



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Trabajo final de grado**

**VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES**

**Modelos de Atención en Salud para Mujeres Víctimas de violencia en Uruguay**

**Modalidad:** Monografía

**Autora:** María Noel Sosa Cartagena. C.I. 4274276-3

**Tutora:** Prof. Adj. Anabel Beniscelli Taibo

**Revisora:** Prof. Asist. Mag. Sabrina Rossi

## ÍNDICE

<b>1. Resumen</b>	3
<b>2. Introducción</b>	4
<b>3. Marco Teórico</b>	4
Violencia contra la Mujer y Convenciones Internacionales	4
La Violencia contra la Mujer como Problema Social	5
La Violencia contra la Mujer como problema de Salud.....	6
Consecuencias de la Violencia sobre la Salud de la Mujer	7
El tratamiento de la Violencia desde el Modelo Ecológico	.8
La Violencia hacia las Mujeres en Uruguay	9
Políticas Públicas de Salud y Violencia hacia la Mujer en Uruguay.....	10
La respuesta de los servicios de Salud a la Mujer víctima de violencia	11
El Rol del psicólogo dentro del equipo de salud	16
Modelos de Ser Mujer: La construcción de la Identidad de Género de la Mujer	19
Modelos de Atención en Salud para mujeres víctimas de violencia	22
<b>4. Reflexiones finales</b>	24
<b>5. Referencias bibliográficas</b>	26

## RESÚMEN

En Uruguay, la última encuesta realizada en 2019 revela que 1 de cada 5 mujeres (19.5%) uruguayas reconoce haber sufrido violencia por parte de su pareja o ex pareja en el último año, a la vez que 1 de cada 5 mujeres (18,4%) de 15 años o más ha vivido algún tipo de violencia familiar en los últimos 12 meses.

La violencia contra la mujer ha sido declarada a nivel internacional como un tema grave de salud y de violación de los derechos humanos. Desde entonces este flagelo está en la agenda política de los países que ratificaron las distintas convenciones internacionales que promueven su prevención y erradicación.

El Estado uruguayo asumió hace algunos años el compromiso de acompañar esta iniciativa internacional, es así que elaboró un marco legal que garantiza y promueve la protección de los derechos de la mujer. La primera muestra de ello fue la ley de Erradicación de la Violencia Doméstica no. 17.514 de 2002 la cual promueve la prevención, detección temprana, atención integral y erradicación de la violencia.

También forjó la creación de distintos organismos que tuvieron como objetivo principal el diseño y organización de políticas y planes tales como el Primer Plan Nacional de Lucha contra la violencia doméstica en el período 2004-2010.

La implementación de la ley dio lugar a distintas políticas de Salud, ejemplo de ello es el Decreto no. 494/ 2006 del MSP, el cual compromete a las instituciones públicas y privadas en salud a prestar atención y asistencia a mujeres que se encuentren en situación de violencia doméstica.

Desde nuestra disciplina, es relevante analizar los Modelos de Atención que dan respuesta a las mujeres víctimas de violencia que llegan al Servicio de Salud.

Considerando lo mencionado anteriormente, este trabajo propone analizar los dispositivos de atención psicológica así como el rol del psicólogo en la intervención con mujeres, desde una perspectiva de género y derechos humanos.

**Palabras clave:** violencia contra la mujer, Género, Salud, Modelos de Atención, rol del psicólogo.

## INTRODUCCIÓN

Tomando en consideración las altas cifras que registra Uruguay de mujeres que sufren violencia de género y la gravedad de las consecuencias que tiene sobre su salud física, psíquica y emocional es responsabilidad del Sector Salud dar una respuesta efectiva a esta situación. Es así que se estima necesario analizar la atención que brindan los centros de salud a las mujeres víctimas de violencia.

Teniendo en cuenta que la mujer asiste frecuentemente al centro de atención por diferentes causas, los centros hospitalarios son el primer lugar que puede detectar los síntomas de violencia. En este sentido se considera necesario profundizar en la labor que desarrollan los equipos de salud dentro de los servicios de salud. Para ello se analizará desde que Modelo de Atención aborda la violencia contra la mujer. Así como también se analizarán la estrategia de tamizaje, las técnicas utilizadas para trabajar con las consultantes y el rol del psicólogo dentro del equipo de salud. En relación al Psicólogo se revisarán las pautas de atención que encuadran su rol, así como la perspectiva desde la cual aborda las cuestiones de género y su posicionamiento en relación a la mujer.

Este análisis se basa en el documento “Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención”, elaborado por el Ministerio de Salud Pública. Cabe destacar que esta es la única guía que enmarca el trabajo de prevención y atención que realizan los profesionales de la salud en nuestro país.

Por otra parte, se tomarán los Modelos y Programas de Atención a mujeres víctimas de violencia de género empleados en España y México, en el entendido de que es necesario tomar otros modelos de referencia para visibilizar los aspectos que se deben mejorar en el Modelo de Atención en Salud para mujeres víctimas de violencia en Uruguay.

Es importante señalar que este trabajo se desarrolla desde una perspectiva de Género y de Derechos Humanos.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Violencia contra la Mujer y Convenciones internacionales**

El reconocimiento de los derechos de la mujer ha sido un proceso lento que comenzó con la lucha sostenida del movimiento social feminista que instala la desigualdad y la discriminación de la mujer en la agenda política internacional.

En 1975 Naciones Unidas declara el año internacional de la mujer con el objetivo de promover la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. A partir de esta declaración se celebran las Primeras tres Conferencias Mundiales sobre la Mujer (México,1975); (Copenhague,1980);(Nairobi,1985) con el objetivo de evaluar los logros alcanzados sobre sus derechos. Este proceso habilita a que se celebre la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW,1979).(http://www.ohchr.org)

La noción de violencia de género es instalada en 1993 por Naciones Unidas:

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 la amenaza 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.(http://www.ohchr.org)

Esta definición fue ratificada por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, que señala a la violencia como el hecho que vulnera la integridad física, la dignidad, la libertad y los derechos de las mujeres. (http://www.oas.org)

### **La Violencia contra la Mujer como problema social**

Según Castro “La noción de violencia de género se refiere a la violencia que se ejerce contra las mujeres por el hecho de ser mujeres.” (Castro,2008 p.340)

La violencia contra la mujer es un ataque a la subjetividad de la mujer en tanto menoscaba su integridad física, mental y emocional, disminuye su autoestima y dignidad, a la vez que anula su libertad. El término, admite todas las formas de violencia que encuentra el hombre para perpetuar el control y el sometimiento de la Mujer. La violencia contra la mujer es la forma más extrema de desigualdad y de sometimiento perpetuada con el único fin de dominar al género. (Castro,2008)

Este es un problema grave de carácter social y cultural que tiene sus raíces en modelos de socialización estructurados por un poder dominante y opresor patriarcal que asigna roles, espacios y jerarquías a hombres y mujeres. Como consecuencia de ello se establecen relaciones de desigualdad y dominación entre los géneros que colocan a la mujer en un lugar de asimetría y desventaja que la obliga a cumplir con mandatos y estereotipos sociales que la colocan en una posición de vulnerabilidad. Según el Protocolo de Actuaciones en situaciones de Violencia basada en Género (2016-2019), un ejemplo de ello es el concepto de división sexual del trabajo en el cual quedan claramente marcadas las tareas y los espacios asignados a varones y mujeres. Es así, que dentro de esta lógica, las mujeres ocupan el espacio privado y los hombres el espacio público.

