



Pre- proyecto investigación

“Funciones del psicólogo en los equipos de trabajo con mujeres víctimas de violencia doméstica en el marco del SNIS”

Docente responsable: Elina Carril

Autor: Verónica Ferreira 4547637-3
23 de diciembre, 2014 - Montevideo

Resumen

El problema de la Violencia Doméstica en nuestro país ha sido un tema de debate y agenda pública en los últimos años.

Hasta el año 2005 Uruguay no contaba con pautas específicas para la atención en VD en el sector salud. En noviembre del 2006 el MSP publica la Guía de procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud. El mismo año se firmó el decreto 494/ 2006 modificado luego por el 299/2009 que reglamenta la Ley de VD para su aplicación en el sector salud. Además la VD se incluye como tema prioritario en los decretos 293/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y 305/2011 de Salud Mental. Mucho se ha avanzado respecto a la reglamentación sin embargo es importante comenzar a pensar desde que marco conceptual se está trabajando hoy en día. En Uruguay no se han encontrado estudios que indaguen las funciones que cumplen los psicólogos en los Equipos de Referencia ni los marcos conceptuales que rigen su trabajo.

El objetivo de éste proyecto es conocer cuáles son las conceptualizaciones que existen hoy en día acerca de la VD, indagar de qué forma y desde que marco teórico conceptual están trabajando los psicólogos en los equipos de referencia dentro del SNIS.

Para cumplir con el objetivo se elaboró una estrategia y diseño metodológico de tipo cualitativo, se realizarán entrevistas en profundidad, las cuales serán analizadas mediante la técnica de análisis del discurso para así poder indagar que formación que tienen los psicólogos acerca de la Violencia de Género tomando como criterio los años de egreso de la Universidad.

PALABRAS CLAVE: Psicólogos, Equipos de Referencia, Violencia doméstica.

Fundamentación

El presente proyecto de investigación tiene como propósito conocer cuáles son las funciones de los psicólogos que trabajan en los equipos de referencia con mujeres víctimas de violencia doméstica (VD) en Uruguay en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

La violencia doméstica requiere un abordaje interdisciplinario para mejor comprensión del problema, que posibilite el diseño de políticas públicas integrales.

La violencia de Género en cualquiera de las formas que se manifieste constituye una violación de los derechos humanos. Sin embargo no siempre ha sido considerada un problema social y de salud pública como es actualmente.

Alrededor de los años 60 del siglo XX a partir de los movimientos feministas se comienza a visualizar el fenómeno de la violencia hacia las mujeres como problema social y de orden público. A partir de este momento el problema exige políticas públicas que respondan y den soluciones, que las instituciones adquieran obligaciones específicas, incluida la salud.

Cabe destacar que el desarrollo del tema como objeto de conocimiento nace con los movimientos de mujeres que se organizaron para atender a las víctimas de la violencia de género. Durante las primeras décadas del siglo XX las feministas estaban centradas en hacer visible el problema de los abusos sexuales contra las mujeres. Es a partir de la década de los 90' que se comienzan a preocupar y hacer visible la VD. Hasta entonces se había mantenido en la esfera de lo privado, invisibilizado socialmente. En muchos países los movimientos de mujeres organizados tomaron por su cuenta la atención a víctimas de VD, crearon centros de apoyo psicológico y asesoría legal. Desde estos grupos nacen las primeras propuestas de reformas legales.

. Hace unos pocos años que la problemática es considerada dentro de la agenda política, académica y social como un grave tema a tratar.

Los Estados han firmado varios acuerdos internacionales que obligaron a los países a crear estrategias y medidas de acción para hacer frente a esta temática.

La década de los 90 fue una instancia clave a nivel internacional en la lucha de las mujeres contra la VD, ya que durante la conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 delegadas de varios países reclamaron que una acción internacional para dar respuesta al problema. En la declaración y Programa de Acción de

Viena se afirmó la universalidad de los derechos de la mujer como derechos humanos y se hizo un llamamiento por la erradicación de la violencia por motivos de Género. Esto impulsó a la posterior declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer por parte de la Asamblea General.

Como resultado de la citada conferencia la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas designó en 1994 una Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, causas y consecuencias.

La declaración y plataforma de Acción en Beijing adoptada por 189 países en 1995 consolidó esos avances al subrayar que la violencia contra la mujer es a la vez una violación de los derechos humanos de las mujeres y un obstáculo para su disfrute. La plataforma de acción en Beijing comprende tres objetivos estratégicos

- Adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer.
- Estudiar las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención.
- Eliminar la trata de mujeres y prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres (ONU, 1995)

A partir de entonces se han dado muchos encuentros y congresos internacionales, por lo cual he decidido señalar los más importantes.

La convención de Belém do Pará, adoptada el 9 de junio de 1994 por la Organización de los Estados Americanos (OEA), ha significado un innegable avance en el sistema interamericano, al establecer el propósito de los derechos humanos de las mujeres a una vida libre de violencia y de los deberes de los Estados en cuanto a la adopción de medidas, a nivel de leyes y políticas públicas nacionales, para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en el ámbito público y privado.

