

Las violencias sexuales en las valoraciones diagnósticas e intervenciones de salud mental: experiencias de profesionales de salud en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires

AMENDOLARO, Roxana.

Especialista en Políticas Públicas y Justicia de Género, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Psicóloga, Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente de grado y posgrado e investigadora. Fue Coordinadora del Equipo de Salud Mental del CELS y del Área de Salud de INADI. Forma parte de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, Ministerio de Salud P.B.A.

Contacto: roxana.amendolaro@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9928-2129>

Recibido: 23/10/24; **Aceptado:** 10/04/25

Cómo citar: Amendolaro, R., Percovich, N., Osella, N. y Alberti, P. (2025). La inclusión de los antecedentes de violencia sexual en las estrategias terapéuticas de mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (18), 28-49

PERCOVICH, Nadia.

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Doctoranda en Salud Mental Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Es docente e investigadora de la Universidad Nacional Arturo Jauretche y trabajadora del Hospital Interzonal José A. Esteves, Provincia de Buenos Aires.

Contacto: nadiapercovich@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8887-984X>

OSELLA, Natalia.

Magister en Salud Mental, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Maestranda en Políticas Públicas con orientación en desarrollo social, Universidad Torcuato Di Tella (UTDT). Especialista en Políticas Públicas para la Igualdad en América Latina y el Caribe, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Psicóloga, Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Docente investigadora en Universidad Nacional Arturo Jauretche y Universidad de Buenos Aires. Psicóloga de planta del Hospital Interzonal José A Esteves

Contacto: naty.osella85@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9086-2645>

ALBERTI, Paola.

Maestranda Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario (UNR). Licenciada en Enfermería, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Coordinadora de Acciones Sanitarias con las Universidades Región Sanitaria VI. Docente de grado e investigadora, Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV).

Contacto: palberti@undav.edu.ar

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-3726-8614>

Resumen

El enfoque de géneros y diversidad, y el atravesamiento de discriminación y violencias por motivos de género (VMG), en particular violencias sexuales (VS) que padecen las mujeres y diversidades internadas, es aún materia en proceso en el campo de la salud mental.

El objetivo general de la investigación fue analizar y describir la inclusión de la perspectiva de género, en particular violencias por motivos de género y violencias sexuales, por parte de los equipos profesionales interdisciplinarios, en sus valoraciones diagnósticas y en sus estrategias de intervención con las mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina) entre 2018 y la actualidad.¹

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo con perspectiva cualitativa. La muestra fue no probabilística (intencional). Las fuentes de datos fueron primarias: las/os trabajadoras/es de los Hospitales Psiquiátricos y el instrumento de recolección consistió en una entrevista semiestructurada a informantes clave. Se recurrió como fuente secundaria a registros clínicos.

El análisis de datos fue realizado de manera manual a partir de categorías conceptuales revisadas por el

equipo y matrices de análisis elaboradas para cada una de las fuentes.

Se generaron conocimientos situados acerca del atravesamiento interseccional entre VS y salud mental que podrán complejizar la mirada sobre estas situaciones. Se prevé que los resultados constituyan un aporte para generar protocolos de atención y políticas públicas desde un enfoque interseccional.²

Palabras clave: violencias sexuales - internación por motivos de salud mental - enfoque interseccional

The inclusion of antecedents of sexual violence in the therapeutic strategies of women and diversities hospitalized for mental health reasons: exploratory study in monovalent hospitals in the Province of Buenos Aires between 2018 and the present

Abstract

The gender and diversity approach and the experience of discrimination and gender violence, particularly sexual violence, suffered by women and diversities hospitalized, is still a matter in process in the field of mental health.

The general objective of the research was to analyze and describe the inclusion of the gender perspective, particularly gender violence and sexual violence, by interdisciplinary professional teams, in their diagnostic assessments and in their intervention strategies with women and diversities mental health hospitalized in psychiatric hospitals located in Buenos Aires between 2018 and the present.

This was an exploratory-descriptive study with a qualitative perspective. The sample was non-probabilistic (intentional). The data sources were primary: the workers of the Psychiatric Hospitals and the collection instrument was a semi-structured interview with key informants. Clinical records were used as a secondary source.

Situated knowledge was generated about the intersectional crossing between VS and mental health that may make the view of these situations more complex. The results are expected to be a contribution to generating care protocols and public policies based on an intersectional approach

Keywords: sexual violence - mental health hospitalization - intersectional approach

1. Introducción

En los últimos años, el movimiento feminista instaló en la agenda pública la necesidad de garantizar la asistencia y el acompañamiento integral a las personas que atraviesan situaciones de VMG, sin necesidad de institucionalización ni segregación de la comunidad y respetando la voluntad de las personas (Amendolaro, 2019). Pese a la aprobación en 2009 de la Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, y la obligación que impone la Ley Micaela a partir de 2018, esta agenda aún está en proceso de implementación en el campo de la salud mental.

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) cuenta con mayor grado de avance en la provincia de Buenos Aires, a partir de la creación del *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios* de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, y la aprobación de los planes de adecuación de los cuatro hospitales psiquiátricos, diseñados durante el año 2020. En este escenario, la investigación se propuso realizar aportes a este conjunto de políticas públicas con el propósito de incidir en el abordaje de las VMG, y en particular

de las VS, en el caso de las mujeres y diversidades con padecimientos mentales.

Partimos de la hipótesis de que existe una relación entre la VS y padecimientos mentales y que esta no es aún suficientemente considerada en las evaluaciones que realizan los equipos de salud para la determinación de sus estrategias de intervención terapéutica. Tomar en cuenta la existencia de antecedentes de VS desde un enfoque interseccional podría prevenir internaciones, re-internaciones y probables procesos de institucionalización. Asimismo, permitiría contribuir a impulsar políticas que permitan crear condiciones para que las personas y grupos más afectados por las VMG, puedan desarrollar proyectos de vida autónomos, no signados por las violencias.