Dado que es un problema que se establece en los sistemas sociales, el origen de la violencia es estructurante. Sus causas no responden a rasgos patológicos o a la singularidad del agresor, sino a los mecanismos sociales que a través de las diferencias de género subordinan a la mujer. En esta relación de dominio la violencia es instrumental, en el entendido de que es el mecanismo a través del cual el hombre ejerce y mantiene dicha subordinación.

Las investigaciones sobre violencia destacan, que si bien existen determinadas estructuras sociales que colocan a la mujer en lugares de vulnerabilidad y de riesgo, en referencia a las estructuras patriarcales, para que exista un hecho de violencia “se requieren determinados vínculos e interacciones para que los individuos —hombres y mujeres— entren en la trama de la violencia de género.” (Castro,2006 p.19). Es así que dentro de la familia se desarrolla el vínculo conyugal en el que se establece una relación de jerarquía y poder de acuerdo a lo establecido por el orden social. Esto tiene como resultado la subordinación de la mujer, en la medida que ella cede sus derechos para cumplir con el mandato social de complacer a su marido aunque ello ponga en riesgo su vida. Contreras Urbina (2008) sostiene que ésta es la causa de que el hogar se transforme en el lugar menos seguro para la mujer.

## **La Violencia contra la Mujer como problema de Salud**

“La violencia es un problema de salud pública, afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, erosiona el tejido social, limita el desarrollo y profundiza las inequidades.” (Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención, 2006. p.16)

En este sentido la violencia es un problema que afecta la salud física, psíquica y emocional de la mujer y sus hijos a causa de las desigualdades entre los géneros.

Según la OMS la violencia ejercida sobre la mujer en edad reproductiva es causal grave de mala salud y de muerte. (OMS/OPS, 1998). Las cifras que registra OMS sobre la violencia ejercida en el hogar revelan que “entre 16% y 52% de las mujeres experimentan violencia física de parte de sus compañeros, y por lo menos una de cada cinco mujeres son objeto de violación o intento de violación en el transcurso de su vida.” (OMS/OPS, 1998).

En función de dichas sugerencias La 49a Asamblea Mundial de la Salud (1996) declara que la violencia es un problema de salud pública que requiere ser atendido por el sistema de salud. En este sentido se entiende que todos los profesionales de la Salud deben involucrarse con la temática trabajando de forma coordinada e interdisciplinariamente.

## **Consecuencias de la Violencia sobre la Salud de la Mujer**

Los estudios sobre violencia en la pareja revelan que la exposición de la mujer al maltrato prolongado le provoca múltiples consecuencias en la salud mental, física, sexual y reproductiva a corto y a largo plazo. Las principales consecuencias físicas son, el intento de suicidio, el homicidio y la mortalidad materna. La calidad de vida de la mujer se ve gravemente vulnerada y disminuida como consecuencia del maltrato físico que le ocasiona dolores crónicos, así como le agudiza enfermedades que ya padecía. También le puede provocar nuevas patologías como hipertensión, diabetes, fibromialgia o estrés crónico.

En cuanto a la vida sexual y reproductiva, ésta corre serio riesgo, a causa de contraer enfermedades infecciosas como VIH/SIDA o embarazos no deseados que la obligan a practicarse abortos en condiciones desfavorables que pueden provocarle la muerte. En

relación a la mortalidad materna por abortos clandestinos, es necesario destacar la importancia de contar con un marco legal que ampare a la mujer, ejemplo de ello es Uruguay que en 2012 promulga la Ley Sobre Interrupción Voluntaria del embarazo Ley del Aborto No.18987.

En relación a las afecciones psicológicas ocasionadas por la persistencia del maltrato:

Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente deprimidas o ansiosas, mientras otras muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático. Es posible que estén fatigadas en forma crónica, pero no pueden conciliar el sueño; pueden tener pesadillas o trastornos de los hábitos alimentarios; recurrir al alcohol y las drogas para disfrazar su dolor; o aislarse y retraerse.(OMS/OPS, 1998).

Cómo abordar la complejidad de un problema multicausal que tiene raíces en aspectos psicológicos, biológicos, sociales y ambientales ha sido un tema de prioridad entre los organismos internacionales de Salud. Los mismos concluyen que la prevención y atención de la violencia contra la mujer requiere de un abordaje integral.

### **El tratamiento de la Violencia desde el Modelo Ecológico**

Al indagar sobre el abordaje de la violencia en otros países, el Modelo ecológico de México, resultó el ejemplo más sólido para comprender la importancia de trabajar la complejidad de la violencia contra la mujer desde un modelo integral.

El desafío radica en descifrar la forma en que las relaciones de género y sus expresiones simbólicas y culturales y de poder cruzan las dinámicas contextuales de lo público y lo privado, donde se vive y actualiza la violencia social. Asimismo, implica analizar las formas en que las mujeres y los hombres participan en ellas y, a partir de eso, llevar a cabo intervenciones que desactiven las relaciones violentas hasta erradicarlas. (Olivares, 2011, p10)



Este enfoque avalado por OMS propone realizar un abordaje a través de los niveles relacionales en los que está implicada la víctima o el agresor, en el sentido de analizar las condiciones en las que se desarrolla el vínculo de violencia para luego trabajar sobre el mismo. Éste tipo de abordaje requiere trabajar con la persona desde su vida cotidiana tanto a nivel individual y familiar como comunitario y social, en el entendido de que es en ese contexto donde se producen los vínculos y dinámicas violentas.(Olivares, 2011).

Se toman en consideración la historia de vida, los aspectos psicológicos, culturales, éticos y morales que, en el caso de la mujer víctima de violencia aumentan su vulnerabilidad.

