

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 58 - Nº 1

Buenos Aires - Marzo 2012

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

1 **Economicismo y salud**

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

3 **Creencias y consumo de sustancias psicoactivas en escolares de la ciudad de Córdoba**

HUGO A. MÍGUEZ , RUTH FERNÁNDEZ, MARIANA ROMERO,
JUAN CARLOS MANSILLA

11 **Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino**

JULIETA DE BATTISTA

22 **Diferencias clínicas y sociodemográficas en la hospitalización con y sin consentimiento de pacientes psiquiátricos en Chile**

JAIME SANTANDER TORO, LUIS FLORES, DANIELA HUERTA,
CHRISTIAN WEISS, XIMENA FUENTES

Originales. Comunicaciones preliminares

29 **Actitudes y creencias de los profesionales de la salud frente a la violencia de género**

MARIANA MIRACCO, GUILLERMINA RUTSZTEIN, ALEJANDRA
LANZILLOTTI, LAURA KASANGIAN, EDUARDO KEEGAN

34 **La experiencia óptima (*flow*) en jóvenes adultos que practican danza**

AGOSTINA PIAZZA, CAROLINA GRECO

Revisión

40 **Tratamientos cognitivo-conductuales de las drogodependencias: semejanzas, diferencias y bases teóricas**

MAXIMILIANO FANTON

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 58 - Nº 1

Buenos Aires - Marzo 2012

ISSN: 0001 - 6896

Actualización

- 48** **Consideraciones conceptuales
acerca de las demandas
emocionales asociadas al rol laboral**
SOLANA SALESSI

Artículo Especial

- 53** **La medicina en la era de la
*descivilización***
NORMAN SARTORIUS

Nota

- 65** **La atención clínica ante el
comportamiento del paciente que
somatiza**
DAVID JURADO, MARÍA LUISA RASCÓN GASCA

Recensión

- 71** **CHRISTIAN-WIDMAIER, PETRA.
*Nonverbale Dialoge in der
psychoanalytischen Therapie. Eine
qualitative-empirische Studie.*
Giessen: Psychosozial-Verlag; 2008.**
FERNANDO LOLAS STEPKE

Informaciones

- 72** **XXVII Congreso APAL.
III Congreso Internacional GLADET**

Fundación **acta** Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente	Diana Vidal: Secretaria
Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º	Luis Meyer: Tesorero
Edith Serfaty: Vicepresidente 2º	Fernando Lolas Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Original [comunicación preliminar]

Actitudes y creencias de los profesionales de la salud frente a la violencia de género

MARIANA MIRACCO, GUILLERMINA RUTSZTEIN, ALEJANDRA LANZILLOTTI, LAURA KASANGIAN, EDUARDO KEEGAN

MARIANA MIRACCO
Licenciada en Psicología.
Instituto de Investigaciones de la
Facultad de Psicología de la
Universidad de Buenos Aires.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET), R. Argentina.

GUILLERMINA RUTSZTEIN
Doctora en Psicología. Facultad
de Psicología de la Universidad
de Buenos Aires, R. Argentina.

ALEJANDRA LANZILLOTTI
Licenciada en Psicología. Facultad
de Psicología de la Universidad
de Buenos Aires, R. Argentina.

LAURA KASANGIAN
Licenciada en Psicología. Facultad
de Psicología de la Universidad
de Buenos Aires, R. Argentina.

EDUARDO KEEGAN
Doctor en Psicología. Facultad
de Psicología de la Universidad
de Buenos Aires, R. Argentina.

Trabajo presentado en las 1eras.
Jornadas de la Escuela de Salud
Pública sobre Psicología de la Salud
Desafíos en Atención Primaria -
19 y 20 de agosto de 2011. Escuela
de Salud Pública de la Facultad de
Medicina UBA. Acreedor del
1° Premio a Trabajos Libres.

Este artículo se vincula con algunos
aspectos abordados a partir del
Proyecto de Tesis Doctoral de la
primera autora, becaria interna
doctoral tipo I del CONICET,
Recursos de afrontamiento, estrés
postraumático y creencias en
mujeres maltratadas,
director Prof. Dr. Eduardo Keegan.