Cómo objetivo general, en la investigación se propuso analizar y describir la inclusión de la perspectiva de género, en particular violencias por motivos de género y violencias sexuales, por parte de los equipos profesionales interdisciplinarios, en sus valoraciones diagnósticas y en sus estrategias de intervención con las mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental en hospitales psiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (Argentina), entre 2018 y la actualidad.

Entre los objetivos específicos se incluyó: 1. Relevar antecedentes de VS que han padecido las mujeres y diversidades internadas; 2. Identificar de qué manera los antecedentes de VS intervienen en la determinación de la necesidad de las internaciones; 3. Describir las estrategias de intervención terapéutica que se llevan a cabo con mujeres y diversidades que tienen antecedentes de VS y, finalmente; 4. Indagar si las estrategias de intervención terapéutica que implementan los equipos profesionales interviniéntes incluyen acompañamientos especializados en VS.

2. Marco Teórico

Alrededor de 300 millones de mujeres en el mundo tienen discapacidades mentales y/o físicas. Las mujeres representan las tres cuartas partes de las personas con discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, y comprenden el 10% de las mujeres a nivel mundial (Center for Reproductive Rights, 2002).

La violencia doméstica es la principal causa de discapacidad en las mujeres entre 16 y 44 años. En general, las mujeres con discapacidad que viven en contextos de pobreza y exclusión consideran que no son sujetas con derecho al cuidado ni al autocuidado (Aiello y Amendolaro, 2019).

La VS es una de las manifestaciones de la VMG. Este tipo de violencia vulnera la libertad y autonomía sexual de las personas, su integridad física y psíquica. La Ley N° 26.485 de Protección Integral a las Mujeres, en su Artículo 5º, sancionada en el año 2009, define la VS como:

(...) cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vínculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

Las violaciones son las manifestaciones más extremas de las VS. Las violencias sexuales constituyen un evento crítico, traumático (Riorda y Bentolilia, 2020), que podría traer como consecuencia la pérdida del significado de la propia existencia, lo que puede expresarse en sentimientos de soledad, vacío y desconexión. También, probable deseo de muerte y autoaniquilación. La persona que atravesó situaciones traumáticas podría presentar una serie de reacciones que, de no ser oportunamente abordadas, se transforman en trastor-

nos³ o padecimientos asociados a las experiencias traumáticas severas. Sistemas de clasificación internacional han denominado a estos trastornos como “Transformación perdurable de la personalidad tras experiencia catastrófica” o como “Desorden o Trastorno por Estrés Extremo (TEE).

La Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las Personas que integran los tres Poderes del Estado N° 27.499, promulgada en 2019, impuso una obligación de capacitación en todo el ámbito público, generando un marco para continuar identificando las desigualdades de género y elaborar estrategias de erradicación. La perspectiva interseccional es una herramienta privilegiada que aborda múltiples discriminaciones y colabora con identificar el modo en que conjuntos diferentes de identidades inciden sobre el acceso a derechos (Association for Women's Rights in Development, 2004). El concepto de discriminación interseccional se basa en la premisa de que las mujeres y diversidades con discapacidad son un grupo heterogéneo, cuya identidad está atravesada por una multiplicidad de identidades, status y circunstancias. Se produce una situación de discriminación interseccional cuando diferentes motivos de discriminación interactúan entre sí en forma simultánea e inseparable. Así, la experiencia de una mujer con discapacidad psicosocial, institu-

cionalizada en centros de internación de salud mental (Aiello y Amendolaro, 2019)., en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, será cualitativamente diferente a la de una mujer que no pasó por dicha institucionalización.

3. Estado del Arte

En el marco del proceso de transformación institucional que comenzó en 2019 en la Pcia. de Bs. As. e incluye a los 4 hospitales psiquiátricos públicos, se generaron espacios de escucha y formación sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este proceso, a partir de dichos de las/os profesionales, se fue haciendo visible que los antecedentes de VMG ocurridos previamente a la internación, VS en particular, eran nombrados antecedentes de los padecimientos mentales que incidieron en las crisis y la necesidad de esas internaciones (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2023).

Una frase que sintetiza lo señalado y que fue dicha por la Coordinadora de un Área de Capacitación de uno de los Hospitales fue que “la gran mayoría de las mujeres internadas habían sufrido alguna forma de violencia sexual previa a su internación”. En estudios recientes se destaca el papel fundamental que pueden

cumplir las investigaciones en el desarrollo de la profundización de estrategias para abordar las VMG y proporcionar intervenciones especializadas para las personas que atravesaron dichas situaciones. Así, por ejemplo, los estudios cualitativos que exploran los impactos emocionales de la VS de la pareja sexo-afectiva en las mujeres son escasos.⁴

Se debe profundizar la comprensión de los llamados impactos invisibles de la violencia, descritos como las repercusiones emocionales (sensación de impotencia, vergüenza, miedo continuo a los varones) que son difíciles de cuantificar y medir, pero que pueden desencadenar efectos de salud mental como trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Mazza et al, 2021).

Un estudio realizado en Colombia (Dallos Arenales et al, 2008) destaca que la violencia sexual es un problema de salud pública y está asociado con factores de riesgo y con secuelas físicas y psicosociales. Señala que las víctimas de abuso sexual tienen una incidencia alta de trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico y abuso de sustancias psicoactivas. Se encontró que el abuso sexual infantil con penetración estaba asociado con peores síntomas psicológicos y físicos.

Otro estudio realizado en Estados Unidos (O'Hare, Shen y Sherrer, 2015) sobre la correlación entre abuso físico prolongado durante varios años y autolesiones en mujeres con problemas mentales severos señala que dos tercios de las personas encuestadas informaron haber sido abusadas físicamente al menos una vez, y más de la mitad informó de múltiples episodios de abuso. Casi dos tercios tuvieron intentos de suicidio al menos una vez en su vida, y casi la mitad informaron múltiples intentos.