Según el documento Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer (2006), es importante analizar el tipo de vínculo que la mujer víctima de violencia establece con la pareja y la familia, dado que dentro de este entramado se establecen roles, funciones y jerarquías rígidas que producen y mantienen el abuso. También se deben considerar los procesos de socialización que establece con grupos cercanos que actúan como referentes morales y éticos.

## **La Violencia hacia las Mujeres en Uruguay**

En Uruguay los Derechos Humanos fueron gravemente vulnerados por el Proceso Dictatorial entre 1973 y 1985. El retorno de la Democracia se caracterizó por el surgimiento de distintos movimientos sociales que tuvieron como único objetivo recuperar los derechos perdidos, ejemplo de ello fue el movimiento feminista que se centró en la recuperación y promoción de los derechos de la mujer. De forma progresiva el Gobierno Nacional comienza a dar respuesta a la necesidad de este sector de la sociedad creando un marco legal que garantice el derecho de igualdad, de no discriminación y de libertad de la mujer. En 2002 se promulga la Ley No. 17.514 de Erradicación de la Violencia Doméstica y la Ley No.19580 (2017) de Violencia hacia las Mujeres basada en Género:

(...) garantizar el efectivo goce del derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género. Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica pertenencia

territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o situación de discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna.

Siguiendo la misma línea en 2019 se promulga la Ley No. 19.846 que garantiza la igualdad de derechos y la no discriminación en base al género entre hombres y mujeres. Todos estos logros han posibilitado que la mujer se posicione en un lugar de mayor igualdad y equidad a nivel social.

### **Políticas Públicas de Salud y Violencia hacia la mujer en Uruguay**

“La atención a la VD como problema complejo, multicausal, ligado a los modelos de socialización, a la construcción de identidad y cultura requiere la conjunción de múltiples actores sociales en diferentes niveles de decisión y acción” (Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención, 2006 p.41)

Las experiencias sobre atención de la violencia hacia la mujer indican que el tratamiento de esta temática solo admite un trabajo intersectorial e integral entre organismos representantes del Estado, instituciones, sociedades civiles y especialistas en el tema, que desde su rol social intervienen en la creación de Políticas de prevención, atención y sanción de la Violencia. Como parte de sus obligaciones, el Estado uruguayo se propone contribuir al desarrollo de una vida saludable para los ciudadanos. Para ello ha fortalecido al Sistema de Salud, mejorando de forma sustancial la calidad de la atención sanitaria que responde, entre otras problemáticas, a la violencia hacia la mujer. En relación a ello la Ley 19.580 establece que “los Servicios de Atención a Mujeres en Situación de Violencia Basada en Género debe ser “multisectorial” y agrega que cada organismo o institución debe ser responsable de responder de acuerdo a los marcos legales y políticas impartidas por el Instituto Nacional de las Mujeres. (Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia p31)

En Uruguay el Sector Salud cumple un rol fundamental a la hora de brindar una atención integral para la prevención de la violencia así como para la planificación, evaluación y ejecución de estrategias de intervención para la erradicación de la

misma cuando ya está instalada. Los servicios de salud llevan adelante sus prácticas desde una Perspectiva de Género y Generaciones y de Derechos Humanos, amparados bajo los lineamientos establecidos en los protocolos, guías y manuales elaborados por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

En 2006 la Dirección General de Salud elabora el documento “Abordaje de Situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer, Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención”. La misma se sustenta en la Ley 17.514 que define la VD como:

“toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho.” (Guía de Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica en el Primer Nivel de Atención, 2006 p.20)

Partiendo de un modelo ecológico, la Guía de Abordaje enmarca y sistematiza el trabajo realizado por los equipos de salud en el Primer Nivel de Atención. En el año 2017 es creado el Protocolo Institucional de Atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones, a cargo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Posteriormente, en 2018 el MSP con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), crea el Manual Clínico Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual, para el Sistema Integrado de Salud. En este trabajo se han consultado las tres herramientas mencionadas, con el objetivo de lograr un acercamiento a las prácticas de intervención llevadas a cabo en los servicios de salud de nuestro país.

## **La respuesta de los servicios de salud a la mujer víctima de violencia**

### La investigación de rutina:

Los documentos antes mencionados destacan la responsabilidad del Centro de Salud de dar una respuesta inmediata a la víctima de violencia doméstica. La Guía de Abordaje destaca que el centro de asistencia es uno de los principales lugares a los que recurre la mujer para realizar distintas consultas, como el control de embarazo, el uso de métodos anticonceptivos, la asistencia pediátrica para sus hijos, problemas de salud físicos o emocionales. Estas instancias de consulta son la principal oportunidad para la detección de la violencia, es por ello que resulta fundamental realizar una adecuada detección de la situación de violencia. Es fundamental extender la investigación de rutina a todas las mujeres, lo cual requiere que todos los profesionales de la salud que tienen contacto con la posible víctima lleven adelante el procedimiento de tamizaje, éste debe ser parte de toda consulta. Para ello se incorpora a la historia clínica un cuestionario breve como herramienta de detección, el mismo consta de cinco preguntas que facilitan al personal de salud la visibilización y detección del problema. (Guía p.52).

Existen una serie de indicadores que deben tomarse en cuenta a la hora de evaluar si la mujer es víctima de violencia. Teniendo en cuenta que la consultante no siempre logra poner en palabras lo que le sucede, es importante que el personal que la recibe en el centro de salud tenga conocimiento de dichos indicadores para estar en alerta y poder detectar el problema de forma inmediata. Tal es el caso de las lesiones accidentales reiteradas; la queja por dolores inespecíficos; la fatiga que se extiende en el tiempo; demanda de sedantes; la presencia de crisis de angustia y ansiedad; crisis emocionales que se repiten; cuadros de autoagresión o intoxicación por sustancias; falta de control de enfermedades crónicas. (Guía p.50).

También es preciso que el profesional que lleva adelante la entrevista esté atento a la actitud de la usuaria, ya que existen comportamientos que se dan con frecuencia en mujeres víctimas de violencia. La mujer puede presentar en su discurso o en su actitud una baja autoestima, miedo, desesperanza, desganado. Puede sentir que ya no es útil y no tener expectativas de vida. El enojo y la desconfianza así como el aislamiento social también son propios de este tipo de vivencias. Es frecuente que la mujer presente una actitud de descuido hacia sí misma, cuestión que puede verse reflejada en la falta de continuidad a los tratamientos médicos. Otra característica es la dificultad que enfrenta en la consulta para reconocer su malestar. (Guía p.51).