A partir de las convenciones se han generado definiciones acerca de qué se entiende por violencia contra la mujer. Las mismas son de suma importancia ya que las definiciones no son inocuas, de acuerdo a como se conciba la violencia, se diseñarán programas para detectar y prevenir y así como políticas para su erradicación (Carril, 2014). Por lo tanto es necesario definir algunos conceptos claves para la comprensión de la temática.

El informe sobre Violencia y Salud de la OMS (citado en Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención en Salud, 2006) define la violencia como:

“El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, causar lesiones, muerte, daños psicológicos trastornos de desarrollo o privaciones” (p.19).

Esta definición ubica al tema del poder como central en la definición, la idea de poder supone una jerarquía en la relación, desigualdad que posibilita que una persona dañe a la otra. Además el acto puede ser una acción directa o la omisión de una acción necesaria.

Según la declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (citado en Guía de Procedimientos en el Primer Nivel de Atención en Salud, 2006) se entiende a la violencia de género como:

Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.(p.19)

La violencia de género se ejerce en diferentes formas y contextos, algunas de ellas son, violencia física, sexual, o psicológica en la familia. También la violencia relacionada con la explotación y tráfico de personas. Las mencionadas son las más visibles, pero también incluye la violencia ejercida por los jefes en el trabajo, en la institución educativa, la que ocurre diariamente y que está naturalizada por la sociedad.

Según La Ley de Violencia Doméstica N° 17514 de julio de 2002, Violencia Doméstica es: toda acción u omisión, directo o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando 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 afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho.

El concepto de VD abarca el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia entre cualquiera de sus miembros. Pero cabe destacar que violencia doméstica no afecta en igual medida a hombre y mujeres, por lo cual el tratamiento que se le da es diferente, ya que las mujeres son las que sufren esta problemática mayoritariamente.

Avances en Uruguay: desde un modelo asistencial hacia un política de salud en VD

En Uruguay hasta la década de los 80 del siglo XX el problema de la VD no figuraba como problema social, sino que pertenecía al ámbito de lo privado. Romano (2012) sostiene que el problema de la violencia hacia las mujeres comienza a plantearse desde los grupos de mujeres organizadas. Posteriormente el tema pasa de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) a la atención de las organizaciones públicas. En 1995 se crea la ley 16707, por la cual la VD pasa a ser un delito. Dado los reclamos de la sociedad civil el estado necesitaba dar respuestas a la problemática existente. Algunos organismos del estado hicieron convenios con OSC para la atención a víctimas de VD.

A partir del año 2002 se comienzan a desarrollar políticas públicas específicas para la erradicación de la VD, comenzando con la promulgación de la ley 17514. Además se crea el Primer Plan Nacional de Lucha contra la VD 2004-2010 y se firma un acuerdo que creó el Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la violencia en 2007.

A partir del 2005 con la institucionalidad del género en el MSP, se jerarquiza el tema de la violencia de género como problema de salud pública. Se crea el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. En 2010 se crea el Programa de Violencia y Salud (PVS-MSP) que continúa la estrategia iniciada anteriormente.

Romano (2012) afirma que hasta el año 2005 Uruguay no contaba con pautas específicas para la atención en VD en el sector salud. En noviembre de 2005 el MSP con el apoyo del Instituto de la Mujer presenta el primer documento de trabajo que propone orientaciones para la atención en VD. Resultado de esto en noviembre de 2006 se publica la Guía de procedimientos para el Primer Nivel de Atención en Salud, Abordaje a situaciones de Violencia Doméstica hacia la mujer.

En el año 2006 el Poder Ejecutivo promulgó el decreto 494/2006 que reglamenta la Ley de VD para su aplicación en el sector salud. Este decreto se modificó por el decreto 299/2009 que elimina la obligatoriedad de la denuncia desde los servicios e incorpora la Guía como parte del Decreto. (Romano, S. 2012, p.14)

Desde el punto de vista operativo la atención se sustenta en:

Equipos de referencia (ER) que son equipos multidisciplinarios que tienen la responsabilidad de organizar la asistencia en la institución, Los casos de mayor riesgo son atendidos por los ER.

Indagación de Rutina, como forma de detención precoz. Además se debe dar seguimiento a la situación de VD y llevar un registro de la atención.

En el año 2009 se publica el mapa de ruta para la prevención y la atención de situaciones de maltrato y abuso sexual infantil y las “Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer Nivel de Atención” que incluye un capítulo sobre la violencia.

En las nuevas normativas que refieren a servicios específicos se incluye la VD como tema prioritario. Por ejemplo está incluida en el decreto 293/2010, reglamentario de la ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva. Además en el decreto 305/2011 que incluye en el catálogo de prestaciones el Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, establece como una de sus beneficiarias a las mujeres y niños/as y adolescentes en situación de VD.