Asimismo, un estudio sobre prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja sexo-afectiva en mujeres con enfermedades mentales graves, realizado en India (Shruti, Veena y Geetha, 2013), concluyó que la prevalencia de por vida de la mencionada violencia en las mujeres con Trastornos Mentales Graves fue del 22% y la prevalencia del último año fue del 20%. Se encontró asociación significativa de violencia de pareja sexo-afectiva con comportamiento suicida, puntajes de depresión, salud física y síntomas somáticos. El informe concluye que dicha violencia es frecuente en mujeres con Trastornos Mentales Graves y debe abordarse.

Según datos de la OMS (UNICEF, 2016), 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos declararon haber sufrido abusos sexuales en la infancia. En este

sentido, los estudios mencionados destacan que la violencia sexual es un problema de salud pública y que haber atravesado situaciones de violencia sexual tiene una incidencia alta en el desarrollo de trastornos mentales graves, correlación que sería superior al 20% de los casos. La OMS también señala que 1 de cada 4 personas en el mundo padece algún tipo de trastorno mental. Ante estos antecedentes nos preguntamos cuál es la incidencia de las violencias y de las violencias sexuales en el modo en que como sociedad producimos padecimientos mentales (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2023).

Es importante destacar que no existían en nuestro país estudios que indaguen sobre los antecedentes de VS en mujeres y diversidades internadas por motivos de salud mental; y si éstos eran incluidos en las estrategias de intervención terapéutica. Por ello, podía pensarse que el estudio propuesto implicaba una propuesta innovadora.

4. Metodología

Se trató de un estudio exploratorio-descriptivo, por la no existencia de antecedentes locales en el tema, y a la vez, a partir de la pretensión de caracterizar de qué manera se incluye esta problemática en hospitales monovalentes. Adoptamos una perspectiva cualitativa de in-

vestigación (De Sousa Minayo, 2007; Vasilachis, 2009) ya que este enfoque posibilita abordar la complejidad de los atravesamientos entre género, VS y padecimientos mentales.

Las fuentes de datos fueron primarias, las/os trabajadoras/es de los Hospitales Psiquiátricos de los 4 Hospitales de la Provincia, Esteves, Cabred, Korn y Taraborelli. El instrumento de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada a informantes clave que combinó preguntas abiertas y cerradas. A su vez se recurrió a fuentes secundarias a partir del relevamiento de registros clínicos.

Para seleccionar los equipos y profesionales se realizó una entrevista semi estructurada con autoridades de los hospitales. Las muestras fueron no probabilísticas (intencionales). Se privilegiaron las trabajadoras y los trabajadores de los Servicios de Guardia, Admisión e Internación por considerarse que allí podría identificarse de qué manera los antecedentes de VS determinaron las estrategias de intervención terapéutica (necesidad de las internaciones y otras posibles intervenciones).

Se realizaron 22 entrevistas y se seleccionaron 14 historias clínicas (HC) para ser leídas completas y en profundidad. La muestra de HC fue intencional no re-

presentativa, a partir de casos referenciados durante las entrevistas, eligiendo al menos una por Hospital. Se focalizó la lectura del período luego de la sanción de la Ley Micaela (2018) y hasta el presente.

Se anonimizaron los datos consignando profesión y edad para las/os profesionales entrevistadas/os y siglas de nombres en el caso de las HC.

4.1. Consideraciones éticas

El estudio contempló dos fuentes de información: a. realización de entrevistas a informantes clave, principalmente trabajadoras y trabajadores de los hospitales monovalentes y; b. relevamiento de fuentes secundarias, las historias clínicas.

Para las entrevistas a informantes clave se firmó consentimiento informado. La participación en el estudio siguió los principios de igualdad, voluntariedad, anonimato, confidencialidad y seguridad. Sólo se incluyó a personas mayores de 18 años. Se entregó a quienes participaron del estudio un documento de información escrita con un resumen de la información mínima que debe ser comunicada para cumplir con el principio ético sustantivo del consentimiento informado (objetivo y propósito, metodología general, integrantes del equipo), lo que fue ampliado y explicado verbalmente.

También se resguarda a las personas excluyendo de la selección a quienes expresaron no tener interés en participar en cualquier momento del proceso, respetando el principio ético de voluntariedad y pudiendo entonces no continuar con la entrevista.

Respecto de los registros clínicos, y siguiendo la Ley Provincial N° 11.044, se garantizó la protección de la confidencialidad de los datos, eliminando toda información de identificación personal de los registros del estudio después de compilar los datos de salud. La confidencialidad se basa en la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y Ley de Habeas Data N° 25.326 y sus modificaciones de protección de datos personales.

4.2. Análisis de datos

Se realizó manualmente a partir de categorías conceptuales revisadas por el equipo. La matriz incorporó las siguientes variables: a. Componentes de la ficha de admisión (datos personales, motivo de consulta, diagnóstico, semiología psiquiátrica, pronóstico, datos filiatorios, características de la red social de apoyo); b. Modo de nombrar las VS; c. Momento en el que se nombran las VS (en la admisión, poco después, mucho tiempo después); d. Modo en que se contempla la palabra de las mujeres y diversidades en las HC y; e.

Intervenciones de los equipos de salud, no especializados en situaciones de violencia por motivos de género (medicación y fenómenos de medicalización, apoyo terapéutico sin perspectiva de género, internación sin criterio para ello) y especializadas (derivación a equipos de género, acompañamiento en procesos judiciales, entre otras).

5. Resultados

A continuación se señalan los principales resultados vinculados a los objetivos específicos del proyecto. Se suman algunos resultados que, aunque no previstos en el diseño inicial, resultan relevantes tanto por el posible aporte para generar protocolos de atención como para el diseño de políticas públicas en la materia.