En relación a cómo indagar, si bien los profesionales cuentan con el cuestionario como herramienta para iniciar la detección del problema, ésta no es la única

herramienta. La entrevista es la vía más adecuada para conocer con mayor profundidad cuál es la situación por la que está atravesando la consultante. La Guía destaca la importancia de encontrar el momento adecuado y el lenguaje apropiado para preguntar a la mujer sobre cuál es su situación, hecho que debe llevarse a cabo en un espacio de confidencialidad, respeto y calidez. Es oportuno problematizar sobre cuales son las estrategias con las que cuenta el profesional para llevar adelante dicha entrevista. La instancia de consulta puede habilitar a la mujer para que se abra, relate lo que está viviendo y con ello se habilite un espacio de intervención, o puede poner en riesgo la continuidad de ésta. De acuerdo a lo antes mencionado, cabe preguntarse si la capacitación de los profesionales que reciben a la mujer en consulta es suficiente para atender cada consulta de forma eficaz.

#### Confirmación del hecho de violencia:

El Manual Clínico del SNIS, destaca que una vez confirmado el hecho de violencia sufrido por la mujer, “ todos los integrantes del equipo de salud en todos los niveles de atención” deben brindar apoyo de primera línea. El apoyo de primera línea implica detectar la demanda concreta de la mujer para evaluar y dar respuesta a sus necesidades emocionales y prácticas. Esta instancia requiere de una escucha atenta y empática hacia el relato; no juzgar, ni culpar, validar a la mujer demostrándole que se cree en ella. Implica evaluar y dar respuesta a todas las necesidades y preocupaciones que trae en su discurso, haciendo foco en lo emocional, físico, social y en cómo desarrolla prácticas tales como el cuidado de los hijos. Se trabaja para empoderar a la mujer, para que se sienta capaz de ayudarse a sí misma, y también para que pueda pedir ayuda cuando lo necesita. Se la habilita a que conecte con los demás así como con sus emociones, que pueda estar tranquila y con esperanza. Se analiza y elabora junto a la consultante un plan de seguridad para que pueda protegerse a sí misma y a sus hijos (en caso que los tuviera), ante nuevos hechos de violencia. Se la ayuda a encontrar el respaldo emocional, físico y social que precisa, informándola sobre sus derechos, respetándola en su deseo y voluntad. (Atención de salud, p.40).

“Cuando ayuda a la mujer a cubrir sus necesidades prácticas, la está ayudando también con sus necesidades emocionales. Al ayudarla con sus necesidades

emocionales, está fortaleciendo la capacidad de la mujer para responder a sus necesidades prácticas.” (Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual, 2018 p.41).

Es importante señalar que este manual contiene una serie de pautas, herramientas y estrategias de abordaje, que clarifican de forma práctica la intervención de los profesionales que trabajan sobre la temática de violencia. Ejemplo de ello es la guía práctica de cómo ayudar a las mujeres a hacer frente a los sentimientos negativos tales como miedo, rabia, ansiedad, vergüenza, desesperanza, culpa, autorreproche, etc. Es pertinente señalar, que el documento está dirigido a todos los profesionales que conforman el equipo de salud sin especificar el rol que cada uno cumple. En este sentido es oportuno pensar si todos los profesionales que trabajan con población víctima de violencia doméstica están capacitados para trabajar con esta problemática, si cuentan con las herramientas para sostener a la mujer víctima de violencia y su malestar. En este mismo sentido, es oportuno analizar si todos los profesionales ajustan sus prácticas a las estrategias de abordaje allí planteadas, de que forma se lleva a cabo lo postulado en los distintos documentos, así como que control existe de las prácticas profesionales.

#### Diagnóstico de violencia:

La Guía establece como parte del diagnóstico de situación, analizar en qué contexto el agresor abusa de la mujer, si solo lo hace en el ámbito de lo privado o no, y a través de qué modalidad ejerce la violencia.

La violencia física es la forma de violencia que se puede detectar más rápidamente por las marcas que deja en el cuerpo de la víctima. Sin embargo, el abuso emocional es más complejo de visibilizar, por ello la importancia de la idoneidad del profesional para poder detectar de inmediato la presencia y consecuencias de esta forma de abuso . La violencia emocional que ejerce el hombre contra la mujer, se presenta a través del sometimiento, intimidación, desvalorización, amenazas, manipulación de los hijos, aislamiento social, abuso económico, entre otras formas.

También formará parte de este diagnóstico, indagar la red de contención de la mujer. En este sentido se preguntará acerca del núcleo familiar, las características de sus integrantes, las formas de vincularse que mantienen, si existen antecedentes de

violencia previos. Además se preguntará sobre cuadros de drogadicción, alcoholismo, cuadros psiquiátricos y psicológicos dentro de la familia. (Guía p.62).

#### Valoración integral de la situación de violencia:

Ante la confirmación del hecho de violencia doméstica es preciso realizar un diagnóstico de situación de riesgo. Es importante realizar un diagnóstico de situación fundamentado en el modelo ecológico, es decir, contemplando todos los aspectos dinámicos que dan lugar a la realidad de la mujer. Esto implica analizar a la víctima a nivel individual, relacional y social. (Manual Clínico p.154; Guía de Atención, p.60).

“En situaciones de violencia doméstica y para la valoración del riesgo es importante tener en cuenta, el contexto, el texto y los actores, integrando el componente dinámico y su historicidad.” (Manual Clínico, 2018 p.154).

Se entiende por riesgo a toda aquella situación o persona que ponga en peligro la vida, la salud mental o física tanto de la mujer como de sus hijos. La evaluación de la situación de riesgo es fundamental para determinar la intervención más apropiada para el caso. La misma implicará delinear procedimientos que se llevarán adelante dentro del servicio de salud al que acudió la víctima, como también la articulación con otros actores de la salud que sean idóneos para dicha intervención. (Manual Clínico, p.155).

Este procedimiento forma “parte del proceso de atención a la situación. Mientras se realiza esta valoración también se está “interviniendo”. (Manual Clínico, p.155).

Valorar el riesgo implica considerar la presencia o ausencia de indicadores de riesgo, la seguridad, las características del agresor y de la relación que mantiene la mujer con su agresor. Información que se tomará del relato y de la percepción de la consultante.

El Manual Clínico establece como situaciones que ponen la vida de la mujer y de sus hijos en alto riesgo: el abuso sexual; cualquier otro tipo de violencia física; ideación o intento de suicidio; incumplimiento de las medidas cautelares por parte del victimario; amenazas graves; acoso y control constante; aumento de la frecuencia y gravedad del hecho de violencia; destrucción de objetos; si la víctima ha tenido que ser asistida a causa de agresiones psicológicas, físicas o sexuales; presencia de

trastornos psiquiátricos o psicológicos que puedan derivar en conductas violentas. (Guía, p.156/157).