Desde el 2007 hasta 2012 el PVS-MSP tiene registrados 103 equipos de referencia en instituciones de salud públicas y privadas integrantes del SNIS y servicios de salud no integrantes del SNIS, los mismo están distribuidos en todo el país, encargados de organizar, apoyar y dar asistencia directa en casos de violencia doméstica. Además se ha creado un espacio de coordinación y capacitación de los equipos de referencia.

Desde el año 2011 la atención psicoterapéutica a mujeres, niños y niñas víctimas de VD es parte de las prestaciones obligatorias de las instituciones que forman parte del SNIS.

También se ha creado en las instituciones de salud públicas y privadas el “Espacio Adolescente”, el cual incorporó el tema de la Violencia doméstica como prioridad. Hoy en día existen aproximadamente 108 espacios y al igual que en lo ER el personal ha recibido capacitación específica.

El SNIS propone un modelo de atención que pone el énfasis en la responsabilidad de todos los servicios de salud en la asistencia, detección y prevención en VD.

El día 30 de octubre del presente año (2014) la Suprema corte de Justicia y el Ministerio de Salud Pública han firmado un Convenio Marco de colaboración para el diseño y desarrollo de actividades que permitan mejorar el acceso a la salud y a la justicia de las personas que se encuentran en situaciones de violencia basada en género. Ambas partes acuerdan:

Diseñar y desarrollar actividades de trabajo conjunto para el abordaje coordinado de atención y respuesta a las víctimas de situaciones de violencia basada en género, como ser en casos de violencia sexual, violencia doméstica, y trata y tráfico de personas con fines de

explotación sexual, entre otros, a través de memorandos de entendimiento que especifiquen las acciones consensuadas entre las partes. (parr.13)

Desafíos de la investigación de VD

Expuestos algunos conceptos y los avances logrados, a la hora de entender el problema, es necesario pensar más allá de la visualización del fenómeno de la violencia hacia la mujer para comenzar a plantearnos ¿cuáles son las conceptualizaciones que se han sustentado sobre el tema?

Según Castro, R & Riquer, F. (2003) una de las respuestas a la subordinación femenina viene dada por lo que se denomina “patriarcado”, como fenómeno estructural de las sociedades. Si bien el patriarcado es sin duda una de las causas de la violencia contra las mujeres no puede explicar por sí solo el fenómeno. Si bien existe acuerdo en que la violencia de género es consecuencia del patriarcado, cuando se estudia el mismo es reducido a variables individuales, se reduce un fenómeno estructural (patriarcado) a conductas individuales. Este hecho da como resultado una caracterización de la violencia, donde el hombre es casi siempre de bajos recursos económicos y baja nivel educativo y la mujer como receptora pasiva de la violencia. Este tipo de conceptos estereotipados obstaculizan el conocimiento, sesgando la visión del problema desde su complejidad, reduciéndolo a estructuras de personalidad.

Por este motivo muchas veces se considera importante tomar en cuenta para el estudio y la intervención a la familia. De esta forma deja de ser pensado como un problema del hombre para empezar a ser pensado como resultado de las interacciones, vínculos y relaciones de poder.

Castro, R & Riquer, F. (2003) respecto a los estudios realizados sostienen que lo primero que ha preocupado a los investigadores es el tema de la prevalencia de la violencia, sin embargo son datos pocos precisos que rondan entre el 10% al 50% en América Latina. Muchos son los factores que hacen a la poca fidelidad de los datos, uno de ellos es el hecho de no haber diferenciación por el grado de severidad por ejemplo. Pocos estudios adoptaron por un diseño más sociológico. Además existe un gran desorden en cuanto a las variables a tomar en cuenta, y esto se agrava al carecer de una teoría sociológica que las sustente, ordene y analice a partir de concepciones de género y poder.

Todo lo antes dicho hace que los estudios terminan siendo una visualización del problema desde datos empíricos sin sustento teórico que den respuestas y posibles soluciones.

Otro problema no menos importante es la arbitrariedad de las variables que tampoco ha sido estudiada a fondo. Existe dificultad de distinguir las variables independientes de las dependientes.

En cuanto a las recomendaciones y hallazgos suelen ser obvias y no contribuyen a esclarecer la naturaleza del problema.

La revisión bibliográfica realizada permite afirmar que como a pesar de tantos años de trabajo en el problema de la violencia hacia las mujeres, aún existen algunas lagunas conceptuales y metodológicas. Como afirma Castro, R & Riquer, F. (2003) no hay una sistematización clara de las formas de abordaje en casos de VD, lo cual da como resultado una variedad de formas de abordajes e intervenciones desde diferentes marcos teóricos conceptuales, y otras veces carecen de un marco conceptual claro. Por un lado tenemos la investigación empírica sin sustento teórico y por otro la teoría sin datos específicos. Bourdieu (citado por Castro, R & Riquer, F, 2003) piensa que quizás nunca ha sido tan grande como hoy en día la distancia entre lo que en los Estados Unidos y en todos los países dominados por el modelo académico americano se llama teoría y lo que se denomina investigación empírica.