En relación al objetivo específico 1, el cual proyectaba lograr como resultado un relevamiento de antecedentes de violencias sexuales padecidas por las mujeres y diversidades internadas en los Hospitales Neuropsiquiátricos, se destaca lo siguiente: de las personas entrevistadas, la mayoría dijo conocer personas internadas con antecedentes de VS acontecidas previo a la internación, lo que coincide con los dichos de profesionales que participaron de los espacios de formación mencionados en los antecedentes. Una de las personas

entrevistadas señaló: “hay un montón de pacientes, creo que el 80 por ciento de las pacientes internadas han sufrido abuso. Sí, eso es claro (...) de pacientes que sufren de esquizofrenia, el 80% han sido abusadas” (Psicóloga, 52 años). Otra persona entrevistada mencionó que un 60% de personas que resultaron internadas tenían antecedentes de VS previo a la internación (Psicóloga, 48 años). Se solicitó la fuente de dichos porcentajes, pero a la fecha no pudo ser localizada.

Es importante resaltar que cuando las investigadoras solicitaron referencias de casos para la lectura de HC, sucedió que en algunos casos el antecedente de VS no estaba consignado o no aparecía como antecedente vinculado a los padecimientos mentales o figuraba nombrado de otro modo. Por ejemplo, en una de la HC se lo mencionaba como “recuerdo traumático” (MA BR, 29 años).

Acerca del Objetivo Específico 2 se esperaba “identificar si los antecedentes de violencia formaron parte de los motivos que determinaron la necesidad de las internaciones”, se relevó que en las HC la información sobre posibles antecedentes de VS ocurridas previas a la internación no aparece frecuentemente consignada. Lo que responden las personas entrevistadas es que no cuentan con una directiva o protocolo institucional

al respecto, y que en el caso por caso surgen dudas y temores respecto a cómo consignar y dar cauce a esa información. Se interroga cómo respetar el secreto profesional (dimensión clínica/legal), cómo compartir la información con el resto del equipo o con otras áreas institucionales que deberán intervenir (dimensión institucional) o cómo comunicar estas dimensiones a la persona que relató la situación de VS padecida (derecho a la información, consentimiento informado). De este modo, una de las entrevistadas señaló qué:

En caso de abuso sexual por parte de un familiar, qué relatamos de esto en la HC. El equipo es el primero que escucha la información, no se lo había dicho a nadie, ni siquiera lo sabía la madre. Tampoco hay líneas institucionales sobre qué registrar. El secreto profesional de una persona que está diciendo que aún no se lo contó a nadie. (TS, 30 años)⁵

Una abogada (54 años) entrevistada subrayó que estos interrogantes se responden en el Art. 12 de la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529, que establece los derechos de la persona cuando se encuentra en situación de paciente en su relación con las/os profesionales e instituciones del sistema de Salud.

Se observa que aunque la información sobre las VS

sea conocida por el equipo, e incluso haya sido incluida en las HC, no se logra aún establecer una vinculación suficiente entre dichos antecedentes y los padecimientos en salud mental. Cuando los antecedentes de VS se consignan en las HC, pareciera que esto sucede casi por descuido, incluso a riesgo de que el resto del equipo cuestione a la/el profesional que registró los datos. O, como se dijo, aparecen menciones dichas de otro modo: “hecho traumático”, “recuerdo traumático”, “vivencias traumáticas en la infancia y adolescencia”.

En una de las HC (BA JA, 26 años) se menciona en la entrevista de admisión: “ideación delirante de perjuicio de tinte paranoide y sexual hacia su familia que condiciona su afecto y conducta”. Sin embargo no aparece registro sobre cómo la ideación delirante condiciona su afecto y conducta, qué afectos, qué conductas y si estos condicionamientos podrían relacionarse con indicadores sintomatológicos vinculados con antecedentes de VS.

Asimismo en la HC el relato continúa señalando que “comenta que el delirio hace referencia principalmente a que habría sido abusada por muchas personas (familiares y otros)”, [el/la profesional] aclara que resulta un tanto inverosímil el modo en que suceden esos hechos y que sea “de todo el mundo”, no se considera que pudiera

haber existido algún episodio abusivo sobre la persona o sobre algún integrante de su familia. Seguramente, no considerando de manera literal el contenido delirante “muchas personas”, pero sí como probable línea de intervención, involucrando las áreas de género o, de evaluarse necesario, del sistema de justicia.

En al menos otras tres HC pudo relevarse que durante la entrevista inicial previa a la internación, las personas manifiestaron haber sufrido abusos en la infancia, lo cual se consigna en la HC. Sin embargo, dicho antecedente no figura considerado para el diagnóstico ni para las estrategias de intervención subsiguientes. En una de las HC mencionadas, explica durante la entrevista de admisión que “(...) está allí como un modo de represalia de su papá, viudo, que intentó tener acceso carnal con ella” (AR MU, 36 años).

En otra HC (MA BR 1995) se menciona que la persona narra “hechos traumáticos” de su pasado pero no se los describe. Se consigna también que la persona dice sentirse “[...] una carga para los demás”, “Que define a su madre como inoperante. Del padre dice que desapareció a sus siete años, “me trajo al mundo y nada más”. Melancolizada. Se siente culpable de lo que ha pasado. Cada discusión la lleva a rememorar el recuerdo traumático [que no se describe]. “A veces tengo los

recuerdos en imágenes, otras los siento en el cuerpo”. Dice que que no teme las represalias. Relata a su padre el acontecimiento traumático. Piensa en la posibilidad de una denuncia y los costos subjetivos. Luego de ocho meses, un psiquiatra interviniente relata en la HC la situación de VS y una psicología diferente de quien había intervenido inicialmente consigna: “Abuso infantil perpetrado por hombre que se aloja con la familia”.