En caso de confirmar la presencia de alto riesgo para la vida de la mujer debido a la posibilidad de suicidio, La Guía señala, la importancia de que la mujer reciba de inmediato una evaluación psiquiátrica inmediata. Si la evaluación no fuese posible, se recomienda su internación o control en urgencia.

Valorar el riesgo de homicidio es posible partiendo del discurso que la mujer trajo en la anamnesis y en las respuestas que dio ante el cuestionario sobre violencia doméstica. No obstante, el técnico debe considerar otros elementos que den cuenta de un posible homicidio. En relación al vínculo entre víctima y agresor se analizará si ha aumentado la intensidad y frecuencia de la violencia; si existe amenaza de muerte con arma; si hay una marcada asimetría en el vínculo; si hubo reiterados intentos de separación frustrados. Se debe observar si la mujer presenta signos de anestesia afectiva o alto consumo de sedantes.(Guía, p.71). Con respecto al agresor, se observará si consume sustancias; si presenta alguna patología psiquiátrica; si mantiene conductas violentas en otros ámbitos fuera del hogar.

La confirmación de alguno de estos factores que ponen en riesgo la vida de la mujer hace que sea “necesario analizar junto a la mujer la posibilidad de buscar el apoyo de personas cercanas.” (Guía, p.72). Al mismo tiempo se debe trabajar en relación a la búsqueda autoprotección, analizando cada una de las circunstancias o situaciones en las que corre riesgo. Se debe ayudar a la mujer a visibilizar que precauciones tomar para evitar nuevos riesgos, ejemplo de ello es la confrontación con su agresor. Si dentro de dichas precauciones fuera necesario que la mujer salga de su hogar, el profesional debe ayudar a la mujer a buscar un lugar alternativo, y si la consultante no cuenta con esta posibilidad se le proveerá un lugar transitorio a través de las distintas coordinaciones con el equipo de referencia en violencia doméstica del servicio, o con otro equipo intra o extrainstitucional. “ la previsión de cuidados debe adecuarse en cada caso, adecuación que implica la evaluación de la situación con la mujer.” (Guía, p.72).

## **El rol del Psicólogo dentro del equipo de Salud**

La investigación sobre atención psicológica a mujeres víctimas de violencia destaca la importancia de la intervención del equipo de salud, en tanto puede favorecer la



recuperación de la víctima o provocar su revictimización. En este sentido es importante realizar algunas puntualizaciones en relación a las buenas prácticas de intervención y al ejercicio de la profesión.

Trabajar desde una perspectiva de derechos humanos implica “revisar desde esa perspectiva el posicionamiento personal y técnico en el ejercicio profesional”. (Guía, 2006 p.57).

Si bien el trabajo del psicólogo siempre requiere de una mirada crítica para comprender la complejidad de su objeto de estudio, la práctica con mujeres víctimas de violencia implica una mirada aún más profunda sobre las propias convicciones, creencias y opiniones que puedan estar teñidas de ideologías sexistas que perpetúen la desigualdad y naturalicen la violencia de género. El psicólogo debe realizar una deconstrucción de sus ideales, debe cuestionar aquellos aspectos que ha incorporado a través de la cultura.

Según Díaz-Benjumea (2014) este proceso de introspección lejos de neutralizar la práctica del profesional le habilita una mirada crítica para comprender la historia de la mujer. Que el profesional no logre escindirse de los ideales machistas que lo atan a la cultura, puede llevarlo a responsabilizar a la víctima, a poner en duda su palabra o justifica al agresor. Se corre el riesgo de que las ideologías de desigualdad y dominación se extiendan a la clínica y se revictimice a la mujer. La introspección también le permitirá estar atento y analizar qué cuestiones le despierta el relato de la mujer, que posición toma ante éste y qué significado le otorga, es así que podrá distinguir entre lo propio y lo ajeno.

Es posible que ante la situación de desamparo de la consultante, el profesional tome una postura avasallante y de imposición, situándola en un lugar de desventaja, de dominio y control en tanto su psiquismo se encuentra vulnerado y debilitado por la violencia. En este sentido es importante promover la auto observación de la víctima respecto a cómo siente y percibe su realidad, validar sus sentimientos y experiencias, hacerle saber que “puede expresar sus sentimientos sin peligro y que tiene derecho a vivir sin violencia ni miedo. (Manual Clínico, p.46).

El psicólogo debe reconocer que es la víctima quien tiene el saber en relación a su dolor y a su vivencia. Se debe respetar su autonomía, sus derechos y toda decisión acerca de su situación. Es importante que la mujer pueda encontrar sus propias respuestas y llegue sola a tomar sus propias decisiones, “si se le dice qué hacer se está enviando un mensaje que refuerza la idea de que ella no es capaz de tomar sus

propias decisiones.” (Manual Clínico, p.64).

El Manual Clínico señala la importancia de respetar y no juzgar decisiones tales como no dejar a la pareja, la mujer tomará esta decisión a su tiempo. Es necesario tener en cuenta cuales son los factores que llevan a la mujer a permanecer junto a su agresor. Entre ellas se encuentran la dependencia económica; la creencia de que los hijos deben criarse en un hogar conformado por padre y madre y que el bienestar de los hijos vale más que el propio; naturaliza la violencia ya que cree que es parte de toda pareja y que todos los hombres son violentos y controladores; teme que su pareja se violenta si ella intenta separarse; tiene baja autoestima y sienta que no podrá salir de la situación; siente que no tiene otra persona con quien contar y pedir ayuda, ni otro lugar a donde ir; aún ama a su pareja y cree que puede cambiar; siente que su pareja la necesita y que ella lo puede ayudar; no quiere estar ni sentirse sola; tiene miedo de ser juzgada socialmente por dejar a su pareja; piensa que puede seguir controlando la situación y que su pareja no le ocasionará un daño grave. (Manual Clínico, p.65).

La empatía del psicólogo hacia la demanda habilita la construcción de la alianza terapéutica, necesaria para que la mujer se abra y exponga aquello que le causa tanto dolor y alivie el malestar que la aqueja. La alianza terapéutica se basa en la escucha del psicólogo, es la parte más importante de una buena comunicación. Según el Manual Clínico, escuchar a la mujer y darle la posibilidad de que cuente lo que le pasa en un espacio seguro y privado, es fundamental para su recuperación emocional. (Manual Clínico, p.43). La escucha atenta implica estar atento a, lo dicho y también a lo que calla la mujer; a sus gestos, mirada, silencios, expresiones faciales, postura corporal. También implica “ permanecer al mismo nivel que ella (sentado o de pie), lo suficientemente cerca para mostrar que tiene interés en su relato y que está prestando atención, pero lo suficientemente lejos para que ella no se sienta invadida.” (Manual Clínico, p.43).