Antecedentes

En el año 2002 en México la Secretaría de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Salud Pública llevaron a cabo la primera encuesta nacional de VD dirigida a mujeres usuarias de los servicios de salud pública (ENVIM). El propósito de esta encuesta era conocer la prevalencia y las características de la violencia masculina contra las mujeres, así como la percepción y acciones del personal de salud. Cabe destacar que en México están establecidas las normas y criterios para la atención médica en violencia familiar (NOM- 190) y es de observancia obligatoria para todos los servicios de salud. Entre otros rasgos la NOM-190 provee una serie de indicaciones para detectar distintos tipos de violencia y establece que esto debe ser llevado cabo con calidez, confidencialidad, honestidad, respecto a la dignidad y al mismo tiempo establece la obligatoriedad de dar aviso al Ministerio Público (primera instancia del sistema judicial) y notificar a la secretaría de salud sobre los casos de violencia familiar detectados. Sin embargo los criterios para el aviso al ministerio dejan

espacio a diferentes interpretaciones, generando discrepancias sobre en qué casos y quién debe involucrarse en denuncias. En la ENVIM se incluyó un cuestionario de autoaplicación para todo el equipo de salud al que respondieron 2638 trabajadores. Del personal encuestado solamente el 18,5% afirmó conocer la NOM-190. De ellos el 42,2% conocía bien su contenido y el resto solo había oído hablar de ella. Además el 32,8% de los entrevistados consideró como un grave obstáculo para la atención el desinterés del personal de salud por los casos de violencia contra la mujer. El 22% opinó que la violencia en la familia era un problema privado y que el personal de salud no le correspondía intervenir en esos casos. Un dato importante a recalcar es que el 10,8% y 16,9% de las mujeres contestaron ser víctimas de violencia por parte de sus parejas y el 12,2% de hombres y 9,7% de mujeres contestaron que habían sido agresor de su pareja. El 91,2 de los profesionales encuestados tenían interés en capacitarse sobre el tema de la violencia familiar y contra la mujer.

Otro estudio realizado entre el 2003 y 2004 en México tuvo como objetivo profundizar en los motivos por los cuales los profesionales no estaban respondiendo a los requerimientos del sector salud y norma vigente respectiva a la violencia contra las mujeres. Se partió de la idea que el análisis de las prácticas y significados de la violencia doméstica por parte de los profesionales implicados en la atención a dichos casos aportaría elementos de gran utilidad para la discusión sobre la capacidad de las instituciones para responder al problema. Los resultados obtenidos mostraron que la atención en violencia resultaba en general inadecuada, entre las prácticas habituales se encontró que existe poca capacitación en el tema y las que tenían eran algunas charlas de asistencia voluntaria. También se constató que los formularios de VD no siempre estaban disponibles. La violencia se solía pasar por alto y cuando es detectada se derivaba rápidamente al servicio social o psicología y no tenían un seguimiento posterior.

Estas dos investigaciones aportan a poder pensar y visualizar que existen pocos estudios de impactos de los programas actuales, poca capacitación del personal de salud implicado lo cual dificulta en gran medida el trabajo con las mujeres en situaciones de violencia. Además casi no existen evaluaciones de viabilidad de las estrategias para conocer cuáles son las barreras y obstáculos que enfrentan los prestadores de salud a la hora de implementar las políticas públicas.

En esta misma labor de investigación y consulta encontramos un estudio realizado por Gomes, Erdmann, Stulp, Diniz, Correia, & de Andrade (2014) en Santa Catarina, Brasil vinculado a un proyecto post- doctoral titulado “Mujeres en situación de violencia conyugal: construyendo prácticas de cuidado de enfermedades y salud en ESF”. La investigación se hizo con 16 equipos de salud de familia que integran los cinco centros de salud de un determinado sector sanitario. El estudio tuvo como objetivo comprender el significado del apoyo psicológico a la mujer en situaciones de violencia conyugal en el ámbito de la estrategia de salud de familia. Respeto a los resultados de dicha investigación, se constató que los profesionales de la salud consideraban a los psicólogos como los más capacitados para trabajar con las mujeres víctimas de violencia. Por otra parte se quejaban del número insuficiente de psicólogos considerando la amplia demanda. Además señalaron la necesidad de repensar las acciones en salud en el ámbito de la atención primaria, para asegurar el apoyo psicológico necesario para el empoderamiento y la búsqueda de salidas para una vida libre de violencia, para el fortalecimiento de la mujer como persona y poder romper con las relaciones de violencia. Otro de los puntos que analizaron a partir de los resultados y que preocupaba al personal fue la deficiencia en las acciones de promoción en salud.

Esta investigación es un aporte que permite pensar cuales son las expectativas depositadas en los psicólogos que trabajan en casos de violencia contra la mujer, expectativas no sólo de las consultantes sino el personal de salud que considera a los psicólogos como los más capacitados.

Siguiendo esta línea habría que investigar y repensar cuál es la capacitación que reciben hoy en día los psicólogos para trabajar en casos de violencia doméstica y de género.