CORRESPONDENCIA
Lic. Mariana Miracco.
Av. Corrientes 4021 9° "B".
C1194AAG. Ciudad de
Buenos Aires, R.
Argentina;
mmiracco@psi.uba.ar

En este trabajo nos proponemos indagar creencias y actitudes de los profesionales de la salud ante la violencia de género, y sus posibles efectos sobre las intervenciones y estrategias de abordaje ante este tipo de casos. El mismo surge a partir de un proyecto de investigación orientado al análisis de las estrategias y recursos de afrontamiento de las mujeres maltratadas por su pareja, su relación con sus creencias y el desarrollo de sintomatología de estrés postraumático. Se entrevistaron 23 trabajadores de la salud: 4 médicos de atención primaria, 2 trabajadores sociales, 2 enfermeras, 13 psicólogos y 2 psicólogos sociales. A partir del discurso de los profesionales se infieren creencias, actitudes y valores respecto de la violencia de género, así como los modelos de intervención percibidos como adecuados para su tratamiento. Se destaca la implicación emocional de los actores ante la violencia contra la mujer y sus posibles efectos en su abordaje.

Palabras clave: Violencia contra la mujer – Grupos Profesionales – Atención primaria – Afrontamiento.

Attitudes and Beliefs about Gender Violence in Health Professionals

This study aims to investigate beliefs and attitudes to gender-based violence in health professionals, as well as their potential impact on therapeutic interventions and strategies on such cases. It emerges from a research project focused on the analysis of the coping strategies and resources of women abused by their partners, their relationship with their beliefs, and the development of symptoms of posttraumatic stress disorder. 23 health workers were interviewed: 4 primary care physicians, 2 social workers, 2 nurses, 13 psychologists, and 2 social psychologists. The discourse of these professionals was used to infer their beliefs, attitudes and values regarding gender-based violence. We also inferred the models of intervention perceived by them as appropriate for treatment. We highlight the emotional involvement of health professionals when facing reports of violence against women, and its potential impact on their approach.

Key words: Violence against women – Occupational groups – Primary care – Coping.

La violencia contra la mujer comprende toda conducta que, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, su libertad o su dignidad, comprometiendo su integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial. Dicha conducta puede tener lugar tanto en el ámbito público como en el privado, quedando comprendidas aquellas que puedan ser ocasionadas por el Estado o sus agentes.¹ Cuando sucede en la esfera de la pareja, este tipo de maltrato es concebido como un patrón de conductas de abuso ejercido por una persona en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el poder, el control y la autoridad sobre ella [10]. Se analiza en este trabajo el rol de los trabajadores de la salud en relación con esta problemática.

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS),² señaló que a nivel mundial el porcentaje de mujeres que había tenido pareja alguna vez y que había sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 24% y el 53%. En nuestro país, a partir de un estudio realizado en atención primaria de la salud (APS), Pontecorvo y colaboradores estimaron en el año 2004 que aproximadamente el 25% de las mujeres sufriría regularmente violencia intrafamiliar y el 50% pasaría por alguna situación de violencia a lo largo de su vida, no existiendo estudios de prevalencia en la población general [7]. Dichas cifras se agravan al contemplarse aquellos casos en que este tipo de violencia llega a su forma extrema, *i.e.* el homicidio de las mujeres maltratadas. Según el Observatorio de Femicidios en Argentina, en el año 2011 se evidenció un incremento en el registro de este tipo de homicidios, respecto de los dos años previos.³

¹ Ley N° 26.485 de Protección Integral para Prevenir Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Boletín Oficial, 31.632, 1; 2009.

² Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer infligida por su pareja. Panorama general. Programas y proyectos. Género y salud de la mujer (Internet). 2005; [citado 6/10/11] Disponible en: <http://www.who.int/gender/violence/who_multi-country_study/summary_report/chapter2/es/index.html>

³ Observatorio de Femicidios en Argentina de la Sociedad Civil "Adriana Marisel Zambrano". Informe de Investigación de Femicidios en Argentina. 1° de enero al 30 de junio de 2010. [citado 6/10/11] Disponible <<http://www.lacasadelencuentro.org/prensa2011>> También en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/mujer/observatorio_genero/pdf/femicidios>

Este tipo de violencia impacta en la salud de las mujeres de múltiples maneras. Además de las consecuencias sobre su salud física (lesiones, dolor crónico, aumento de la vulnerabilidad a padecer distintos trastornos), las mujeres maltratadas suelen presentar diversos problemas psicológicos, particularmente síndromes depresivos [9]. De esta manera, y dada la prevalencia estimada de esta problemática, los profesionales de la salud se ven confrontados con los desafíos inherentes a su rol ante los indicios o relatos de mujeres que la sufren.

Sin embargo, se ha destacado el bajo grado de conocimiento, de capacitación específica y de herramientas percibidas por los trabajadores del área de salud para abordar este tema [5]. Esto conlleva que la mayoría de los profesionales no indague por este tipo de violencia, haciéndolo sólo en aquellos casos donde ésta se hace muy evidente. Por consiguiente, a menudo esta problemática no es identificada ni abordada de manera adecuada y específica por los agentes de salud [2].