El rol del psicólogo al igual que el de los otros profesionales de la salud, es fundamental para la recuperación biopsicosocial de la mujer víctima de violencia. Un enfoque humanizado, con una escucha abierta y sin prejuicios es lo que le permite al profesional identificar la demanda, las necesidades y preocupaciones de la consultante, para ayudarla a reforzar sus redes de apoyo social y a mejorar su

seguridad. Además, puede incentivarla a que analice qué opciones tiene para salir de la situación actual, señalándole que es capaz de tomar sus propias decisiones para el cambio. (Manual Clínico, p.66).

En relación al encuadre de trabajo, éste se debe flexibilizar y ajustar a la necesidad de la paciente. Es importante respetar el timing de la misma y permitir que sea ella quien controle el ritmo de su discurso. “Deje que ella cuente su historia a su ritmo.” (Manual Clínico, p.44). Es necesario darle la oportunidad que diga lo que desea, para ello es necesario preguntarle a la mujer cómo se la puede ayudar. De esta forma se le brinda la oportunidad, no solo de que relate lo acontecido, sino que además, se la habilita a conectarse con lo que siente y necesita. (Manual Clínico, p.44).

### **Modelos de ser Mujer: La construcción de la Identidad de Género de la Mujer**

La atención psicológica como herramienta para la recuperación de mujeres víctimas de violencia de género implica un abordaje terapéutico de la subjetividad de la mujer desde una perspectiva de género. En relación al concepto de Género,

“se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres de hombres”.

En este sentido esta es una construcción histórica, social y cultural que no solo diferencia a los géneros entre masculino y femenino, sino que además establece las desigualdades y jerarquías entre ambos a partir de la asignación de roles estereotipados que rigen al individuo en su forma de estar y de relacionarse en el mundo, es así que desde esta lógica binaria un género ocupa un lugar jerárquico frente al otro que ocupa el lugar de objeto. (Burín, 2003 p.23).

Al decir de Carole Pateman “la posición de la mujer no está dictada por la naturaleza, por la biología o por el sexo, sino que es una cuestión que depende de un artificio político y social” (en Falcó Martí, 2003 p.70). Es así que desde una perspectiva psicosocial la construcción de la identidad de Género de la mujer está sujeta al lugar que le fue otorgado por el orden social a través de la cultura y las operaciones políticas de la sociedad.

Así mismo, desde el Psicoanálisis la identidad de género es una construcción que tiene lugar en la cultura dentro del vínculo del niño/niña con sus padres, quienes como seres sociales lo forman dentro de las normas y expectativas de la sociedad en relación al género previamente asignado desde el nacimiento.

Dio Bleichmar (1985) desarrolla el concepto de ideal temprano del género, para ello toma el concepto de identificación primaria de Freud y de identificación especular de Lacan. En palabras de la autora: "Lacan propuso la identificación especular al otro absoluto ideal de la primera dependencia en lo real, como punto de partida del Yo."(Dio Bleichmar,1985 p.53).

Sin embargo, este Yo ideal femenino entra en jaque ante la llegada del Complejo de Edipo, allí la niña descubre la castración materna, la imperfección de su madre, la falta del falo fantasmático que representa a nivel imaginario y simbólico el poder que le otorgó a su madre. En ella se desata una profunda crisis narcisista ya que se decepciona de su madre y de sí misma, se decepciona del género al que pertenece, el cual consideró superior y ahora descubre que no lo es. La autora sostiene que, a partir de este suceso la niña queda sujeta a un poderoso proceso social en el que su género se devalúa permanentemente tomando conciencia de la desigualdad de los géneros. Una de las principales consecuencias de esta castración psíquica es la pérdida del ideal femenino primario y la definición de la sexualidad femenina. En palabras de la autora: "La crisis de la castración (...) compromete, organiza y define (...) el destino que la niña en tanto género femenino dará a su sexualidad."(Dio Bleichmar,1985 p.106).

A partir de dichas explicaciones cabe la hipótesis de asociar el Narcisismo y el Ideal del Yo devaluado con la mujer que consulta por violencia de género.

Por todo lo dicho, la clínica con mujeres víctimas de violencia requiere que el psicólogo cuestione desde que modelo de mujer aborda la intervención y si lo hace desde la Perspectiva de Género, en el entendido de que es la única vía para cuestionar y resignificar de forma ética y crítica el lugar que se le otorga a la mujer dentro del colectivo social.

Según Marcela Lagarde la Perspectiva de Género:

analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los hombres; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar. (Lagarde,1996 p.2).

La Perspectiva de Género es la vía para profundizar en la subjetividad de la mujer, es decir, en la mirada que tiene sobre su propia vida. Es un acercamiento a su forma de sentir, de percibir, pensar y actuar. Es distinguir qué siente ante la realidad que la envuelve, ante su vida cotidiana, ante los conflictos que la atraviesan, que espera de su vida a futuro, que expectativa de cambio tiene, que está dispuesta a modificar para lograrlo y con qué habilidades cuenta para llevarlo a cabo.

Para Marcela Lagarde la subjetividad de las mujeres:

es específica y se desprende de la forma de estar y del lugar que las mujeres ocupan en el mundo (...) se estructura a partir del lugar que ocupa el sujeto en la sociedad, y se organiza en torno a formas específicas de percibir, de sentir, de racionalizar, de abstraer y de accionar sobre la realidad (...) es la elaboración única que hace el sujeto de su experiencia vital.(Lagarde, 2005 p.302).

Trabajar con la subjetividad de la mujer víctima de violencia implica entender que su forma de ser y estar en la vida alude a una construcción basada sobre el mandato patriarcal de vivir para un Otro. La mujer siente, piensa, desea en función y a través de un Otro. Nace en las mismas condiciones que el hombre, sin embargo, la cultura los distingue a partir de la libertad que le otorga a cada uno. La autora mencionada utiliza el concepto de cautiverio para definir el estado de las mujeres en el mundo patriarcal:

es la categoría antropológica que sintetiza el hecho cultural que define el estado de las mujeres en el mundo patriarcal: se concreta políticamente en la relación específica de las mujeres con el poder y se caracteriza por la privación de la libertad.(Lagarde. 2005 p.151).