Con lo dicho, damos cuenta de una convergencia entre la HC y lo relatado en las entrevistas, donde queda explicitado que aún no se establece una relación entre las violencias sexuales y los padecimientos mentales. Las violencias sexuales podrían estar funcionando como una posible determinación social de los padecimientos que actualmente padece la persona. Así, un profesional, frente a la pregunta sobre si estaban incluidos los antecedentes de VS en las HC o en otro registro formal, respondió lo siguiente:

No de esa manera. Siempre están incluidos como siendo responsabilidad de la persona, delirio de la persona. De hecho con una de las personas, presencie una situación de violencia con uno de los empleados e hice una nota a la Dirección para poder visibilizar la situación. Sentí que me había puesto en una situación de mayor vulnerabilidad como profesional. Lo que

creo es que se patologiza el discurso de las personas.
(Trabajadora Social, 38 años)

Trabajando en Guardias, trabaja tan bien el Modelo Médico Hegemónico, es como que se va vuelta, dejan de tenerlo en cuenta, de valorarlo como algo real. Es Border, el discurso seguro que es este porque las borders son así. Muchas veces se toma como algo inventado, deja de tener relevancia. Termina siendo parte del diagnóstico. (Trabajadora Social, 38 años)

Sin embargo, aparece como una excepción que un profesional de guardia, (Psiquiatra, 64 años), dice que es importante conocer estos antecedentes para hacer diagnóstico diferencial con TEPT (Trastorno por Estrés Post Traumático).

En lo que hace a los Objetivos Específicos 3 y 4, donde se esperaba poder describir las estrategias de intervención terapéutica que implementan los equipos profesionales interviniéntes con las mujeres y diversidades internadas que poseen antecedentes de VS, distinguiendo entre intervenciones especializadas y no especializadas, pudo observarse que con excepción de dos psiquiatras, el resto de las/os profesionales entrevistadas/os no había recibido capacitaciones en la detección de la de las VS.

Una de las preguntas se refería a la información con la que contaban los equipos sobre recursos en materia de Géneros. En este sentido, se pudo observar que los dispositivos propios de género, aunque conocidos, no serían suficientemente tenidos en cuenta. Esto parece agudizarse si la mención a la violencia es previa y muy anterior a la fecha de internación. No pudimos documentar que se incluyeran espacios terapéuticos especializados en VS, aún cuando las personas mencionan haber atravesado por situaciones de VS. Una de las entrevistadas dijo: "creo que si la persona hubiera tenido acceso antes, hacer un tratamiento psicológico antes, no hubiera caído acá, pasos previos de atención para prevenir" (Psicóloga, 52 años), haciendo referencia a que el tratamiento oportuno y específico podría evitar formas graves de padecimiento mental.

En una entrevista se menciona que deben tenerse en cuenta los antecedentes de VS para realizar las revinculaciones familiares y evitar ambientes donde se hubieran producido los abusos. Una psicóloga (52 años) plantea evitar revinculaciones: "si la persona que a lo mejor abusó de ella vive con la paciente, o es alguien que ve seguido, o es alguien del ambiente familiar, o es un amigo de la familia". Contrariamente, en otra de las HC encontramos que durante las primeras entrevistas es la mujer internada quien señala a un familiar como

abusador: “R se hace pasar por mi tío, abusó de mí, me robó la casa, la pensión” (ST VE, 37 años). Estos dichos son retomados por una profesional que consigna en la HC: “(...) refiere haber sido abusada por su tío a los 12 años”. Sin embargo, con posterioridad, las intervenciones de revinculación familiar parte del proceso de externación incluyeron a dicho familiar, llegando a proponer salidas terapéuticas con éste.

6. Discusiones y conclusiones

Se subraya la importancia de que las/os profesionales de la salud que forman parte de los equipos profesionales de hospitales psiquiátricos continúen llevando adelante *capacitaciones en materia de géneros y diversidad y violencias por motivos de género* (VMG) tanto para favorecer el hacer visibles los antecedentes de violencias sexuales (VS) como, asimismo, su posible relación en términos de determinaciones sociales de la salud con los padecimientos mentales. Lo que podría conducir a ampliar el abanico de alternativas de intervenciones y acompañamientos hacia recursos institucionales en materia de VS, tanto desde lo asistencial como desde lo legal, por nombrar algunos ejemplos: Línea 144 de asesoramiento, información o contención las 24 hs.; Equipos Interdisciplinarios de Referencia Regional (E.R.R.S.); Equipos Descentralizados de Asistencia

(E.D.A.); Cuidar a Quienes Cuidan; Comités de Violencias, entre otros.⁶ La capacitación en la temática de géneros y diversidad y VMG, incluyendo VS, ha registrado avances significativos en los últimos años, a partir de la Ley Micela. Sin embargo se observan importantes asimetrías por áreas y servicios y una casi inexistente capacitación en lo que hace al acompañamiento en VS.

Referido a la *dimensión institucional de instalación de la temática de las VMG*, las personas entrevistadas responden que aún se encuentran en un momento inicial. En este sentido una Trabajadora Social entrevistada en uno de los hospitales señaló:

(...) diría inicial. Porque aún suceden cosas muy retrógradas. Llega una persona trans y todavía no se sabe qué hacer en el hospital. Se tiene que discutir cada vez. Hay un imaginario en torno a las posibles violaciones si se interna a un varón trans en la sala de hombres... (Trabajadora Social, 30 años)

Sí, yo creo que fueron cambiando algunas cuestiones. Hay cosas que fueron no dando lo mismo, dejarlas pasar. Pero tienen que ir acompañado de una decisión institucional, que recién ahora la estamos teniendo en este último tiempo. (Trabajadora Social, 28 años)

Sobre la base de este estudio exploratorio-descriptivo puede concluirse que una gran mayoría de las personas entrevistadas aún no cuenta con criterios suficientes y conocimientos de recursos interinstitucionales para realizar valoraciones diagnósticas e intervenciones terapéuticas en los casos de VMG, y en particular de violencias sexuales. Y consideren, de este modo, su posible participación -en términos de determinaciones sociales de la salud- en los padecimientos mentales de mujeres y diversidades internadas.