Alemán y colaboradores [1] realizaron un estudio con profesionales de APS de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; hallaron que casi la mitad de los encuestados afirmó tener conocimientos insuficientes acerca de esta temática. Los autores destacaron además que un tercio señaló desconocer la existencia de dispositivos específicos orientados a esta problemática y que un gran porcentaje desconocía cuáles eran sus obligaciones legales al asistir a una mujer maltratada adulta.

El presente estudio se propone indagar creencias y actitudes de los trabajadores de la salud en relación con la violencia de género, así como analizar las características de su implicación ante este tipo de casos, y sus posibles efectos sobre las intervenciones y estrategias de abordaje.⁴

⁴ Cabe aclarar que este estudio surgió en el contexto del trabajo correspondiente a un proyecto de investigación financiado a través de una beca doctoral por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), con sede en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, orientado al análisis de las estrategias y recursos de afrontamiento de las mujeres maltratadas por su pareja (Recursos de afrontamiento, estrés post-traumático y creencias en mujeres maltratadas. Director Prof. Dr. Eduardo Keegan)

Participaron 23 profesionales y trabajadores del área de salud, 9 de ellos trabajadores de Atención Primaria de la Salud: 2 médicos clínicos, 2 pediatras, 2 psicólogas, 1 trabajadora social y 2 enfermeras. El resto de los entrevistados fueron 14 especialistas en la temática: 11 psicólogos, 1 trabajadora social y 2 psicólogas sociales. En su mayoría, los entrevistados se desempeñaban en el ámbito público, en centros de salud y hospitales, en el ámbito judicial y en algunos casos también en universidades públicas como docentes; en otros, en Organizaciones No Gubernamentales y en el ámbito privado.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas (ver cuadro 1). Se asistió a los lugares de trabajo en donde se desempeñaban cada uno de los profesionales, se los informó acerca de los objetivos de la investigación y del carácter confidencial de los datos aportados, obteniéndose así su consentimiento informado para realizar las entrevistas. En su mayoría éstas fueron grabadas, siempre con el consentimiento del entrevistado, para facilitar su posterior análisis.

Se desarrollan a continuación los aspectos más relevantes de las entrevistas realizadas, en función de los objetivos del presente trabajo.

En relación con las creencias respecto de la actitud y las características de las mujeres maltratadas, se halla que éstas son percibidas como mujeres «dependientes», afectiva y económicamente, que «reaccionan cuando los hijos se ven involucrados, y no por ellas mismas». Suele inferirse que tienen una historia personal de violencia en su infancia y/o familia de origen. Se percibe el efecto de los mandatos culturales, y los estereotipos del rol femenino, en la subjetividad de las mujeres; por ejemplo, el rol social de la mujer identificado con el rol de madre, y la expectativa de concretar y sostener un proyecto de familia. Se destaca la naturalización de la violencia por parte de ellas, así como su «baja autoestima». Son percibidas a menudo como mujeres pasivas, «sumisas, quedadas, inseguras», con creencias erróneas: «creen que el agresor va a cambiar».

En cuanto a las creencias sobre los factores que originan y mantienen la violencia, se destacan la historia de aprendizaje, en relación con la familia de origen y los mandatos recibidos.

En algunos casos se menciona la psicopatología, tanto en la mujer como en el hombre, como causa de la violencia. Se señala también la ausencia de apoyo social y de proyectos personales, así como algunos factores sociales y económicos (ej. desempleo) como factores mantenedores.

Respecto de las creencias acerca de las características de los hombres que maltratan, éstos son percibidos con una «doble fachada», «para el afuera son perfectos, maravillosos, y aíslan a las mujeres»; señalándose el desempleo y el alcoholismo entre las principales causas de la violencia ejercida.

En relación con las creencias respecto de las respuestas favorecedoras para afrontar la situación por parte de las mujeres, en la mayoría de las entrevistas se enfatiza la búsqueda de autonomía como respuesta favorable de la mujer ante esta problemática: «conseguir un trabajo», «realizar la denuncia», «salir del aislamiento», «procurar la separación del agresor». Se señala la necesidad de deconstruir ciertos mandatos culturales, por ejemplo respecto del «matrimonio para toda la vida». Se destaca la flexibilidad requerida para realizar cambios profundos en estilos de vida y estrategias de afrontamiento previas, así como la capacidad de «construcción de un proyecto propio», como parte de un proceso saludable de resolución de la conflictiva.

