

Violencia basada en género desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria

CRIVELLI, Carolina.

Licenciada en Trabajo Social, Universidad de Buenos Aires (UBA). Residente de Trabajo Social del Sistema de Salud Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Contacto: carocrivelli22@gmail.com

Recibido: 14/08/2023; **Aceptado:** 02/10/2023

Cómo citar: Crivelli, C. (2023). Violencia basada en género desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 130-139

Resumen

El siguiente texto pretende socializar una experiencia innovadora para el equipo interdisciplinario -trabajo social y psicología- de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sobre el abordaje de la violencia basada en género. Se presentará un dispositivo de prevención inespecífica de dicha temática, desde un enfoque de la Salud Mental Comunitaria. La finalidad es habilitar la reflexión sobre las diversas modalidades de intervención posibles de la salud mental desde el primer nivel de atención. Nivel cuyas intervenciones están guiadas por la estrategia de la atención primaria de la salud, donde se destacan la prevención y la promoción de la salud.

Palabra clave: violencia basada en género - Salud Mental Comunitaria - Atención Primaria de la Salud.

Gender-based violence from a Primary Health Care and Community Mental Health perspective

Abstract

The following text aims to socialize an innovative experience for the interdisciplinary team -social work and psychology- of a Primary Health Care Center of Buenos Aires CeSAC), on the approach to gender-based violence. A non-specific prevention device of said theme will be presented, from a Community Mental Health approach. Its purpose is to enable the reflection on the various possible intervention modalities of mental health from the primary level of care. Level, whose interventions are guided by the primary health care strategy, where health prevention and promotion stand out.

Keywords: gender - based violence - Primary Health Care - community health care

Introducción

La finalidad de este escrito radica en la socialización de un dispositivo de prevención inespecífica sobre violencia basada en género, llevado a cabo en un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el año 2023. Sin embargo, para comprender las motivaciones y fundamentaciones de este dispositivo, es necesario realizar algunas aclaraciones teórico-conceptuales y contextualizar la coyuntura que permitió su implementación.

1. Atención Primaria de la Salud

Al estar ubicados en un CeSAC, es importante definir el concepto de Atención Primaria de la Salud (APS). El mismo surgió en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata y patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y United National International Children Emergency Fund; en español: Fondo de Socorro Internacional de las Naciones Unidas a la Infancia (UNICEF). En el Art. 6° se la define como:

La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación [...] Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas. (OPS, 1978)

Esta estrategia está dirigida a abordar los principales problemas de salud de la comunidad. En concordancia con ello, provee servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de manera accesible.

Si bien la Declaración de Alma-Ata (1978) sentó las bases para la atención primaria, su progreso a nivel mundial en las últimas cuatro décadas ha sido desigual. Por tales motivos, en 2018 se firmó la Declaración de Astaná con el objetivo de lograr una mayor inversión en APS. Ésta ratificó los principios de Alma-Ata y propuso la puesta en marcha de diversas acciones, como el apoyo político en la promoción y la protección de la salud, el fomento de una Atención Primaria sostenible -con inversiones y mejores infraestructuras-, la priorización de la prevención de enfermedades, el refuerzo de la participación de la sociedad en el desarrollo de políticas de salud, y el establecimiento de un marco común para todas las partes interesadas. Argentina, como país firmante, asumió el compromiso de direccionar las acciones del sistema de salud estatal en esta línea.

2. Salud integral y Salud Mental Comunitaria

En contraposición al Modelo Médico Hegemónico, se entiende la salud de forma integral. Es decir, que contempla las dimensiones biológicas, sociales, psicológicas y culturales de las personas. En este sentido, los problemas de salud no serían consecuencia únicamente de lo físico, lo patológico o lo genético. A ello se le debe sumar el contexto, la conducta y hábitos de las personas; es decir, sus condiciones de vida. En otras palabras, la ausencia o presencia de salud deviene de la compleja

relación hombre-ambiente-sociedad. Entonces, al entender la salud como un componente fundamental de la calidad de vida, el tratamiento de los sujetos deja de estar vinculado exclusivamente a la dualidad salud-enfermedad. La finalidad última de los profesionales de la salud debería orientarse al bienestar biopsicosocial. Para ello, se requiere considerar los factores o elementos culturales y sociales característicos del contexto temporo-espacial sobre el que se interviene (Charfolet y González, 1991). Esta concepción de salud exige una mirada más amplia que la biomédica, y una multiplicidad de saberes y estrategias.