Frente a posibles delitos penales, los que conducen a la *necesidad de dar intervención a organismos especializados en materia de VMG y al Sistema de Justicia*, debe subrayarse que se observó un importante desconocimiento del Artículo N° 119 del Código Penal, que fija la sanción establecida para quienes abusen sexualmente de una persona cuando ésta sea menor de 13 años o cuando medie violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una relación de dependencia, de autoridad o de poder. Asimismo se pudo relevar insuficiente información relativa a los plazos de prescripción de los delitos que involucran violencias sexuales que, luego de la última modificación de 2015, empiezan a correr cuando la víctima llega a la mayoría de edad y efectúa la denuncia (los dos requisitos). Entonces, si la víctima decide denunciar a los 30 años, en ese instante

empezará a correr el plazo de la prescripción (Código Penal; Ley de Respeto al Tiempo de las Víctimas Nro. 27206 [B.O. 10/11/2015]; Boletín de Jurisprudencia de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional, 2021).

Sin embargo, debe destacarse una diferencia sustancial tanto en los registros en las historias clínicas como en las valoraciones diagnósticas y en el diseño de las intervenciones terapéuticas para el caso de *trabajadoras/es sociales y psiquiatras*. En este caso si se toma en consideración, con mayor frecuencia, la información vinculada a VS y se la incluye en diagnósticos y estrategias de intervención. Se resalta la mención realizada por una psiquiatra referida: conocer estos antecedentes permite hacer diagnóstico diferencial con TEPT (Psiquiatra, 64 años), lo cual coincide con la bibliografía de referencia, en la que se resalta que tanto los fenómenos disociativos como los de despersonalización, que dan cuenta de las alteraciones de la atención y la conciencia, y se manifiestan en personas que atravesaron violencias sexuales de manera crónica, son confundidos muchas veces con síntomas psicóticos y tratados como tales, cuando en realidad, responden a defensas aprendidas frente a vivencias crónicas amenazantes (Intebi, 1998; Podestá y Rovea, 2003; Bentolila y Toporosi, 2022). Asimismo, la persona que atravesó situaciones traumáticas podría

presentar una serie de reacciones que, de no ser oportunamente abordadas, se transforman en trastornos o padecimientos asociados a las experiencias traumáticas severas.

En este sentido, la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 ha denominado a estos trastornos como “Transformación perdurable de la personalidad tras experiencia catastrófica” o como “Desorden o Trastorno por Estrés Extremo (TEE) (Riorda, Bentolila, 2020).

Pese a ello, continúa observándose que lo que podríamos nombrar como dirección de los acompañamientos e intervenciones parecería quedar en manos de psicólogos/as. Una TS (30 años) entrevistada entiende que “ante situaciones que pueden requerir del abordaje con otras instituciones o cuestiones legales, el registro [de antecedentes de violencias sexuales] en HC quedaba como en pausa. Por resguardo de los profesionales”.

Por el contrario, en casos en que existe una VS *durante la internación* (como ocurre en uno de los casos) o inmediatamente anterior a la internación, allí sí se acompaña a realizar las denuncias. Por lo general, este tipo de intervenciones se realizan desde la disciplina de TS. Es importante destacar que estas violencias institu-

cionales han sido documentadas y denunciadas en diferentes investigaciones realizadas en torno al sistema de salud mental en Argentina desde el enfoque de Derechos Humanos (CELS y MDRI, 2008) y en particular sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de mujeres y diversidades internadas y consumos problemáticos en mujeres embarazadas y puérperas (CELS, 2017; Aiello y Amendolaro, 2019; Yoma, Buhlman y Burijovich, 2020), que, al mismo tiempo, han funcionado como parte de la fundamentación para la creación del *Programa Buenos Libre de Manicomios* en la Provincia de Buenos Aires.

Como un aspecto a continuar indagando en futuras investigaciones, se considera que deben tomarse en consideración los obstáculos institucionales que señala la abogada entrevistada referido al secreto profesional (dimensión clínica/legal) y a cómo consignar los relatos de violencias sexuales en las HC. No obstante, por otro lado, creemos que también se visibiliza cierto tabú social respecto por ejemplo de la naturalización de la familia en la cultura occidental y las interacciones que ello plantea cuando debemos ponerla en cuestión en el caso de las VS intrafamiliares (Calmels y Mendez, 2007). También, cómo podría estar operando cierta matriz en los programas de formación de psicólogos/as y el modo de tratamiento que se estaría dando a la

noción singularidad, la que podría operar como obstáculo para la inclusión de la dimensión psicosocial en la producción de los padecimientos y de dispositivos especializados en materia de VS (Amendolaro, Percovich y Cáceres, 2024).

Otro aspecto a resaltar fueron las *diferencias generacionales* en las valoraciones diagnósticas y en las intervenciones terapéuticas. Así, una Psicóloga (58 años) entrevistada con 18 años de antigüedad en el servicio y una Trabajadora Social (30 años), con 3 años de antigüedad aportan perspectivas y experiencias diferentes relativas a las intervenciones, lo que puede influir en sus enfoques y prácticas. Se podría inferir una posible relación entre la antigüedad en el servicio y la consideración de los antecedentes de VS en las intervenciones terapéuticas. Profesionales con menor antigüedad en el servicio, como la Trabajadora Social, podrían tener una menor experiencia pero mayor sensibilidad en identificar y abordar estos antecedentes desde una perspectiva de géneros e interseccionalidad en comparación con profesionales con mayor antigüedad. La experiencia acumulada podría influir negativamente por las representaciones sociales previas y en la capacidad para reconocer estos antecedentes en la atención de la salud mental de mujeres y diversidades.