De acuerdo a lo mencionado, la condición de ser mujer está construida sobre un conjunto de características y cualidades que le son adjudicadas por la cultura y que la definen como ser social. En este sentido es necesario contextualizar a la mujer, analizar qué lugar ocupa

dentro de la sociedad y su familia, en qué ámbito transcurre su vida, cómo es su red de contención, que posibilidad tiene de que esa red la cobije ante la situación de riesgo que vive. Dentro de la cultura patriarcal la mujer es un ser devaluado que depende de un Otro y en función de ello pone su vida a disposición de ese Otro, a tal punto que ama y desea en función de éste, es capaz de sacrificarse y renunciar a todo para complacerlo. Su afectividad expresa la carencia de algo, la falta.

### **Modelos de Atención en Salud para mujeres víctimas de violencia**

A continuación se realizará un breve recorrido por los Modelos de Atención en Salud para mujeres víctimas de Violencia de Género utilizados en España y México. Se analizarán las estrategias de intervención psicológica así como el rol del psicólogo.

Los Modelos de atención de España recomiendan una atención integral desde una perspectiva biopsicosocial haciendo hincapié en la importancia de la detección precoz de la violencia para lo que el equipo debe estar preparado y en alerta.

El Protocolo Andaluz propone la entrevista como principal herramienta de intervención en la detección de la violencia, la misma debe basarse en una escucha activa y empática que promueva la comunicación y el abordaje directo del hecho de violencia. De no confirmarse la situación de violencia se realiza una intervención acorde al caso, se evalúa la seguridad y riesgo de la mujer, se deja asentado en la historia clínica. De confirmarse se debe valorar la seguridad y riesgo de la consultante; el tipo de maltrato; lesiones; intensidad de la violencia; si existe amenaza de muerte o intento de suicidio; qué mecanismos ha desarrollado la mujer para enfrentar la situación; si hay peligro extremo. Según el protocolo:

“Es fundamental identificar en qué fase del proceso de afrontamiento de la violencia se encuentra, para establecer una línea de actuación y una elección de recursos, técnicas e instrumentos que nos permitan ayudarla” (Protocolo Andalucía para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2015 p.46).

Se propone para ello utilizar el modelo de cambio de Prochaska y Diclemente, éste permite visualizar en qué fase se halla la víctima al momento de buscar ayuda. Para la intervención se proponen tres planes según el nivel de riesgo de la mujer.

Por su parte, la Universidad de La Laguna, desarrolla un programa de intervención psicológica individual que promueve el empoderamiento de la mujer validando sus experiencia y habilidades. Para ello se evalúa el tipo de respuesta que la mujer presenta hacia la violencia a través del modelo de Dutton (1992), allí se estima el patrón de violencia, abuso y control; los efectos psicológicos causados; las estrategias para sobrevivir. Se observan los cambios cognitivos (autoestima, percepción, expectativas); indicadores de malestar psicológico (miedos, ira, síntomas de depresión, abuso de sustancias); problemas de relacionamiento con otros (por desconfianza, miedo a la intimidad). Se trabajan conceptos de igualdad y género y se aplican técnicas cognitivo-conductuales. Este programa fue validado en un estudio (Matud, M 2014) realizado a 128 mujeres que concurren a los servicios de salud de la ciudad de Tenerife cuyos resultados demostraron que el tratamiento es eficaz ya que se halló una disminución significativa en los síntomas de depresión, de ansiedad y postraumáticos, así mismo las mujeres aumentaron la confianza y la seguridad en sí mismas.

La Guía Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental de la ciudad de Murcia (2010) subraya la importancia de reconocer los factores de riesgo asociados a la violencia y su detección precoz para evitar la cronificación de la violencia. Para ello se utiliza un sistema de tamiz basado en preguntas aplicadas a todas las mujeres que asisten al centro de salud. Una vez detectada la violencia se interviene desde distintos Modelos: el Cognitivo-conductual de Echeburúa y Corral (1998) que evalúa funciones cognitivas y habilidades para el afrontamiento de la violencia; el Modelo terapéutico Survivor Therapy Empowerment Program de L. Walker (1991) que aborda la terapia desde la teoría del trauma, la recuperación y superación de síntomas como el miedo, la rabia, la disociación; el Modelo de Dutton-Douglas (1992) que trabaja sobre el trauma de la mujer desde la alianza terapéutica; el Modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género (Escudero et al., 2005a,b). Éste se desarrolla en dinámicas de grupos reducidos con el objetivo de trabajar, entre otros aspectos, la naturaleza de la relación de abuso, superar la culpa así como las secuelas psicológicas. La red de salud mental del servicio murciano de salud toma para su intervención los modelos antes mencionados y a la vez lleva adelante el modelo RADAR, estrategia que consta de cinco etapas, “empieza con la detección en la recogida de datos, realiza una adecuada entrevista y exploración, confirma la situación de violencia, valora los riesgos para la vida de la mujer y termina dirigiéndola a los recursos pertinentes”. (Guía Murcia, 2010 p.64).

El ‘Manual de Atención Psicológica a mujeres en situación de violencia’ (2010) elaborado por La Secretaría de Salud de México desarrolla una serie de protocolos basados en la

aplicación de la teoría cognitivo-conductual. Se realiza una entrevista y diagnóstico inicial en base a la aplicación de instrumentos de detección de síntomas, para ello se aplican el Inventario de Depresión y de Ansiedad de Beck, la Escala de Desesperanza de Beck, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica. A continuación se selecciona el protocolo para evaluar la gravedad del maltrato, se evalúan los síntomas (físicos, cognitivos, conductuales y emocionales), la cronicidad de la violencia (incluye tipo de agresión, aumento de ésta, si corre riesgo de vida), el nivel de daño (alteraciones a nivel emocional, laboral, social). El Protocolo para la Atención Psicológica de la violencia Moderada brinda una atención breve promoviendo que la usuaria identifique la situación de violencia que está atravesando y que a la vez comience a buscar posibles salidas. El Protocolo para la Atención Psicológica de la Violencia Severa se enfoca en fortalecer las habilidades de la mujer en cuanto a su forma de enfrentar la situación de maltrato, para vivir una vida sin violencia. El Protocolo para la Atención Psicológica de la Violencia Extrema, si se desarrolla en una sola sesión, tiene como objetivo la elaboración de un plan de seguridad para la mujer y sus hijos, así como informarla y orientarla en relación a sus derechos. El Protocolo en tres sesiones se centra en la toma de conciencia sobre el riesgo de vida y la elaboración de estrategias para tomar determinaciones en su vida.