2.1. Centro de Salud y Acción Comunitaria: APS y Salud Integral

Según la Ley N° 153 Básica de Salud de CABA, los Centros de Salud y Acción Comunitaria, como efectores de primer nivel de atención, deben realizar todas las acciones y brindar todos los servicios orientados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

En los CeSACs se focalizan las actuaciones en los principales problemas de salud de la población, combinando acciones de asistencia, prevención y promoción de la salud, bajo la estrategia de APS. Asimismo, se concibe la salud desde una perspectiva integral, con

abordajes territoriales e interdisciplinarios.

Dentro de las principales problemáticas identificadas en el efector donde desarrollé mi profesión, se encuentra la violencia familiar; más específicamente la violencia basada en género (VBG) en el ámbito familiar. Desde una perspectiva integral, todo tipo de violencia es considerada un problema de salud. Esto se debe a que haber vivido o estar viviendo situaciones de violencia implica, para la víctima, la pérdida de años de vida saludable. A veces produce daños físicos y psíquicos irreparables. Por ende, es competencia de todos los profesionales de la salud detectarla y abordarla.

Según recomienda la Federación Internacional de Planificación de la Familia en su documento *Fortaleciendo la respuesta del sector salud a la violencia basada en género* (Bott, 2010), los servicios de salud, sobre todo aquellos de urgencias y de atención primaria, deben cumplir un rol de prevención y detección de casos, no sólo de tratamiento de los mismos, cuando las mujeres se acercan a consultar.

Es de gran conocimiento que la violencia basada en género afecta la salud mental de las víctimas y este padecimiento mental afecta, a su vez, sus lazos sociales. Las mujeres quedan aisladas tanto de sus afectos como de la comunidad, dificultando el pedido de ayuda y la salida de esas relaciones. En este sentido, al comprender la salud desde una perspectiva integral, entendemos

que la salud mental es parte de la salud, junto con los determinantes sociales, culturales, económicos, políticos, y el contexto y las condiciones de vida de los sujetos. Y debe ser abordada en todos los niveles de atención del sistema de salud público.

2.2. Salud Mental Comunitaria

Ahora bien, en la actualidad se está vivenciando un viraje en el accionar respecto a la salud mental. En 2021, la Organización Mundial de Salud en el documento *Orientaciones sobre servicios de salud mental comunitaria* (OMS, 2022), promueve un abordaje global de la misma, centrado en los sujetos y basado en los derechos humanos. Priorizando así los contextos sociales que provocan los sufrimientos, y la comunidad como espacio que aloje estos padecimientos.

Se considera a la Salud Mental Comunitaria (SMC) como una forma de atención que involucra tres ejes: 1) los abordajes comunitarios y territoriales, en contraposición al modelo de manicomialización; 2) el énfasis en el proyecto de construcción de la salud, único y singular para cada persona, en oposición a la búsqueda de la cura universal y generalizada, vinculada a los procesos de medicalización de los problemas de la vida cotidiana y la sobremedicación de los padecimientos mentales; y 3) la construcción de un sujeto activo, partícipe y protagonista de su Proceso de Salud, Enfermedad, Atención

y Cuidado (PSEAC).

En este contexto, nos apoyamos en la SMC y en los aportes del Movimiento de Medicina Social y Salud Colectiva Latinoamericana, para generar estrategias de intervención múltiples y flexibles, que, a su vez, tiendan a fortalecer los vínculos y constituir sujetos activos en la conformación de la comunidad y la transformación social (Bang, 2014), a través de la promoción y prevención de la salud.

Lo particular de este abordaje de la salud mental es que resalta la importancia de los vínculos personales, familiares e institucionales, que las personas que habitan un mismo territorio poseen. Estos vínculos pueden favorecer o dificultar la aparición y la resolución del sufrimiento psíquico.

3. Violencia basada en género. Un abordaje territorial y comunitario

En 2010 se crea el Programa de Violencia Familiar en este CeSAC, cuya propuesta fue ofrecer asistencia, tanto individual como grupal; prevención, para evitar situaciones de violencia y reducir las ya existentes; y promoción, para potencializar aquéllas herramientas con las que la población cuenta y así evitar la violencia dentro del ámbito familiar. El programa funciona hasta la fecha (noviembre de 2023) y está conformado por un equipo interdisciplinario, compuesto por psi-

cólogas y trabajadoras sociales. La modalidad en la que se viene desarrollando el programa consiste en realizar entrevistas individuales con mujeres que consultan específicamente por situaciones de VBG, derivadas por otros profesionales del efector que hayan detectado o sospechen situaciones de VBG, o derivadas de otras instituciones. En dichas entrevistas se brinda información sobre el ciclo de la violencia, la violencia machista, los tipos de violencia y se espera que las mujeres puedan reflexionar sobre sus experiencias, puedan identificar las violencias en sus relaciones y, finalmente, se pretende construir en conjunto una estrategia de salida o acciones que le permitan modificar su realidad.