Se destaca el modo en que muchas veces se nombra la *categoría de riesgo cierto e inminente como justificación de la internación* sin describir operacionalmente de qué se trata dicho riesgo. Se lo nombra pero no se especifica. Se propone considerar que estas valoraciones de riesgo no operacionalizadas podrían estar incluyendo antecedentes de VS, al menos en cierto porcentaje de los casos tomando como referencia las estadísticas mencionadas en los antecedentes (OMS, UNICEF, 2016).

Otro hallazgo de la investigación, no vinculado a los objetivos inicialmente planteados, tuvo que ver con el ejercicio de la maternidad en mujeres que habían pasado por la internación. Al respecto, María Rita Custet Llambí (2023), señala que las mujeres con discapacidad psicosocial deben afrontar “maternidades sospechadas”, en el sentido que tanto desde lo sanitario, como desde el sistema de protección de las infancias y las instancias judiciales se observa el comportamiento y se exigen informes acerca de la capacidad para maternar.

En las dos HC relevadas de mujeres internadas madres, consideramos que los antecedentes de VMG y de VS deterioraron las redes de cuidado de estas personas, impidiendo contar con los apoyos necesarios para el ejercicio de la maternidad. Entendemos que estos no son casos aislados, ya que se han encontrado relatos de

vínculos materno filiales quebrados por la internación por motivos de salud mental, tanto en los talleres sobre género planteados como antecedente empírico de esta investigación, como en trabajos y en documentos producidos en las mismas instituciones en las que realizamos esta investigación.

Como antecedentes históricos, podemos nombrar diversos trabajos (Pierrí, 2019; Ardila, 2019; Pelatelli, 2017; CELS, CPM y MDR, 2017) que analizan los procesos de cronificación y tutelaje en mujeres internadas y los analizan desde una perspectiva de género. Entre otros aspectos advierten que en las HC de las mujeres que ingresaban a la internación embarazadas o quedaban embarazadas durante la internación, se consignaba que eran derivadas para el parto a un hospital general, pero luego no había referencias respecto del destino de ese/a hijo/a.

También señalan que entre las pérdidas que supone la internación está la imposibilidad de ejercer la maternidad, pero que una vez lograda la externación, la búsqueda de revinculación aparece como deseo en muchas mujeres. Y que en muchas oportunidades maternar no resulta posible debido al estigma y el estereotipo de “loca” como mala madre.

7. Cómo continuar con este camino

Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, el equipo elaboró algunas recomendaciones para realizar en las instituciones estudiadas y en otras similares. En este sentido se destacan:

1. Realizar capacitaciones acerca de cómo se deben completar las HC de acuerdo a la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529. Sus características como documento público que involucra obligatoriedad, cronología, foliado y completud. Su función de nexo causal entre lo sucedido y lo narrado con valor de prueba en un proceso judicial, civil o penal. Ello colaborará con la implementación de la inclusión del registro de situaciones de VMG y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas impulsada por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud.

2. Elaborar protocolos para la inclusión de los antecedentes de VS en las HC y para la realización de las intervenciones en articulación con los dispositivos en materia de VMG y con el Sistema de Justicia.

3. Promover intervenciones desde una perspectiva de clínica ampliada, en la que la clínica no se reduce a la atención de un individuo aislado, con el aquí y ahora

de sus signos y síntomas, sino a un cuerpo en relación, una clínica que puede ver más allá del sujeto y entender sus relaciones familiares, de trabajo, sus condiciones materiales y simbólicas de vida, entre otros aspectos. Es relevante tener presente, además, que en esas relaciones y en esas condiciones hay poder, micropoderes y macro poderes que pueden evitar la producción de salud de parte de los sujetos, o promoverla, acompañarla, hacerla realidad.

Para continuar reflexionando

Se pretende llamar la atención sobre estos hallazgos que vinculan el padecimiento mental con las experiencias de violencia sexual y abrir algunas preguntas que nos surgen en este trayecto de reconocimiento: ¿qué hubiera sucedido si como parte de las evaluaciones para decidir las estrategias y posibles internaciones, se hubieran incorporado estos antecedentes? ¿Qué alternativas de vida podríamos ofrecer a estas mujeres y diversidades si ampliamos nuestra caja de herramientas? Y así, además de utilizar los recursos a los que “tradicionalmente” se apela para planificar las intervenciones desde el campo de la salud mental, se utilizan aquellos que hoy forman parte de los recursos y dispositivos institucionales, nacionales, provinciales y locales, en materia de violencias sexuales que ofrecen los organismos estatales.

Tal vez, en clave de continuar haciendo genealogía las locuras que como sociedad producimos, en lugar de decir “loca como tu madre” podríamos comenzar a decir “violentada como tu madre”... por lo menos en un importante porcentaje de las situaciones.

Referencias

Aiello, A y Amendolaro, R. (2019). Mujeres con discapacidad psicosocial institucionalizadas en Argentina: Reconocimiento pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 14, (72-103). <https://doi.org/10.18294/smvc.2019.5045>

Amendolaro, R., Percovich, N., & Cáceres, C. (2023). ¿Ellas se cuidan? Intersección entre géneros y salud mental de mujeres y diversidades internadas en centros de salud mental. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 14 (19-37). <https://doi.org/10.18294/smvc.2023.5218>.

Amendolaro, R., Percovich, N., y Cáceres, C. (2024, 20 de junio). Las histéricas de Freud no mentían: Violencias sexuales y salud mental. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/745845-las-histericas-de-freud-no-mentian>

Ardila Gómez, S. (2019). *En nombre propio: Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas*

prolongadas y ahora viven en la comunidad. Recuperado de <https://investigacionesensaludmental.com/libros>

AWID, Asociación para los Derechos de las Mujeres y el Desarrollo. (2012). *Una revisión de modelos y estrategias alternativas para el desarrollo: Contribución especial para el 12º Foro Internacional de AWID. Cuadernos de IDeA* (1)

Calmels, J y Mendez, M. (2007). *El incesto: un síntoma social. Una perspectiva interdisciplinaria.* Editorial Biblos.