Otro estudio realizado en Valparaíso, Chile, tuvo como objetivo analizar si los discursos que poseían los profesionales de los equipos de salud mental de APS en la comuna de Valparaíso (médicos, psicólogos y asistentes sociales) respecto del abordaje que realizaban en VD presentaban saberes, ideas o nociones basadas en perspectiva de género. Se realizó entrevistas a profesionales que participaban en la atención a pacientes del programa de salud mental. En cuanto a los resultados hubo acuerdo respecto al trato que debe brindarse a las mujeres víctimas de violencia. Todos concordaron en la importancia de la actitud de escucha, empatía, calidez y en la importancia de establecer un buen vínculo terapeuta-paciente. Sin embargo muchos percibieron que hacía falta más tiempo en APS, lo cual dificulta el adecuado abordaje y tratamiento de las situaciones. Consideraron la indagación

de los médicos como clave para la detección de la violencia y pusieron énfasis en la importancia de las redes de contención tanto institucionales como comunitarias y familiares. En general no se vio en los discursos de los profesionales entrevistados las ideas o nociones relativas al género en las intervenciones que realizan a no ser en el caso de algunos psicólogos. En general no hubo intención de evidenciar en sus intervenciones temas de identificación de roles de género, identidad de género o empoderamiento.

La búsqueda bibliográfica arroja como resultado el vacío de conocimiento existente acerca de las funciones del psicólogo en los equipos de trabajo en casos de Violencia Doméstica. En Uruguay parecería no existir documentación escrita de cuales son exactamente las funciones dentro de SNIS. Si tomamos como referencia la guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud no queda bien definido las funciones de cada profesional implicado en los equipos de trabajo. Habría que investigar a partir de qué saberes y discursos trabajan los profesionales de la salud implicados en los equipos de referencia, e indagar si existe un abordaje desde la perspectiva de género y derechos humanos.

Respecto a las formas de intervención se pueden localizar algunos estudios de la región y de España que plantean estrategias para la intervención psicológica a mujeres maltratadas.

Uno de los estudios publicados que pueden ayudar a visualizar las diferentes intervenciones que se realizan es el publicado por Matud, Gutiérrez & Padilla en (2004). Estos autores hicieron una revisión respecto a la evaluación y tratamiento psicológico con mujeres víctimas de violencia doméstica además del impacto psicológico de dicha violencia. Consideraron importante entender que el tema de la violencia conyugal no puede ser comprendida si se centra en el individuo, ya que es consecuencia social y del interjuego de los vínculos. Por lo cual debería de ser trabajado dentro de un equipo multidisciplinar. Se basaron en un programa de intervención grupal llevado a cabo por ellas mismas el cual tiene como objetivos principales aumentar la seguridad de la mujer, ayudarla a recuperar el control de su vida, y de alguna forma remediar el impacto psicológico causado por la violencia. Plantearon como primordial la evaluación psicológica de la mujer parte de los psicólogos para poder evaluar y planificar una estrategia de intervención adecuada a cada situación.

Los resultados que encontraron es que las mujeres que participaron en las intervenciones grupales lograron mejorar de forma significativa su autoestima, reducir el estrés y diferentes síntomas psicossomáticos además de recuperar el control de sus propias vidas.

Referentes Teóricos

Para abordar el estudio se considera imprescindible entender el problema de la violencia desde un enfoque de género y de derechos humanos.

A partir de la segunda mitad del siglo XX las feministas introducen el término género como categoría de análisis. Entienden al género como el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre los sexos para simbolizar y construir socialmente lo que es propio de hombres y de mujeres (Lamas, 1999).

También entendemos el género, junto con Burin y Meler como una “Red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas, y actividades que diferencian a hombres y mujeres” (Burin y Meler, 2000, p.23). Teniendo en cuenta esta definición, Schoungut dice que además “dicha diferencia entre hombres y mujeres es producto de un proceso histórico de asignaciones de características de construcciones sociales para cada género (...)” (Schoungut, 2012, p.37). Es decir que el género es construido como parte de la subjetividad de cada sujeto, y esta construcción está determinada por un contexto socio-histórico determinado (el cual asigna roles y tareas para cada uno de dichos géneros)

Por lo tanto hemos de diferenciar sexo de género, debido a que unir ambas categorías sería hacer una suerte de universal idealizador. El género no es tanto una consecuencia del sexo (entendido como diferenciación biológica), sino que tiene que ver más con los roles. De esta manera Connell entiende al género como “una forma de ordenamiento de las prácticas sociales”(Connell, 2005, p.6)

Pensar el género desde esta perspectiva trae, como menciona Schoungut, consecuencias fundamentales. Que existan diferentes roles, asignaciones de tareas y papeles a jugar en la sociedad, implica desigualdades en la distribución de las mismas, y así también jerarquías. Se erige así una lógica binaria para esta distribución, en la que “(...) el género queda conceptualizado como el uno u el otro” (Schoungut, 2012, p.37). Hemos de decir entonces que por la tenencia de determinados caracteres sexuales (que en nuestra cultura se construye a partir de ellos dos categorías de diferenciación de los mismos) se asignan los diferentes roles de género.