Luego de varias entrevistas se evalúa si está en condiciones o no de integrarse al Grupo de Ayuda Mutua (GAM) que coordina el mismo equipo. Este dispositivo permite a las participantes expresar sus sentimientos en relación a las violencias vividas, sentirse acompañadas, desculpabilizarse por las agresiones padecidas, aprender de sus propias experiencias y de las otras participantes, conformar redes de apoyo y establecer relaciones horizontales y equitativas (Adarve et al., 2016). Este abordaje grupal posibilita romper el silencio y aislamiento que provoca la violencia, favorecer los lazos de solidaridad y construir un espacio con carácter reparador, donde las participantes se permiten comenzar a vivir una vida libre de violencias.

Esta estrategia de intervención pudo ser sostenida a lo largo de los años, con momentos de mayor demanda y otras de menor, haciendo que la conformación de los grupos variase en tamaño y duración. Sin embargo, este año se experimentó una particular baja en la demanda y en el sostenimiento por parte de las mujeres de las entrevistas individuales, lo que obstaculizó la conformación del GAM. Entonces, se decidió sumar otras alternativas de intervención que colaboren a enriquecer las prácticas profesionales. Se arribó a la conclusión que si la demanda no llegaba al CeSAC, el equipo debía generarla a través de estrategias de promoción de salud y prevención de la VBG.

En un primer momento empezamos a explorar espacios donde circulen o acudan las mujeres en los barrios a cargo del efector, con el fin de realizar charlas o talleres sobre la VBG, los estereotipos de género, patriarcado y machismo, y demás temáticas pertinentes. Estas actividades de prevención se realizaron otros años, a demanda de diferentes organizaciones e instituciones barriales y según criterios del equipo profesional. Se contempló esta estrategia de aprovechar los espacios donde las mujeres ya estén reunidas por otro motivo, ya que, por experiencias pasadas, convocar a charlas sobre estas temáticas resulta difícil, estando en el barrio donde viven las mujeres y los agresores. Promocionar abiertamente estos espacios podría re-

sultar perjudicial para quienes sufren violencia, ya que quedaría a la vista que están pidiendo ayuda o que son víctimas de la misma. Siempre se prioriza, desde este equipo, preservar la intimidad y seguridad de quienes participan. Por estos motivos, el GAM, por ejemplo, no se promociona públicamente. Las mujeres toman conocimiento de su existencia a través de las entrevistas individuales. Sí se socializa abiertamente que existe el Programa de Violencia Familiar, garantizando que la consulta se puede mantener en confidencialidad, ya que las mujeres pueden acudir al CeSAC por diversos motivos.

En esta búsqueda nos dimos cuenta de que no hay muchas actividades destinadas a mujeres adultas en el barrio. En general las ofertas se vinculan a la educación (terminar el primario o secundario) y a actividades físicas (danza, yoga). Los espacios educativos no son exclusivos de las mujeres, y los que sí, no resultan viables para realizar un taller durante la actividad.

Detectar esta vacancia nos llevó a idear un dispositivo de prevención inespecífica que denominamos “Dos horas para mí”. El mismo está destinado a mujeres mayores de 18 años, y consiste en un encuentro mensual, donde se proponen actividades recreativas y lúdicas, o materiales audiovisuales o de lectura que aborden desde la comedia y desde lo cotidiano, temáticas vinculadas a la desigualdad de género y el rol de la mujer. Se espera

que se pueda generar un espacio de reflexión y debate al momento del cierre, sin ser ésta su principal finalidad.

Optamos por realizar una actividad abierta a todas las mujeres -no se trata de un dispositivo destinado a víctimas de VBG-, con un doble objetivo. Por un lado, ofrecer un espacio de ocio y recreación que las mujeres no suelen permitirse. Esto se debe, en general, a la gran carga horaria que dedican a las tareas de cuidado de sus hijos e hijas, y a las tareas domésticas, sumado a la jornada laboral, y por la carga mental que implica esta doble o triple jornada. La intención de este espacio es que les permita conocerse entre vecinas, generar vínculos fuera de los familiares, y generar lazos de amistad. Y por otro lado, fomentar la reflexión sobre sus estilos de vida, estereotipos y roles de género, tipos de familia, división desigual del trabajo, entre otras temáticas, a través de películas, cortos, cuentos y de compartir entre ellas sus experiencias. Siempre teniendo presente, desde el equipo coordinador, el fin último de prevenir y detectar de manera temprana las situaciones de VBG, y los problemas de salud y salud mental que conlleva la violencia basada en género.

