en este trabajo analizaron los abordajes y las intervenciones posibles con mujeres que se encuentran atravesando situaciones de violencia de género, es necesario trabajar con los varones que ejercen violencia. En este punto, resulta clave marcar que si bien existen dispositivos que trabajan con esta población, los mis-

mos son escasos y quienes asisten lo hacen en el marco judicial. En este sentido, es posible decir que faltan dispositivos individuales y grupales que trabajen con masculinidades que tengan el objetivo de prevenir el ejercicio de la violencia machista y trabajar cuando la misma se encuentre activa.

Como profesionales de la salud, la estrategia punitiva se agota rápidamente sin dar una respuesta concreta a una problemática histórica y estructural de nuestra sociedad. Me pregunto: ¿Cómo podemos contribuir a generar una demanda de políticas públicas que trabajen con masculinidades que ejercen violencia? ¿Qué estrategias podemos pensar para trabajar en la deconstrucción de las estructuras de opresión hacia mujeres y disidencias con las nuevas generaciones en un contexto de avance de la ultraderecha?

Otra de las cuestiones a destacar en este escrito es lo referido al subregistro de las situaciones de violencia que abordamos desde el subsector público de salud. Entendiendo a la violencia de género como una problemática de salud pública, superar el subregistro es un desafío pendiente para los equipos de salud. El adecuado registro podría permitirnos visualizar el alcance epidemiológico de la problemática, así como también contribuir a una demanda concreta respecto a las políticas públicas necesarias para abordarla.

Respecto a los abordajes que podemos implementar para trabajar con mujeres que sufren o han sufrido situaciones de violencia de género, se destaca trabajar desde una perspectiva de género con una mirada interseccional que permita comprender la complejidad de las situaciones. También la importancia de implementar abordajes interdisciplinarios e intersectoriales con el fin de incorporar los múltiples determinantes de la salud mental y las violencias. Las categorías de dignidad del riesgo, autonomía, ciudadanía, autoestima y deseo resultan fundamentales para reflexionar sobre la problemática y pensar futuras intervenciones. Se destaca la importancia de trabajar desde la subjetividad de las usuarias con el objetivo de acompañar un proceso de fortalecimiento de su autonomía. Considero que los abordajes grupales pueden contribuir a trabajar el aspecto social de la problemática, compartiendo experiencias y estrategias colectivas de acompañamiento y cuidado.

Por último y vinculado con lo anterior, se marca la importancia del abordaje de redes. Por un lado, el trabajo

articulado con las redes sociofamiliares y/o el fortalecimiento de las mismas en los casos en que se encuentren frágiles, permite que desarrollemos estrategias de intervención que tiendan a fortalecer la autonomía de las usuarias. En el caso de que haya ausencia de estos lazos, los espacios grupales pueden contribuir a generar nuevos vínculos. Por otro lado, establecer redes intersectoriales para abordar la problemática nos permite

abordar la complejidad de la situación de intervención, optimizar los recursos disponibles y acompañar a la usuaria adecuándonos a la singularidad de cada situación. Si bien los protocolos son una herramienta para guiar la práctica, es fundamental que las instituciones en las que trabajamos sean flexibles, permitiendo a los equipos de salud orientar y acompañar cada situación particular.

Bibliografía

- Basz, E. (2011). *Panorámicas de salud mental: A un año de la sanción de la Ley Nacional N.º 26.657*. Ministerio Público Tutelar, Asesoría General Tutelar de CABA.
- Basz, E. (s.f.). *La dignidad del riesgo como antídoto al estigma*. Observatorio Dignidad. <https://gruposaludmentalfts.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/01/paperladignidaddelriesgoco-moantc3addotoalestigma.pdf>
- Camp, V., Casal, M. I., & Kojdamanian Favetto, R. (2014). Violencia de género: perspectivas de abordaje en el ámbito de la guardia de un hospital general. *Revista Margen* (72).
- Clemente, C. (2018). Interseccionalidad en salud mental. En: *Transpsiquiatría. Abordajes queer en salud mental*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN Digital). Disponible en <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-5-Transpsiquiatría%CC%81a.pdf>
- Dabas, E., & Perrone, N. (1999). *Redes en salud*. FUNCER.
- Pombo, G. (2019). La interseccionalidad y el campo disciplinar del Trabajo Social: topografías en diálogo. En L. Riveiro (Comp.), *Trabajo Social y feminismos: Perspectivas y estrategias en debate* (pp. 149-176).
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. Conferencia presentada en la IV Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. Estrategias posibles en la Argentina de hoy.
- Tajer, D. (s.f.). Violencia y salud mental de las mujeres. En: *Políticas públicas, mujer y salud*. Ediciones Universidad Nacional del Cauca (en prensa).

Referencias documentales

- Argentina (2010). *Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657)*. Disponible en: <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Argentina (2009). *Ley Nacional de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley N° 26.485)* Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Argentina (2009). *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (Ley N° 26.529)* Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). *Ley de Salud Mental (Ley N° 448)*. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley448.html>
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Convención de Belem Do Para (1995)*. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/convencion_belem_do_para.pdf
- Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad. (2021). *Encuesta de prevalencia de violencia de género*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/08/encuesta_de_prevalencia_violencia.pdf
- Oficina de Violencia Doméstica (OVD). *Informe estadístico primer trimestre 2024*. Disponible en: <https://www.ovd.gov.ar/ovd/archivos/ver?data=9030>