## **REFLEXIONES FINALES**

Por lo expuesto a lo largo de este trabajo, es necesario señalar que es fundamental continuar trabajando desde los distintos sectores sociales para erradicar la violencia. En este sentido, como profesionales de la Salud debemos comprometernos con la causa y desde la Psicología realizar aportes para prevenir, atender y erradicar este problema que afecta gravemente la salud de las mujeres.

Es importante señalar el valioso aporte que realizan La Guía de Atención, el Manual Clínico del SNIS y el Protocolo Institucional de ASSE, para la intervención con mujeres víctimas de violencia doméstica. Estas herramientas son una sistematización clara y útil, de cómo llevar adelante de forma eficaz, las estrategias de intervención. Sin embargo, el análisis de cada una de ellas, puso al descubierto una clara indefinición del rol que cumple el psicólogo dentro del equipo de salud. Se habla de los profesionales de la salud, de forma general, sin detallar el rol que cada uno cumple. El rol del psicólogo no está definido ni mencionado dentro de los



documentos. Este hecho es pasible de ser analizado y cuestionado. Esta ausencia puede ser relacionada con una falta de reconocimiento de la función de este profesional dentro de las políticas de salud.

En relación a las estrategias de intervención que el psicólogo debe llevar adelante en los servicios de salud, no hay un lineamiento específico. Si bien muchas de las pautas postuladas se fundamentan en prácticas inherentes al trabajo del psicólogo, por ejemplo la escucha, no hay directrices específicas. Como consecuencia de ello, se puede observar que no se establecen estrategias de abordaje o tratamientos a corto o largo plazo. Se profundiza en las estrategias de detección de la violencia, en el diagnóstico de situación, en el diagnóstico de casos de alto riesgo, y en cómo realizar las derivaciones pertinentes. Sin embargo, no existen programas de intervención psicológica que prevean cómo continuar trabajando con la consultante. Se entiende, que es preciso continuar trabajando en la elaboración y planificación de programas de intervención que encuadren el trabajo del psicólogo. Esto permitirá llevar adelante una atención efectiva que ayude a la mujer a encontrar una salida a su problema.

Es importante destacar la importancia de la capacitación del psicólogo que atiende a mujeres víctimas de violencia. En este sentido cabe señalar, que los documentos consultados hacen mención sobre ello, pero no es un requerimiento excluyente. Por lo tanto, el trabajo que realiza el psicólogo queda sujeto, al conocimiento que pueda tener sobre violencia de género, y a su posición personal al respecto. La carencia de conocimiento así como la falta de un marco teórico con perspectiva de derechos humanos y de género, puede poner en riesgo la efectividad de los tratamientos. Lo que es más grave aún, puede provocar la revictimización de la mujer. Ha sido fundamental la inclusión de la perspectiva de género al modelo de atención para mujeres víctimas de violencia. Sin embargo, es imprescindible generar espacios de formación y sensibilización para los psicólogos que se comprometen a trabajar con esta temática. Tener una mirada crítica basada en una perspectiva de género y de derechos humanos es la única vía para comprender a la mujer víctima de violencia desde su rol de mujer, desde su subjetividad y forma de estar en el mundo.

En relación a la detección de la violencia se entiende que el cuestionario implementado por la Guía de Atención, es una herramienta válida siempre que sea

aplicada por todos los profesionales que trabajan con mujeres en los servicios de salud. En este sentido es imprescindible continuar trabajando en la concientización de los equipos de salud, sobre la importancia de detectar la violencia, en tanto es la primera oportunidad para ayudar a la mujer víctima de violencia. Para ello cada profesional debe comprometerse a realizar las preguntas de tamizaje para la detección del problema.

Cabe señalar que para continuar avanzando en las políticas de atención en salud para mujeres víctimas de violencia de género, se requiere la participación de todos los actores sociales implicados en la temática. En este sentido es imprescindible que la Psicología a través de la Universidad de la República tenga mayor participación en la elaboración de las políticas de salud.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos Atención psicológica a mujeres en situación de violencia. Lineamientos y protocolos (2010) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. Secretaría de Salud México (<http://cnegrs.salud.gob.mx>).
- Abordaje de situaciones de Violencia Doméstica hacia la Mujer. Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención de Salud. (2006) Ministerio de Salud Pública (<http://www.montevideo.gub.uy>).
- Asamblea Mundial de la Salud 49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública WHA4925\_spa.pdf
- Benavente, M., Valdez, A. (2014) Políticas Públicas para la igualdad de Género. Santiago de Chile.

- Burín, M., Meler, I., (2003) Varones Género y Subjetividad Masculina. Editorial Paidós.
- Castro, R., (2008) Estudio sobre cultura, género y violencia contra las mujeres. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. UNAM Universidad Nacional Autónoma de México
- Castro, R., Riquer, F., Medina, M., (2006) Violencia de género en las parejas Mexicanas. UNAM Universidad Nacional Autónoma de México
- Consejo Nacional Consultivo por una vida libre de Violencia de Género (2020) Ministerio de Desarrollo Social; Inmujeres (<http://www.gub.uy>)
- Contreras Urbina, J (2008) Estudio sobre cultura, género y violencia contra las mujeres. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Dio Bleichmar, E. (1985) El Feminismo Espontáneo de la Histeria. Editorial Mar-car. Madrid
- Falcó Martí, R (2003) Arqueología del Género: Espacio de Mujeres, Mujeres con espacio. Universidad de Alicante
- Guía Práctica Clínica de Actuación en Salud Mental con mujeres maltratadas por su pareja (2010) Región de Murcia Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo
- J. Díaz-Benjumea, M., Dio Bleichmar, E., Garriga i Setó, C., Nieto, I., Romero, I., San Miguel del Hoyo, M. (2014) Mujeres tratando a Mujeres: con mirada de Género. Ediciones Octaedro
- Lagarde, M. (1996) "El género", fragmento literal: 'La perspectiva de género', en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Ed.Horas y Horas, España.
- Lagarde, M., De los Ríos (2005) Los Cautiverios de las Mujeres México

- Matud,M., Medina, L.,Delmeza, F (2014) Eficacia de un Programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. Psychological Intervention vol.23 no.3 (<http://scielo.isciii.es>)
- Olivares, E., Incháustegui, T. (2011) Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de Género. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres México
- OMS/OPS (1998) Violencia contra la Mujer. Un tema de salud prioritario <http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud (2002) Definición de Violencia<http://www.who.int>
- Protocolo de Actuación en Situaciones de Violencia basada en Género (2016-2019) Inmujeres Uruguay. recuperado de <http://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social>
- Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género, 2015 Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. [www.juntadeandalucia.es](http://www.juntadeandalucia.es)