Lo novedoso de este dispositivo es el énfasis en la prevención inespecífica que son “aquellas acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno, que se dirigen a trabajar sobre las causas o factores que son los que originan o fomentan el problema” (De Ieso,

2008, p. 1); en este caso la violencia basada en género. Es decir, que trabajando sobre los roles, estereotipos o ideales de género impuestos por el patriarcado y el machismo -es decir, por gran parte de la sociedad-, sobre los mandatos sociales, estereotipos de familia y demás, estamos trabajando para desarmar los elementos que legitiman la VBG.

A su vez, nos resultaba primordial, al no lograr constituir el GAM, ofrecer un dispositivo de abordaje territorial y comunitario, justamente por la vacancia de lazos sociales y la escasez de vínculos entre vecinas que observamos. Y también, por el desconocimiento de los recursos disponibles en el barrio, y las instituciones y actividades que éstas brindan. Articulamos con una institución barrial que nos permitió realizar la actividad allí, por la falta del espacio en nuestro efector. De esta manera se logra no sólo un abordaje interdisciplinario de la problemática, sino uno intersectorial.

Esta propuesta alternativa de intervención grupal permite “dar voz” a las mujeres del barrio, revalorizando sus capacidades, saberes, vivencias, intereses y deseos. Creemos que los medios audiovisuales y las lecturas como herramientas de trabajo, tienen la potencialidad de hacer que las mujeres se vean reflejadas e identificadas de forma colectiva: que puedan tomar conciencia de que quizás no son las únicas que atravesaron determinada situación o sintieron ciertas emo-

ciones. En palabras de De Ieso, “se procura que el grupo afiance su identidad, su autoestima, dignidad, se auto-represente social y culturalmente, tome conciencia de su situación, revise las representaciones sociales [sobre la violencia basada en género] [...] y ejercite una mirada crítica de los discursos imperantes” (2008, p. 9). En suma, pensamos este espacio desde lo artístico, lo lúdico y expresivo, como una manera de lograr una integralidad mente-cuerpo-espíritu, y de recuperar la historia de vida de las participantes y sus experiencias de recreación y diversión del pasado. Para ello, nos basamos en la recreación crítica, entendiéndola como una práctica ligada a la construcción de poder popular ligada al tejido de redes vinculares y encuentros de cuerpos y risas en un espacio que resulte propio (en la calle, en las instituciones, en los barrios). Se trata de crear experiencias recreativas que *jueguen* un rol en la transformación social.

3.1. La puesta en marcha de “Dos horas para mi”

Hasta el momento se llevaron a cabo tres encuentros de “Dos horas para mi”, por la tarde (un horario pensado considerando las tareas de cuidado y domésticas que realizan las mujeres de los barrios destinatarios).

El primer encuentro tuvo lugar en una institución barrial y se transmitió “Mamá se fue de viaje”, que muestra cómo en una familia la mujer se encarga casi

exclusivamente de los cuidados de los hijos e hijas y de las tareas domésticas. En esa oportunidad concurren dos mujeres que habían formado parte previamente del Programa de Violencia Familiar. Al finalizar la película no se elaboró demasiado sobre la temática, pero sí valoraron el espacio ofrecido, refiriendo que si estaban en sus casas, no hubieran destinado esas horas a alguna actividad placentera o de disfrute personal.

El segundo encuentro se realizó en el CeSAC y se transmitió “No sé cómo lo hace”, que muestra una mujer con una carrera exitosa y una pareja varón desempleado, desempeñando temporalmente el rol del principal cuidador de los hijos. Muestra cómo la mujer tenía una “lista mental” de actividades de los niños, del marido, la lista del supermercado, eventos laborales, etc. Quedaba a la vista la gran carga mental que implica para las mujeres la doble o triple jornada laboral. A este encuentro concurren cinco mujeres; algunas que habían transitado por el programa y otras que no. Al terminar la película comenzaron a debatir orgánicamente sobre esta carga mental, y a compartir experiencias propias. Se manifestó que los varones están tomando posturas más activas en el cuidado de los niños y niñas y en las tareas del hogar, aunque se resaltó la dificultad de las mujeres para delegar estas tareas. Por pensar que ellas lo harían mejor o más rápido, por costumbre, por sentir que ser “buena mujer” o “buena madre” implica hacerse cargo

de todo sin quejarse. Se debatió al respecto y se trabajó en desarmar el mandato “mujer: madre-ama de casa-esposa”. A modo de cierre se preguntó qué les gustaría hacer en el próximo encuentro. Mencionaron salir a tomar mate y jugar a la lotería.