Bourdieu (1998) afirma

No es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social, arbitraria de lo biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división partir de ahí, de todo el cosmos. (pp.20).

Por lo cual la dominación masculina es legitimada por una naturaleza biológica que es en sí misma construcción social naturalizada. Esta diferenciación jerárquica y de poderes hace que uno de los géneros (el masculino) quede posicionado como sujeto opresor (que ostenta el poder y la jerarquía), mientras que el otro queda en una posición secundaria, de oprimido, de objeto en definitiva. Como dicen Burín & Meler “En el caso de los hombres, la masculinidad se ha construido socialmente alrededor de un eje básico: la cuestión del poder, a tal punto que la definición de la masculinidad es “estar en el poder” (2000, p.126). De esta manera la masculinidad misma está definida por estas relaciones desiguales de poder. Connell define a “lo masculino” como:

La posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de esas prácticas en la experiencia corporal, en la personalidad, y en la cultura (2005 p.6)

Es así que la masculinidad como concepto solo existe en contraste con la feminidad.

Por todo lo antes dicho es de suma importancia considerar a los Estudios de Género para comprender la desigualdad social, la opresión y la asimetría de sexos presente en las sociedades. Varias investigaciones demuestran que el género es un determinante social de la salud de gran relevancia junto con la clase socioeconómica y la raza o casta y que la equidad en salud debe procurarse tanto a nivel del estado de la salud de la población, como del acceso a los servicios de salud y en la participación ciudadana para la provisión de servicios de calidad.

Amorín, Carril, Folle, Guida, López Gómez, (2002) plantean que sería imposible aproximarse a la comprensión de las estrategias desplegadas para vivir en condiciones de pobreza, el impacto del desempleo, las consecuencias de la situaciones de violencia y/o maltrato hacia mujeres, niños y niñas, la realidad del VIH-sida, las diversas formas de vivir la sexualidad, los procesos de reproducción biológica y social o a las nuevas condiciones de empoderamiento de las mujeres y la crisis de la identidad tradicional del varón (apuntalada

sobre la sociedad patriarcal) sin el auxilio de las herramientas que nos proveen los Estudios de Género.

Sen, George y Östlin consideran que es de suma importancia abordar la equidad en salud desde una perspectiva de género:

(...) un enfoque de la salud relacionado con el género, es decir, que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud, sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública más en general.(2002 p.6)

Por lo tanto y siguiendo los planteos de Sen, George y Östlin se torna indiscutible la importancia de la comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud, para entender cómo funciona el género en relación con la salud.

Desde el marco de derechos humanos, Sen, George y Östlin plantean que para lograr políticas equitativas de género el mismo debe fundamentarse en tres pilares:

1-El reconocimiento de la necesidad de contrarrestar el sesgo en muchos niveles y a lo largo de diferentes dimensiones, tanto en la política de salud en general como en los diferentes subcampos.

2-El reconocimiento de las necesidades diferenciadas por género y las limitaciones y barreras relacionadas con la salud para las mujeres y los hombres.

3-El compromiso de proteger y promover los derechos a salud para todos.

Pero además tal marco de derechos humanos requiere diferentes acciones políticas tales como:

-Asegurar los recursos y el financiamiento para la salud pública con el fin de promover la equidad en la salud en general y más concretamente la equidad de género en materia de salud.

-Crear nuevos conocimientos que promuevan la equidad de género mediante la investigación.

-Crear incentivos y estructuras para reducir al mínimo el sesgo del género en los programas y servicios de salud.

- Promover el enfoque intersectorial en la salud que reconozca las influencias en la equidad en salud ubicadas fuera del sector de atención en salud.

Por otra parte y siguiendo lo planteado por la Guía Primer Nivel de Atención- Violencia Doméstica hacia la Mujer, un aporte sustancial desde los equipos de salud es orientar e informar de forma precisa sobre los diferentes recursos existentes a los cuales se puede apelar cuando se transita una situación de Violencia Doméstica. Un abordaje desde la perspectiva de género y derechos humanos requiere una mirada interdisciplinaria e intersectorial, que den respuestas integrales tomando cada situación en su especificidad y en su contexto.

La perspectiva de género es un enfoque potente e ineludible para el análisis de los complejos procesos de subjetivación y socialización así como proporciona una manera de decodificar los significados asociados a las conexiones entre diversas formas de interacción humana. (Programa de Género, Salud reproductiva y Sexualidades, 2011, p.2)

Problema y Preguntas de investigación

Se considera pertinente hacer un paréntesis en el problema de las causas y efectos de la VD para comenzar a pensar desde qué marco teórico referencial trabajan los psicólogos. Ya que hay poca investigación acerca de este asunto, es importante conocer qué formación tienen los psicólogos actualmente en VD y género.

La pregunta principal que orienta este estudio es: ¿Cuáles son las funciones de los psicólogos en los equipos que trabajan con mujeres víctimas de violencia en el marco del SNIS?