En cuanto a las creencias relacionadas con la capacitación recibida y el ejercicio del rol para abordar la problemática, en algunos casos, como en los médicos de atención primaria, surge la responsabilidad de indagar frente a «algo que llama la atención», acerca de la vida familiar, de la relación con el marido y los hijos. Sin embargo, se observa que no se suele averiguar acerca de este tipo de violencia salvo en casos graves y urgentes. Se señala la «falta de tiempo» para abordar esta problemática, y se destaca el desconocimiento acerca de cómo funcionan los recursos disponibles, con la consiguiente dificultad para brindar información adecuada. Asimismo, se marca la falta de articulación interinstitucional y de funcionamiento en red con dispositivos específicos. En algunos casos se evidencian emociones negativas como el enojo, la frustración y la impotencia, en especial en trabajadores de APS, cuando las

mujeres no cumplen con ciertas expectativas; por ejemplo, cuando no responden ante los intentos de orientación y derivación realizados. Se señala la derivación como principal estrategia de abordaje, predominantemente a profesionales de salud mental y a dispositivos de asesoramiento legal. Los especialistas, en cambio, enfatizan el propiciar la denuncia y la salida del aislamiento, así como la búsqueda de alternativas que incrementen la autonomía de la mujer.

Entre los obstáculos percibidos en las propias mujeres se destacan la naturalización de la violencia, ciertos mandatos culturales y la dependencia económica. Entre los obstáculos vinculados con el contexto, se mencionan los tiempos legales, los que no serían congruentes con las necesidades concretas de estas mujeres; el riesgo de revictimización al fallar la articulación entre los dispositivos de atención; y la «falta de decisión política», para proveer los recursos necesarios para un adecuado abordaje de la problemática.

Respecto de los recursos disponibles, se infiere en algunos casos la creencia de que formalmente existen recursos tales como las instancias legales, la posibilidad de realizar la denuncia, de brindar información sobre sus derechos, dispositivos de asistencia como las líneas telefónicas. Aunque con frecuencia se percibe una falta de disponibilidad y accesibilidad en relación con los mismos, señalada como un «desfasaje entre lo que se dice y se hace», o un «vacío», por ejemplo, entre las posibles respuestas del área judicial y el proceso que efectivamente deben realizar las mujeres para superar esta problemática.

Teniendo en cuenta el material recogido, en primer lugar, cabe destacar que algunos de los profesionales que participaron en este estudio perciben como insuficiente su capacidad para dar respuesta ante los casos vinculados con esta problemática. Se evidencia la necesidad de profundizar la capacitación específica, tal como otros trabajos locales lo han señalado [4]. Dicha capacitación favorecería el incremento de las habilidades requeridas para una adecuada identificación y abordaje de este tipo de casos. Por otra parte, las limitaciones del propio sistema de salud y el temor a la responsabilidad legal derivada del hecho de registrar

este tipo de violencia en sus pacientes, también podrían jugar un rol en los obstáculos mencionados por los entrevistados en este trabajo [5].

Se ha discutido asimismo el papel de la inclusión de contenidos vinculados con esta problemática en los cursos de grado de las diversas carreras orientadas a la salud, que aún se percibe como escasa, y a menudo de carácter optativo, a pesar de las modificaciones en las leyes ligadas a este tema que han tenido lugar en distintos países [3].

Otra cuestión que cabe citar es el rol de la experiencia personal de los profesionales respecto de esta temática, siendo que ellos mismos pueden haberla sufrido. Esta experiencia tendría importantes implicancias en el abordaje del tema. Si bien en este estudio no se recabó información acerca de este aspecto, cabría preguntarse qué papel tendrán las propias vivencias en las respuestas de cada uno.

Un alto porcentaje de trabajadores de la salud tienden a pensar que los hombres violentos son enfermos mentales, y que el alcohol y las drogas son la causa de las conductas violentas [1], cuando la evidencia contradice tales percepciones [8]. Por otro lado, los profesionales de APS señalan la derivación de la mujer como principal estrategia de abordaje, predominantemente a profesionales de salud mental. Dicha estrategia estaría relacionada con creencias acerca de la psicopatología como causa del maltrato, tanto en el hombre como en la mujer. Este tipo de creencias contribuiría a invisibilizar o minimizar otras variables intervinientes en las causas y factores de mantenimiento de dicha problemática.