En base esto se planificó una tarde de juegos y merienda para el tercer encuentro. Al mismo acudió una mujer que ya venía participando del dispositivo. Si bien esperábamos una mayor convocatoria, realizamos la actividad planificada de todas formas. Quien asistió está muy entusiasmada con la propuesta, ya que refiere no tener amigas en el barrio y ve el espacio como un lugar propicio para que esto suceda. Es más, se ofreció a crear una cuenta de instagram para promocionar el espacio y compartir las actividades que allí se realizan con el fin de que llegue a la mayor cantidad de mujeres posible, y que no se cierre el espacio.

Desde un principio supimos que el mayor desafío sería lograr la asistencia y el sostenimiento de las mujeres; por un lado, porque esa vacancia dió origen al dispositivo y, por otro lado, porque justamente los estereotipos y mandatos de género siguen vigentes y reproducen el aislamiento de las mujeres en sus casa por la doble o triple jornada laboral que se mencionó anteriormente. Sin embargo, seguimos apostando por esta propuesta, ya que creemos que el abordaje debe ser colectivo, comunitario y territorial.

Palabras finales

Si bien se trata de un dispositivo incipiente y un desafío para el equipo, podemos distinguir las siguientes potencialidades de “Dos horas para mí”:

- Crear y afianzar lazos positivos con el efector de salud y, específicamente, con el equipo interdisciplinario de trabajo social y psicología que conforman el Programa de Violencia Familiar.
- Prevenir situaciones de violencia basadas en género y detectarlas tempranamente.
- Ampliar la accesibilidad de las mujeres a la atención, prevención y tratamiento de su salud y salud mental en el Sistema de Salud Público.
- Fomentar la inclusión social de las mujeres que les permita generar vínculos más allá de los familiares, y la identificación y referencia mutua entre las participantes.
- Ofrecer un espacio de reflexión sobre la posición de la mujer en todos sus ámbitos.

A grandes rasgos, el dispositivo tiene la intención de conformar una red de solidaridad y cuidado entre las

mujeres, que les permita sentirse escuchadas, valoradas y merecedoras de una vida libre de violencias. Por estos motivos apostamos por un abordaje comunitario de la salud mental, ya que brinda espacios que “promueven la reflexión crítica sobre las actuales condiciones de vida, permiten el desarrollo de lazos sociales de pertenencia, contención, construcción de identidad y sentidos de vida, y favorecen la valoración de la propia vida y la definición de proyectos y valores propios” (De Ieso, 2008, p. 9).

Consideramos que la creación del dispositivo representa un paso importante hacia un enfoque más integral, holístico y comunitario de la violencia de género. Sin embargo, reconocemos que aún hay desafíos por enfrentar para continuar mejorando la atención y prevención de la violencia en la sociedad. Especialmente en relación a la oferta de actividades recreativas destinadas a mujeres, por el fuerte arraigo de los mandatos y estereotipos de género que ubican a la mujer en el rol de esposa-madre-ama de casa. Esto último refuerza la necesidad de que existan estos espacios, donde las mujeres puedan vincularse con otros y otras fuera de su familia.

Referencias bibliográficas

Adarve, P. V., Forastieri, N. E., Noce, C. B., y Svirs-
ky, L. R. (2016). *Un abordaje posible de la violencia ba-*

sada en género en la pareja desde un centro de salud de la C.A.B.A. Martín Coronado.

Algava, M. (2016) Hacia una recreación crítica. Educación, Organización y Derechos. Resistir y Construir hacia una ética de Recreación. *Por el Equipo de las 14º Jornadas de Tiempo Libre y Recreación*. Disponible en: <https://bitly.ws/ZGiY>

Bott, S., Guedes, A, Claramunt, M. C., y Guezmes, A. (2010) Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. IPPF/RHO Herramientas.

De Ieso, L. C. (2008). La prevención inespecífica en el campo de la drogadicción. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, (48) . Disponible en: <https://bitly.ws/ZGiV>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1987). Declaración de Alma-Ata. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). *Declaración de Astaná*. Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 y 26 de octubre, 2018. No. WHO/HIS/SDS/2018.61. Disponible en: <https://bit.ly/2Q2YrAd>

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153. Disponible en: <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html>