Center for Reproductive Rights (Centro de Derechos Reproductivos). (2002) *Los derechos reproductivos en el sistema interamericano de derechos humanos.*

Centro de Estudios Legales y Sociales (Ed.). (2017). *Informe conjunto: La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn "Melchor Romero".* Comisión por la Memoria & Movimiento por la Desmanicomialización en Romero

Custet Llambí, M. R. (2023). *Mujeres, discapacidad y el derecho a cuidar.* Editores del Sur.

Dallos Arenales, M., Pinzón-Amado, A., Barreira González, C., Mujica Rojas, J. y Meneses Silva, Y. (2008). Impacto de la violencia sexual en la salud men-

tal de las víctimas en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 56 - 65.

De Souza-Minayo, M. (2007) *Investigación Social. Teoría, Método, Creatividad.* Lugar Editorial.

Ferrandini, D. (2022). *Salud: opciones y paradigmas.* Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Rosario.

Ley 27.499/2019. Argentina. Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado.

Ley 26.657/2010. Argentina. Salud Mental y Derechos Humanos.

Ley 26.485/2009. Argentina. Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

Ley 27.206/2015. Argentina. Código Penal.

Mazza, M., Marano, G., Gonzalez del Castillo, A., Chieffo, D., Monti, L., Janiri, D., Moccia, L., y Sani, G. (2021, 19 de junio). Intimate partner violence: A loop of abuse, depression and victimization. *World Journal of Psychiatry*, 11(2), 95-104.

Ministerio Público Fiscal de la Nación. (2021). *Boletín de Jurisprudencia de la Cámara Nacional de Casación en lo Criminal y Correccional: La prescripción de la acción penal en casos de abuso sexual infantil*.

O'Hare, T., Shen, C., & Sherrer, M. (2015). Lifetime physical and sexual abuse and self-harm in women with severe mental illness. *Violence Against Women*, 21(2), 167–182. <https://doi.org/10.1177/1077801215622576>

Pelatelli, A., Mochetti, A., Iribarri, M., & Riva Roura, M. (2017). *El abrazo esperado*. Ponencia con mención especial del 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, Tandil, mayo 2017. Recuperado de <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentaladyadicciones/2017/05/12/el-abrazo-esperado/>

Pierri, C. (2019). *Sobrevivir y morir en el manicomio: Memorias de un asilo de mujeres*. Topía Editorial.

Riorda, M., y Bentolila, S. (2020). *Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara: Aprender de las crisis*. Paidós.

Shruti, N., Veena, A., & Geetha, D. (2013). Prevalencia y correlatos clínicos de la violencia de pareja íntima (VPI) en mujeres con enfermedades mentales graves (SMI). *Asian Journal of Psychiatry*, 6(4). Recuperado de www.elsevier.com/locate/ajp

Unicef. (2016). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. Recuperado de https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Yoma, S., Buhlman, S., & Burijovich, J. (2020). Aún no estamos todas... a algunas no nos ven: Las mujeres en los hospitales psiquiátricos. En L. Pautassi (Coord.), *Género, justicia y políticas públicas* (Cap. 8). En M. Herrera, S. Fernández, & N. de la Torre (Dirs.), *Tratado de géneros, derechos y justicia*. Rubinzel Culzoni Editores.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2009). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

Notas

1. En 2018 se aprobó la Ley Micaela N°27499, que establece una capacitación obligatoria en la temática de género y violencia contra las mujeres y diversidades para todas las personas que se desempeñen en la función pública. Asimismo la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010) y la Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres N° 26485 (2009), podrían haber favorecido la incorporación del enfoque de género en salud mental.

2. Entre las conclusiones de la investigación se señalan obstáculos para consignar en las HSI los antecedentes de violencias y VS en particular. Esta información contribuirá a la implementación del registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas. Se trata de una iniciativa propuesta por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Pcia. de Bs. As. Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la erradicación de las violencias.

3. Desde los Sistemas de Clasificación Internacional de los padecimientos mentales (nominación que propone la Ley Nacional de Salud Mental 26657), como la CIE 11 o el DSM, los trastornos mentales son afecciones que impactan su pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ocurrir en un corto período de tiempo o aparecer y desaparecer. Algunos pueden ser crónicos (de larga duración). La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) es un sistema de clasificación de enfermedades y problemas de salud creado y mantenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se utiliza para diagnosticar, investigar, clasificar y registrar información sobre enfermedades y causas de muerte a nivel mundial. La CIE-11 es la última versión y está diseñada para la salud digital, con identificadores de recursos uniformes y una base ontológica. El DSM es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, una

publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría que sirve como guía para el diagnóstico de trastornos mentales. La última edición, DSM-5, se lanzó en 2013.

4. En la investigación de referencia se está aludiendo a un tipo de relación interpersonal que implica tanto la dimensión sexual como la afectiva. Se caracteriza por un vínculo emocional y, en algunos casos, físico, que para este estudio es entre dos personas.

5. Esta entrevista fue realizada previamente a la presentación de la iniciativa de formalizado la inclusión del registro de situaciones de violencias por razones de género y contra niños/as y adolescentes en las Historias de Salud Integradas. Más información disponible en: https://www.gba.gob.ar/saludprovincia/noticias/salud_present%C3%B3n_una_gu%C3%A1de_abordajes_y_un_sistema_de_registro

6. La Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud, a través de su Dirección Provincial de Políticas Sanitarias de Cuidado para la Erradicación de las Violencias cuenta con una Red Sanitaria de Abordaje Integral de las Violencias. Más información disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsin-violencias/>