Cabe señalar también las emociones negativas identificadas en algunos entrevistados respecto de este tema, como el enojo, la frustración, y la impotencia. Las mismas denotarían la presencia de ciertas expectativas no cumplidas y creencias disfuncionales acerca de esta problemática. Así, habría una tendencia a subestimar tanto los esfuerzos de adaptación desarrollados por las mujeres para lidiar con este tipo de situaciones [6], como sus devastadores efectos. Este tipo de implicación emocional tendría efectos negativos en el abordaje, obstaculizando las estrategias adecuadas para el mismo.

Cuadro 1. Cuestionario de entrevista semi-estructurada a trabajadores en salud

1. ¿Cuánto hace que trabaja con esta problemática?
2. ¿Cómo fue el inicio de su práctica con esta problemática? ¿Con qué obstáculos se encontró? ¿Qué preguntas le generó?
3. ¿Cuáles son los casos más frecuentes en su práctica? ¿Qué características tienen?
4. De acuerdo a su experiencia, ¿qué características tienen en común las mujeres que se encuentran en una situación de violencia doméstica o conyugal?
5. ¿Qué formas existen de afrontar esta problemática entre las mujeres maltratadas? ¿Podría darme ejemplos? ¿Cuáles le parece que son adaptativas y cuáles no?
6. ¿Cuáles contribuyen a superar la situación de maltrato? ¿En qué se basan, de qué dependen? ¿Hay algún factor que influya para su puesta en marcha? ¿Cuál/es?
7. ¿Qué características o atributos tienen aquellas mujeres que afrontan activamente la situación, por ejemplo buscando ayuda? ¿Cuáles son las estrategias que llevan a cabo?
8. ¿Cómo son aquellas mujeres que logran salir de la situación de violencia? ¿En qué se diferencian de las que no? ¿Qué hacen? ¿Qué creencias tienen?
9. ¿Qué indicadores (objetivos o subjetivos) permitirían diferenciar a las mujeres que van a volver luego de una primera consulta de las que no?
10. ¿Qué factores facilitan un afrontamiento adaptativo de la situación? ¿Qué factores resultan facilitadores del proceso de búsqueda de ayuda? ¿Cómo es este proceso?
11. ¿Qué obstáculos surgen en dicho proceso? ¿Cómo los afrontan?
12. ¿Cómo se ven a sí mismas las mujeres en situación de maltrato?
13. ¿Cómo ven a los demás?
14. ¿Qué piensan y cómo se ven luego de haber salido de dicha situación?
15. ¿Qué creencias resultan favorecedoras de estrategias de afrontamiento saludables en contextos de adversidad y violencia en mujeres maltratadas?
16. ¿Qué factores de acuerdo a su criterio funcionarían como protectores, contrarrestando la vulnerabilidad frente a trastornos psicopatológicos como la depresión o el estrés postraumático?
17. ¿Cómo perciben los profesionales de la salud a una mujer maltratada? ¿Qué visiones de ella facilitan o contribuyen a su mejor abordaje?
18. ¿Cuáles serían las conductas adaptativas luego de una separación o exclusión del hogar del agresor? ¿Qué factores contribuyen a su implementación?
19. ¿Cómo es trabajar con mujeres en situación de violencia?

Referencias

1. Alemán M, Vernaz D; Tilli G, MazurV; Rossi Sammartino B, Marconi A, Pannia, K & Animan J. Detección de Violencia Basada en Género. Análisis de Situación del Sistema de Atención Primaria de Salud en Ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*. 2010; 1(5):22-7.
2. Cobo J, Muñoz R, Martos A, Carmona M, Pérez M, Cirici R & García Parés G. Violence Against Women in Mental Health Departments: is it Relevant for Mental Health Professionals? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2010; 3(2):61-7.
3. Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Navarro Guzmán C. La violencia de género en la formación universitaria: análisis de factores predictores. *Anales de Psicología*. 2011; 27(2):435-46.
4. Mejía R, Alemán M, Fernández A, Pérez Stable EJ. Conocimientos y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina*. 2000; 60 (5/1): 591-94.
5. Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Vienegro-Velázquez L, Rivera-Rivera L, Salmerón-Castro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública de México*. 2003; 45(6):472-82.
6. Montero Gómez A. Síndrome de Adaptación Paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*. 2001; 12(1):371-97.
7. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanás R, Fernández A, Pérez Stable EJ. Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (Buenos Aires)*. 2004; 64: 492-96.
8. Soria MA. Editor. *Violencia Doméstica. Manual para la Prevención, Detección y Tratamiento de la Violencia Doméstica*. Sevilla: MAD; 2006.
9. Taylor W, Magnussen L, Amundson MJ. The lived experience of battered women. *Violence Against Women*. 2001; 7: 563-85.
10. Walker LE. (1999). Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 1999; 8:201-10.