Las preguntas subsidiarias se han definido como:

¿Los psicólogos reciben durante su formación elementos como para intervenir en el campo de la VD?

¿El tema se integra en la curricula o es parte de las propuestas opcionales?

Objetivos

Objetivo general:

Conocer las funciones del psicólogo en los equipos de trabajo con mujeres víctimas de violencia doméstica dentro del SNIS

Objetivos específicos:

- Indagar desde qué marco conceptual se está trabajando actualmente el problema de la violencia doméstica en los equipos de referencia dentro del SNIS.
- Conocer de qué manera se integra el tema de la VD en el nuevo plan de estudios de la Facultad de Psicología UDELAR.

ESTRATEGIA Y DISEÑO METODOLÓGICO

Se ha definido un diseño cualitativo ya que el mismo es el adecuado para el objeto de investigación. Denzin y Lincoln (1994) definen a la investigación cualitativa como un campo interdisciplinar, transdisciplinar y en ocasiones contradisciplinar. Atraviesa las humanidades, las ciencias sociales y la física. La investigación cualitativa es muchas cosas al mismo tiempo, es multiparadigmática en su enfoque.

Como dice Ruiz, J.I, (2012) “si una investigación pretende captar el significado de las cosas (procesos, comportamientos, actos) más bien que describir los hechos sociales, se puede decir que entra en el ámbito de la investigación cualitativa” (p. 23).

De acuerdo a De Souza (2008) en este tipo de enfoque están presentes la condición social, las creencias, los valores y significados de las personas. Este diseño habilita a la obtención de datos de los significados, motivos, aspiraciones, actitudes y valores de los sujetos, que van más allá de la representatividad numérica y apuntan a reflejar realidades múltiples. De Souza (2008) afirma que la investigación cualitativa habilita al acercamiento de las transformaciones y dinámicas de la realidad subjetiva y simbólica de los sujetos y sus visiones del mundo.

Este tipo de tipo de diseño permitirá indagar desde qué marco conceptual están trabajando actualmente los psicólogos el problema de la violencia doméstica. Así como conocer cuáles son sus concepciones sobre la temática de acuerdo a la formación que tuvieron en Facultad de Psicología.

Como técnica principal para recabar información se realizarán entrevistas en profundidad. Esta técnica de estilo abierto permite alcanzar información que alude al enfoque específico de cada entrevistado y da la oportunidad de que el investigador haga un seguimiento de las preguntas y respuestas en un marco de directa interacción, personalizada, flexible y espontánea, cuidando la intimidad de los entrevistados (Valles, 2003).

Criterio muestral

De acuerdo al diseño y la opción metodológica se conformará una muestra intencional teórica. Esto implica que no se realizará una muestra probabilística, el objetivo de los estudios cualitativos no es obtener resultados que permitan la generalidad de los datos, sino que a través de pequeñas muestras se busca que los mismos reflejen realidades. (Guba y Lincoln, 1994) Se seguirá el criterio de saturación de la muestra.

Universo de estudio

- Psicólogos insertos en el SNIS en una práctica rutinizada.

- Docentes de facultad de Psicología de las áreas de Psicología de la Salud, Clínica y Social.

Se realizarán 15 entrevistas en profundidad.

- 10 de ellas a psicólogos insertos en el SNIS.

- 5 cinco a docentes de Facultad de Psicología.

Como criterio de inclusión tomaremos los años de egreso de los entrevistados:

- Psicólogos con más de 15 años de egreso

- Psicólogos recién egresados, con menos de 5 años de egreso.

Se toma dicho criterio para poder analizar cuales son las concepciones respecto al género de acuerdo al momento histórico y a la formación que tuvieron en Facultad de Psicología (UDELAR)

Para el análisis de las entrevistas se considera pertinente utilizar la técnica de Análisis del discurso. El análisis del discurso es una práctica de investigación que tiene como objetivo develar, describir y comprender los efectos y modos de producción social del sentido(Karam. T, 2005)

Para la sistematización de los datos se utilizará la teoría fundamentada, para poder comprender de manera más profunda cuales son las representaciones subjetivas que tienen los entrevistados acerca del género.

Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002), definen la teoría fundamentada como un método de análisis cualitativo de las entrevistas que se realizan en profundidad o semiestructuradas, así como de observaciones ya sea hechas a través de videos, fotos o simplemente presenciadas y registradas por escrito; es un procedimiento que consiste en la codificación dada por el investigador a través de palabras de cada uno de los incidentes, ocurrencias o sucesos expresados por los entrevistados o situaciones observadas y permiten posteriormente agruparlos en categorías, conceptos o constructos para establecer las diferencias y semejanzas con respecto a una u otra categoría que el investigador identifique.

Por otra parte Campo-Redondo, M. & Labarca Reverol, C. (2009) definen:

La teoría fundamentada como método cualitativo, permite determinar cuál es el núcleo central de las representaciones sociales y sobre que se estructuran las mismas...puede ayudar a comprender y explicar con eficacia y claridad un fenómeno de tanta carga subjetiva como es el de las representaciones sociales.(p.42)

Consideraciones éticas

Este estudio se rige por el decreto n° 379/008 del MSP que tiene como finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación. Se elaborará un protocolo que deberá ser aceptado por el comité de ética de la institución ante la que se presente el proyecto.

De acuerdo con el decreto se preservará en todos los casos la integridad, derechos y libertades de los entrevistados. Por lo tanto los participantes deberán ser informados sobre la naturaleza de la investigación, los objetivos, la metodología, beneficios y/o potenciales riesgos y manejo de la información recabada. Mediante un consentimiento libre e informado, las participantes tendrán una participación autónoma, libre y voluntaria.

Siguiendo la normativa se respetará el anonimato de las personas involucradas garantizando la confidencialidad y privacidad de la información que brinden para la protección de su integridad.

Se respetarán los valores culturales, sociales, religiosos y morales, así como las costumbres y los hábitos, con el fin de no perjudicar la integridad de las personas.

Cronograma de actividades

Actividades 1er año	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<i>Ajuste de diseño metodológico</i>									
<i>Estrategia de captación de la población</i>									
<i>Elaboración de la pauta de entrevistas en profundidad</i>									
<i>Realización de entrevistas en profundidad</i>									
<i>Degrabación y transcripción</i>									

Actividades 2do año	1	2	3	4	5	6
Sistematización de la información						
Análisis de las entrevistas						
Realización del informe final						
Difusión de resultados						

Resultados esperados

- Haber identificado y comprendido cuales son las funciones que cumplen los psicólogos en los equipos que trabajan con mujeres víctimas de Violencia Doméstica dentro del SNIS.
- Haber identificado y analizado el marco conceptual desde el cual se está trabajando actualmente el problema de la violencia doméstica en los equipos de referencia dentro del SNIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carril, E. (2014) Cuadernos en Género y Salud. Violencia de género: diálogos entre el Estado, la Academia y la Sociedad Civil. Montevideo: Psicolibros Universitario
- Amorín; D. Carril, E. Folle, M. Güida, C. López Gómez, A. (2004) “La inclusión de los Estudios de Género en la formación universitaria de los y las psicólogas” en VII Jornadas de Psicología Universitaria: 10 años de la Facultad de Psicología. Montevideo: Facultad de Psicología/ Psicolibros.
- Campo-Redondo, M. & Labarca Reverol, C. (2009). La teoría fundamentada en el estudio empírico de las representaciones sociales: un caso sobre el rol orientador del docente. *Opción*, 25(60) 41-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31012531004>
- Castro, R., & Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 135-146.
- De Souza Minayo, M. (2004) El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- De Souza Minayo, M. (2009) La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.
- Denzin NK, Lincoln YS. (2005) Handbook of qualitative research . 3 ed. Thousand Oaks: Sage.
- Decreto N° 379/008. (2008) *Sobre investigación con Seres Humanos*. Montevideo. Recuperado de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>
- Diez, B. S. (2012). Relatos de los equipos de salud mental de atención primaria (aps) acerca del abordaje de la violencia de género en la pareja. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12), 3301-3310.
- Gomes, N. P., Erdmann, A. L., Stulp, K. P., Diniz, N. M. F., Correia, C. M., & de Andrade, S. R. (2014). Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. *Psicologia USP*, 25(1), 63-69.
- Guba E, Lincoln Y. (1994) Competing Paradigms in Qualitative Research. En: N. K. Denzin y Y.S. Lincoln. Handbook of Qualitative Research; London: Sage.
- Herrera, C., & Agoff, C. (2006). Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México Dilemmas of healthcare providers towards domestic violence in Mexico. *Cad. Saúde Pública*, 22(11), 2349-2357.
- Karam, T. (2005). Una introducción al estudio del discurso y al análisis del discurso. *Global Media Journal*, 2(3) Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=68720305>
- Lama, M. (1996) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual.
- México: PUEG/Miguel Ángel Porrúa. Colección Las ciencias sociales. Estudios de Género.
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del psicólogo*, 88, 1-9.

- Ruiz, Olabúenaga, J.I. (2012) Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Sen, G., George, A.; Östlin, P. (2002) Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Publicación ocasional. Nº 14. OPS/OMS, Harvard, Center for Population and Development Studies.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada 2a.ed. Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia.
- Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. Estrategia por la vida y la convivencia. Medidas para un País libre de Violencia. Montevideo, 2012. .
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional Prioritario Salud de la Mujer y Género. Abordaje a situaciones de violencia doméstica hacia la mujer: guía de procedimientos en el primer nivel de atención de salud. Montevideo, 2006. Acceso el 26 de septiembre de 2009. Disponible gratuitamente en: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?571,12014Q>.
- Uruguay. Suprema Corte de Justicia del Poder Judicial. Ministerio de Salud Pública del Poder Ejecutivo. . Convenio Marco de colaboración. Montevideo, 2014.
- Valles, M. (1999) Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Editorial Síntesis.